

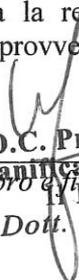


**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 1 CENTRO**

via Comunale del Principe n°13/A - 80145 - Napoli - C.F. 06328131211

Il Direttore della U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale, a seguito di istruttoria, dichiara la regolarità giuridico-amministrativa del provvedimento proposto.

ORIGINALE


U.O.C. Programmazione
e Pianificazione Aziendale
(timbro e firma)
Direttore
Dott. Marco Papa

**DELIBERAZIONE
del**

DIRETTORE GENERALE

n° 1566 del 5/11/2021

U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale

OGGETTO: Piano della Performance 2021-2023

ESECUZIONE IMMEDIATA

il dott. Marco Papa

in qualità di Direttore dell'Unità Operativa Complessa Programmazione e Pianificazione Aziendale, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n° 46 del 29/08/2019,

Premesso:

- che con Delibera n° 370 del 06.08.2019 la Giunta Regionale della Campania ha disposto di nominare il Dott. Verdoliva Ciro quale Direttore Generale della A.S.L. Napoli 1 Centro, assegnando allo stesso obiettivi di carattere generale, obiettivi specifici di natura preliminare ed ulteriori obiettivi tematici riportati negli allegati alla delibera stessa;
- che il Piano della Performance, conformemente ai principi del D. Lgs n. 150/2009, individua gli indirizzi e specifica gli obiettivi strategici che si intendono perseguire nel medio periodo.

Tenuto conto:

- che, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico di emergenza COVID-19 e del rilevante impegno richiesto per l'effettuazione della campagna vaccinale, il processo di assegnazione degli obiettivi specifici di performance ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per l'anno 2021 ha subito un rallentamento.

Preso atto:

- che con delibera n. 962 del 28.09.2020 è stato adottato il "Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa ed individuale – Rev. 1 – Settembre 2020" dell'A.S.L. Napoli 1 Centro.

Preso atto, altresì:

- che con delibera n. 880 del 23.06.2021 sono stati assegnati gli obiettivi specifici di performance ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per l'anno 2021.

Richiamate:

- la delibera n. 816 del 20/04/2018 di costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'A.S.L. Napoli 1 Centro e di nomina dei relativi componenti;
- la delibera n. 1054 del 21/05/2018 con la quale si è provveduto a sostituire un componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione stesso;
- la delibera n. 1947 del 08/10/2018 di adozione del regolamento di funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- la delibera n. 1669 del 10/08/2018 con la quale si è preso atto del D.C.A. n. 6/2018 che approva l'Atto Aziendale della A.S.L. Napoli 1 Centro, adottato con delibera n. 1 del 2/01/2018.

Visto:

- il Decreto Legislativo n. 150 del 27 Ottobre 2009 e s.m.i..

Considerato:

- che il Piano della Performance costituisce uno strumento di fondamentale importanza per la corretta attuazione del Ciclo di gestione della performance, consentendo la definizione degli obiettivi strategici dell'Azienda, coerentemente ai bisogni della collettività, alla mission aziendale ed alle politiche e strategie dell'Azienda;
- che il Piano della Performance si pone come obiettivo il miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

Ritenuto:

- che, per quanto innanzi espresso, è necessario adottare il Piano della Performance relativo al triennio 2021-2023 che delinea gli indirizzi strategici dell'Azienda.

Visto:

- l'allegato n°01 - (Piano della Performance 2021-2023) - composto da n. 65 pagine f.to A4 impresse su unica facciata.

Dichiarata:

- la regolarità giuridico-amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità.

Dichiarato:

- che non sussistono motivi ostativi a procedere, attesa la piena conformità dell'atto alle disposizioni di legge ed ai regolamenti aziendali;
- che in merito al trattamento dei dati ed in osservanza a quanto previsto nel D. Lgs n°196/2003 e nel G.D.P.R. 2016/679 circa il rispetto dei principi e delle prescrizioni per il trattamento e diffusione dei dati personali, con la firma del presente Atto si attesta la rispondenza del testo del provvedimento e degli eventuali allegati alle suddette prescrizioni, ai fini della pubblicazione nei modi di legge all'Albo Pretorio;

tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore della Unità Operativa Complessa Programmazione e Pianificazione Aziendale

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

L'adozione del presente provvedimento e nello specifico:

- di adottare il Piano della Performance 2021-2023, che, allegato alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che il presente provvedimento non presenta oneri a carico del bilancio aziendale;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

Il Direttore U.O.C.
Programmazione e Pianificazione Aziendale
Dott. Marco Papa

II DIRETTORE GENERALE

dott. ing. Ciro Verdoliva, nominato con Deliberazione di Giunta della Regione Campania n° 370 del 06.08.2019, coadiuvato dal direttore amministrativo dott. Michele Ciarfera (nominato con Delibera n° 002 del 09.08.2019) e dal direttore sanitario dott.ssa Maria Corvino (nominata con Delibera n° 1340 del 16.12.2020), ha adottato la seguente Deliberazione:

Vista

- la suesposta proposta del dott. Marco Papa, in qualità di Direttore della U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale, avente ad oggetto "Piano della Performance 2021-2023";

Preso atto

- della dichiarazione di regolarità, formale e sostanziale del presente provvedimento, espressa dal Direttore della U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale con la firma innanzi apposta e per quanto di specifica competenza;

Ritenuto

- di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal dott. Marco Papa in qualità di Direttore della U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale;

con i pareri favorevoli resi, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario con la sottoscrizione della seguente proposta di provvedimento

il direttore Amministrativo
dott. Michele Ciarfera

il direttore Sanitario
dott.ssa Maria Corvino

DELIBERA

per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta e, in particolare:

- di adottare il Piano della Performance 2021-2023, che, allegato alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che il presente provvedimento non presenta oneri a carico del bilancio aziendale;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
- di trasmettere il presente atto per opportuna conoscenza a:
 - Collegio Sindacale;
 - U.O.C. Affari Generali, per i conseguenziali adempimenti, anche in relazione alle forme di registrazione e pubblicità secondo legge;
 - Organismo Indipendente di Valutazione A.S.L. Napoli 1 Centro;
 - Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza A.S.L. Napoli 1 Centro;
 - Dipartimento di Prevenzione;
 - Dipartimento di Salute Mentale;
 - Dipartimento Dipendenze;
 - Dipartimento Attività Ospedaliera;
 - Dipartimento Assistenza Primaria;
 - Direttori Medici Presidi Ospedalieri;
 - Direttori Responsabili Distretti Sanitari di Base;
 - Direttori UU.OO.CC. Centrali.

il Direttore Generale
dott. ing. **Ciro Verdoliva**



al lavoro per garantire salute

ELENCO ALLEGATI

Allegato n°01

(Piano della Performance 2021-2023)

- composto da n. 65 pagine f.to A4 impresse su unica facciata

Allegato n°01

(Piano della Performance 2021-2023)

- composto da n. 65 pagine f.to A4 impresse su unica facciata



AZIENDA SANITARIA LOCALE

NAPOLI 1 CENTRO

**Piano della Performance
2021-2023**

Presentazione del Piano

Il Presente Piano, conformemente ai principi del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i., rappresenta un importante strumento utile per un integrato sistema programmatico aziendale, che permette di favorire la cultura della performance e di sviluppare il senso della responsabilità e dell'appartenenza ad un comune progetto di servizio pubblico alla comunità.

Il Piano intende assicurare:

- le strategie individuate e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance a verifica della correttezza metodologica del processo di pianificazione e delle sue risultanze;
- la comprensibilità, intesa come l'esplicitazione del legame con i bisogni espressi dalla collettività;
- la qualità, intesa come miglioramento dei servizi erogati e degli interventi attuati.

Il governo di un'azienda deve garantire la quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'azienda stessa opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento.

Nel Piano si individuano gli indirizzi e si specificano gli obiettivi strategici che si intendono perseguire nel medio periodo.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e potenziamento delle competenze professionali sviluppate attraverso la valorizzazione del merito.

Nell'elaborazione del presente Piano si è tenuto conto dell'attuale scenario epidemiologico di emergenza *COVID-19* che ha determinato un profondo mutamento dell'assetto organizzativo e strutturale dell'Azienda, incidendo in maniera notevole nella tempistica e nella formulazione dei presenti obiettivi strategici 2021-2023.

Tale scenario emergenziale, tuttora in corso, caratterizzato dal rapido diffondersi della pandemia, ha reso necessario, infatti, mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza *COVID-19*.



In questo contesto, conclusa la prima grande fase della campagna vaccinale anti Covid-19, pur permanendo la condizione emergenziale, si sta procedendo ad un graduale riavvio delle attività sospese, improntato a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti che necessitano di trattamenti non ulteriormente differibili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta dell'intero sistema sanitario aziendale.

Resta inteso che, pur nell'auspicio che l'attuale situazione di emergenza sanitaria possa avere un'evoluzione favorevole, anche in considerazione dei risultati della campagna vaccinale, tuttora in corso, il monitoraggio di cambiamenti significativi della situazione epidemiologica e di altre variabili di contesto nonché nuove indicazioni di carattere scientifico ed importanti modifiche delle raccomandazioni nazionali ed internazionali in funzione dell'evoluzione dell'epidemia costituiranno il presupposto per le eventuali modifiche/revisioni delle indicazioni contenute nel presente documento.



Indice

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	5
1.1 Chi siamo	5
1.2 Cosa facciamo	6
1.3 Come operiamo	9
2. IDENTITA'	12
2.1 L'amministrazione "in cifre"	12
2.2 Mandato istituzionale e Missione	22
2.3 Albero della performance	23
3. ANALISI DEL CONTESTO	25
3.1 Analisi del contesto esterno	25
3.2 Analisi del contesto interno	26
4. OBIETTIVI STRATEGICI	27
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	31
5.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	32
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	64
6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	64
6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	64
6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	65

1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

1.1 Chi siamo

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.

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.

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

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

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

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

Il Portale Aziendale è lo strumento attraverso il quale vengono fornite informazioni all'utenza sui servizi, sulle prestazioni erogate, sulle campagne di prevenzione, sull'educazione alla salute ecc. Il Portale inoltre attraverso la sezione Amministrazione Trasparente consente di rappresentare e monitorare tutta l'attività dell'Azienda. Il Portale Aziendale pertanto rappresenta un *work in progress* continuo che deve tener conto delle esigenze dell'utenza che variano anch'esse di continuo e deve garantire fruibilità, facilità di uso, semplicità di navigazione tra pagine e sezioni e accessibilità a tutti gli interessati, oltre ovviamente a fornire informazioni e comunicazioni utili.

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

1.2 Cosa facciamo

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.

L'Azienda, nel rispetto dei contenuti della missione e della visione, nonché dei valori di riferimento, promuove l'adozione di un nuovo assetto organizzativo, centrato fondamentalmente sulla "presa in carico globale" del paziente, che deve essere accompagnato e guidato tra le varie strutture e funzioni aziendali, nella ricomposizione di un'offerta di salute apparentemente frammentaria.

L'Azienda rivolge particolare attenzione verso ciò che rappresenta il "core business", vale a dire i processi assistenziali, intesi nella più vasta accezione di attività di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione, per garantire adeguati livelli di salute al maggior numero possibile di cittadini e contestualmente allo svolgimento di corrette attività amministrativo-contabili, finalizzate alla reingegnerizzazione dei processi amministrativo-contabili, anche attraverso l'utilizzo di idonei sistemi di contabilità e l'adozione del Percorso di Certificabilità del Bilancio, per giungere progressivamente ad un pieno controllo dei fattori di spesa ed alla completa assegnazione del budget alle Unità operative.

L'Azienda assume quale elemento di maggiore qualificazione del piano di sviluppo il potenziamento delle attività di assistenza territoriale e di integrazione tra queste ultime e le attività ospedaliere.

La definizione della strategia aziendale nasce dall'esigenza di sviluppare tutti gli interventi fondamentali per una governance aziendale, presupposto necessario per un'amministrazione efficace ed efficiente. A tal fine un obiettivo prioritario è costituito dal progressivo reindirizzamento aziendale verso le attività di programmazione e controllo, con l'analisi dei dati, l'assegnazione di obiettivi coerenti con gli indirizzi normativi e con i bisogni di salute, la trasparente valutazione del livello di raggiungimento degli stessi e delle performance individuali legata alla retribuzione di risultato, la ricognizione delle risorse e la ridefinizione delle dotazioni organiche in funzione delle attività da erogare; la riprogettazione dei processi amministrativo-contabili e sanitari ed un'attenta attività di governo degli stessi nel pieno rispetto del criterio di trasparenza sono azioni determinanti già avviate dall'Azienda.

L'Azienda potenzia, quale obiettivo di fondamentale importanza sotto il profilo strategico, con azioni decise e rigorose, l'assistenza primaria, al fine di assicurare il soddisfacimento dei bisogni sanitari e nel contempo rendere più fruibile l'assistenza ospedaliera.



In particolare, la strategia dell'azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta sanitaria attraverso l'analisi dei bisogni di salute della popolazione, identificando le priorità e valutando l'appropriatezza e gli esiti dell'azione svolta e attuando una gestione che promuova la ricerca di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della nuova cultura della salute e della innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico;
- qualificare l'accesso ai servizi, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza;
- razionalizzare il sistema organizzativo dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili;
- sviluppare il sistema integrato delle micro e macro articolazioni sanitarie consentendo la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del processo assistenziale;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, anche in situazioni di emergenza sanitaria come l'attuale pandemia Covid-19, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero attraverso una logica improntata sulla gestione dei processi e riconoscendo l'imprescindibile ruolo del personale tutto, dipendente e convenzionato, anche attraverso il coinvolgimento attivo dello stesso nello sviluppo di attività innovative;
- potenziare la capacità del Dipartimento di Prevenzione di rispondere celermente ed in maniera efficace ed efficiente alle situazioni di emergenza in caso di insorgenza di epidemie e/o pandemie, in considerazione del ruolo centrale che necessariamente lo stesso deve assumere in tale situazione, con compiti di primaria importanza e la necessità di attuare un'organizzazione e strategie aggiuntive di sanità pubblica volte alla gestione ed al contenimento dell'epidemia/pandemia;
- favorire l'integrazione ospedale-territorio, anche attraverso lo sviluppo di percorsi e reti assistenziali integrati per le principali patologie;
- valorizzare lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti tutti attraverso la formazione e la comunicazione interna quale elemento strategico;
- concorrere all'evoluzione e all'affidabilità del sistema sanitario regionale, dando attuazione alle politiche socio-sanitarie della Regione Campania;
- perseguire le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'Evidence Based Medicine, dell'appropriatezza e dell'efficacia;

- innovare e favorire la gradualità delle cure in linea verticale, attivando livelli assistenziali ad alta specializzazione crescenti dalla base verso il vertice, e in orizzontale favorire la gamma delle tipologie di servizio;
- ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi;
- valorizzare la responsabilità dei propri operatori al fine di dare tempestivi riscontri ai bisogni dell'utenza, coniugando i principi dell'efficienza e dell'efficacia con quelli dell'equità, della trasparenza e dell'eticità;
- sviluppare il sistema della valutazione del personale e della graduazione delle funzioni;
- potenziare il sistema informatico, quale trasparente strumento di comunicazione e gestione dei dati aziendali;
- promuovere il governo dei processi amministrativi, e quindi dei processi di gestione del personale, di verifica ed ottimizzazione della spesa e regolarizzazione del debito pregresso, della semplificazione delle attività, della tempestività dei pagamenti;
- promuovere l'innovazione organizzativa, anche attraverso sperimentazioni di nuovi modelli assistenziali, quali, ad esempio la creazione di reti territoriali con l'individuazione di centri hub di eccellenza e correlati centri spoke.

Nell'ambito del potenziamento dell'assistenza primaria, grande rilievo assume il ruolo dell'integrazione dei processi assistenziali tra ospedali e territorio, quale strumento per il miglioramento dell'appropriatezza, con riduzione dei ricoveri ospedalieri, e della qualità dell'assistenza. A tal fine le principali azioni da mettere in essere sono:

- 1) Istituzione e potenziamento delle reti assistenziali;
- 2) Implementazione dei P.D.T.A. integrati;
- 3) Attivazione posti letto di riabilitazione, lungodegenza, Ospedale di Comunità, S.U.A.P, Hospice;
- 4) Potenziamento delle attività di dimissioni protette al domicilio;
- 5) Potenziamento dell'ospedalizzazione domiciliare.

Nell'attuale scenario epidemiologico di emergenza COVID-19 il territorio svolge un ruolo fondamentale per il controllo della pandemia.



Dall'esperienza acquisita nel corso dei mesi circa le caratteristiche dell'infezione da SARS-Cov-2 si è progressivamente sviluppato un forte interesse per l'assistenza territoriale nei confronti dei pazienti COVID-19 positivi, pauci sintomatici o sintomatici, spostando nel setting domiciliare l'intervento precoce, in maniera tale da consentire una limitazione della diffusione della pandemia, ma soprattutto da ridurre l'accesso al setting ospedaliero, limitando lo stesso ai casi di infezione più aggressiva.

L'A.S.L. Napoli 1 centro ha sviluppato un modello avanzato di assistenza territoriale per pazienti Covid-19 positivi che ha consentito di ridurre l'accesso ai ricoveri ospedalieri degli stessi.

Grande rilevanza assume l'area dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ai fini della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare. Le azioni di prevenzione guarderanno con forza alla sicurezza sui luoghi di lavoro, per le particolari condizioni di sofferenza socio-economica attuali che possono condurre al rischio della riduzione di spesa per gli oneri di sicurezza. In considerazione dello scenario epidemiologico di emergenza COVID-19 ed il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, il Dipartimento di Prevenzione assume un ruolo centrale nella gestione della situazione, con compiti di primaria importanza sul fronte della lotta al coronavirus e la necessità di attuare un'organizzazione e strategie aggiuntive di sanità pubblica.

Le risorse del Dipartimento di Prevenzione, soprattutto in occasione della seconda fase dell'emergenza pandemica, sono state dedicate soprattutto all'organizzazione delle numerose attività volte alla gestione ed al contenimento della pandemia, con particolare riferimento alle complesse attività di "contat tracing" e di rilevazione dei dati epidemiologici fondamentali per la programmazione delle attività.

1.3 Come operiamo

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;
- ✓ alla promozione strutturata dell'immagine aziendale anche attraverso l'utilizzo delle moderne tecnologie nel rispetto dei principi dell'H.T.A.;
- ✓ alla salvaguardia della sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro;
- ✓ alla flessibilità dell'organizzazione;
- ✓ alla revisione periodica della stessa;
- ✓ all'orientamento delle attività in senso progettuale e quindi per obiettivi;
- ✓ all'audit civico quale strumento primario per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali al fine di promuovere la valutazione della qualità percepita delle prestazioni erogate.

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.

Essa 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.

- *Centralità della persona*

Ai cittadini e alle cittadine 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*

I cittadini e le cittadine 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 gravi.

- *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 la normativa vigente. Apposita sezione è dedicata sul sito istituzionale.

- *Equità*

Conforme ai principi di giustizia, in particolare nel confronto tra individui in condizioni analoghe o in condizioni diverse.

- *Diritto di scelta*

I cittadini e le cittadine 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.

L'A.S.L. Napoli 1 Centro promuove attività di collaborazione con le altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e con le Università, al fine di favorire la condivisione di esperienze e competenze nell'ottica del miglioramento dello stato di salute.

L'azienda può attivare convenzioni, protocolli di intesa ed accordi di programma con istituzioni ed enti pubblici, al fine di realizzare le opportune sinergie per assicurare i L.E.A..

2. Identità

2.1 L'amministrazione "in cifre"

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

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

La popolazione totale residente dell'A.S.L. Napoli 1 Centro, comprendente i Comuni di Napoli, Anacapri e Capri, al 01/01/2021, è di 954.860 abitanti (Fonte: I.Stat.).

Il territorio dell'A.S.L. Napoli 1 Centro è suddiviso in 11 Distretti socio-sanitari, 10 nella Città 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 svolgono attività di ricovero 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.

L'Atto Aziendale vigente prevede una dotazione complessiva di 1.327 posti letto pubblici, distribuiti in 5 Presidi Ospedalieri, con annessi 3 Stabilimenti Ospedalieri, dei quali uno insulare, con Ospedali sede di Pronto Soccorso, DEA di I e II livello e con la presenza di discipline ad alta specializzazione quali, ad esempio, le Neurochirurgie, la Cardiochirurgia, le Chirurgie Vascolari, le Stroke Unit, le U.T.I.C..



La recente forzata disattivazione del P.O. Incurabili ha di fatto mutato l'assetto aziendale, che dovrà essere adeguato in funzione della nuova programmazione regionale.

L'attuale assetto organizzativo e strutturale aziendale, inoltre, è stato fortemente modificato dall'emergenza sanitaria da Covid-19.

Al fine di assicurare l'indispensabile assistenza e ricovero alla popolazione colpita dalla pandemia e contrastare il contesto di criticità in atto, si è provveduto ad effettuare una continua rimodulazione dell'offerta dei posti letto dedicati alla rete Covid-19 con la riconversione di interi presidi ospedalieri. In occasione delle due fasi di maggiore diffusione della pandemia è stata sospesa nei presidi ospedalieri l'attività di elezione di ricovero ed ambulatoriale.

L'assetto organizzativo aziendale potrà subire ulteriori modifiche, in considerazione delle disposizioni urgenti concernenti il contrasto ed il contenimento della diffusione della pandemia, della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica, nonché del rilevante impegno richiesto per l'effettuazione della campagna vaccinale, tuttora in corso.

Al 30/06/2021 l'Azienda Sanitaria Napoli 1 Centro dispone di un totale di n. 6.317 dipendenti, di cui n. 1.663 Dirigenti e n. 4.654 del ruolo del comparto, oltre al personale convenzionato (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, etc.).

Di seguito vengono riportati 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

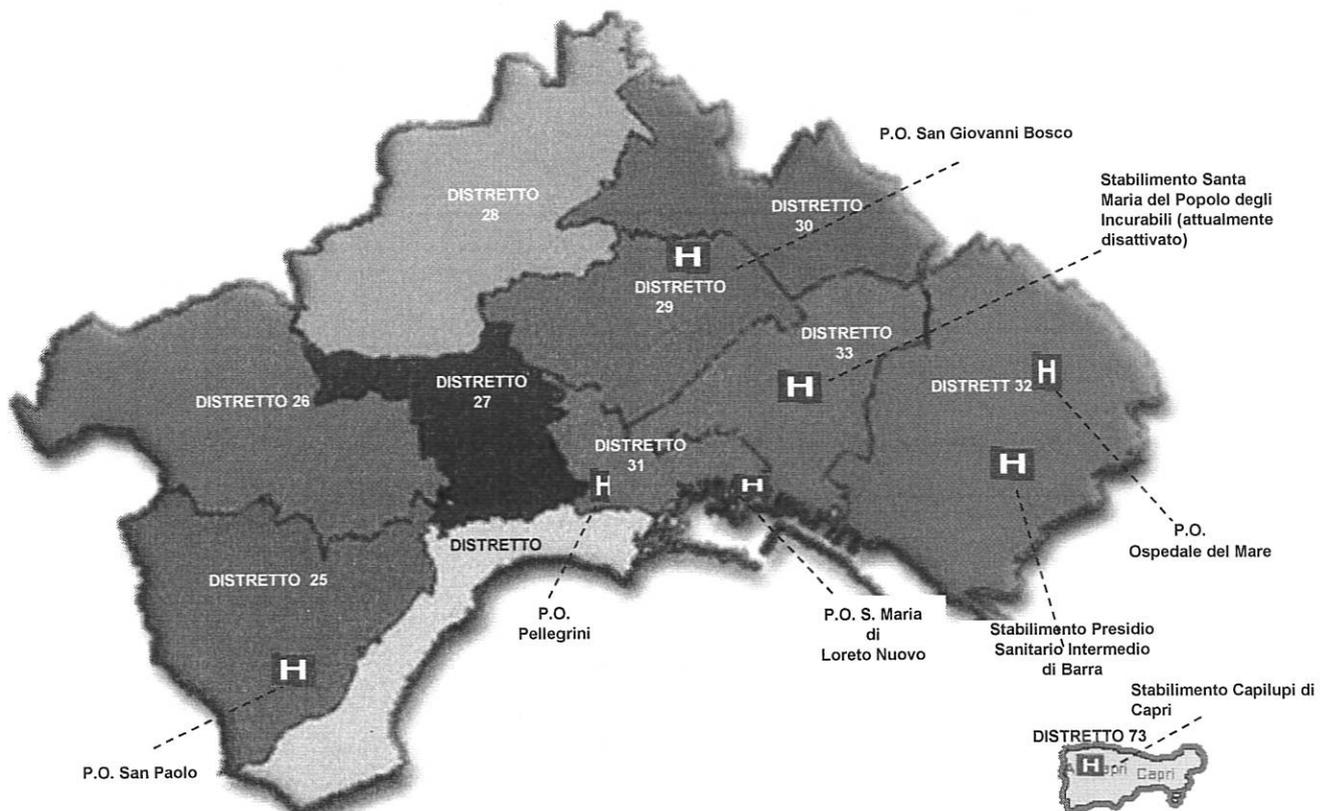
PRESIDI OSPEDALIERI
1. Ospedale del Mare
2. San Giovanni Bosco (con annesso lo Stabilimento Presidio Sanitario Intermedio di Barra)
3. Pellegrini (con annesso lo Stabilimento Santa Maria del Popolo degli Incurabili, allo stato disattivato)
4. San Paolo
5. Santa Maria di Loreto Nuovo (con annesso lo Stabilimento 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

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE ED OSPEDALI CLASSIFICATI	
1.	Casa di Cura Osp. Internazionale - Napoli
2.	Casa di Cura Villa Camaldoli - Napoli
3.	Casa di Cura Villa Angela - Napoli
4.	Clinic Center SPA - Napoli
5.	Casa di Cura Colucci Hermitage - Napoli
6.	Casa di Cura Villa delle Querce
7.	Clinica Villa Vesuvio - Napoli
8.	Casa di Cura Mediterranea - Napoli
9.	Casa di Cura S. Patrizia
10.	Casa di Cura Villa Cinzia
11.	Clinica Sanatrix - Napoli
12.	Fondazione Evangelica Betania *
13.	Casa di Cura Ospedale Fatebenefratelli – Napoli *

* Ospedali Classificati

Mapa Geografica



L'A.S.L. Napoli 1 Centro garantisce l'erogazione di un numero elevatissimo di prestazioni di diagnosi e cura a livello delle strutture ospedaliere e di quelle territoriali.

I dati di attività relativi all'anno 2020 hanno risentito notevolmente dell'insorgenza della pandemia da Covid-19, registrando una evidente flessione nel corso dell'anno.

Al fine di minimizzare e ridurre la diffusione del virus Sars Cov2, infatti, e diminuire l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali, assicurando il mantenimento dei servizi essenziali, si è resa necessaria, come detto, un'ingente trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie delle strutture aziendali pubbliche e private accreditate, sia sul versante delle attività ospedaliere sia sul versante delle attività territoriali, ed è stato indispensabile ripensare e ridefinire radicalmente i processi organizzativi e assistenziali e l'articolazione delle diverse attività sanitarie e amministrative all'interno delle strutture aziendali.

Nel corso del mese di marzo 2020 è stata effettuata la riconversione del P.O. Loreto Mare in Covid Center, con contestuale sospensione delle attività di Pronto Soccorso e trasferimento temporaneo delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia ed Ematologia dal P.O. Loreto Mare al P.O. Ospedale del Mare.

Nel corso della prima fase di emergenza pandemica è stata realizzata, presso l'area del P.O. Ospedale del Mare, una struttura modulare di 72 posti letto destinata ad accogliere pazienti Covid di terapia intensiva. I posti letto di tale struttura, sono stati variamente utilizzati, in funzione dell'andamento epidemiologico e delle risorse mediche disponibili, stante la carenza delle stesse sull'intero territorio nazionale.

Nel corso del mese di ottobre 2020, in considerazione del peggioramento dello scenario epidemiologico di emergenza COVID-19, si è provveduto alla rimodulazione di posti letto di degenza del P.O. Ospedale del Mare con contestuale attivazione di posti letto di degenza ordinaria, di sub-intensiva e di terapia intensiva esclusivamente dedicati a pazienti Covid-19.

Sempre nel corso del mese di Ottobre 2020 è stata individuata una struttura residenziale cosiddetta "Covid Residence" (Edificio albergo del P.O. Ospedale del Mare) quale residenza alternativa per pazienti Covid-19 positivi, asintomatici e/o clinicamente guariti. Presso tale struttura sono accolti sia pazienti ricoverati in struttura ospedaliera, per i quali non è opportuno il ritorno al proprio domicilio, per insufficienti caratteristiche socio-abitative tali da non garantire l'isolamento fiduciario senza che sussista un concreto pericolo di contagio per i conviventi, sia pazienti che sono al proprio domicilio, per i quali, per la stessa motivazione, non è opportuno restarci.

Nel corso del mese di novembre 2020, visto l'andamento della curva epidemica da virus SARS-COV2 con la necessità di una continua rimodulazione dell'offerta dei posti letto dedicati alla rete Covid-19, è stata programmata la riconversione del P.O. San Giovanni Bosco in Covid Center con discipline specialistiche, dedicato al ricovero dei soli pazienti positivi sintomatici al Covid-19.

Per poter garantire la massima sicurezza per i pazienti e per gli operatori sanitari e consentire all'Azienda di concentrarsi sulla gestione dell'emergenza è stato necessario sospendere, in occasione delle fasi di recrudescenza della pandemia, le prestazioni programmate, ad eccezione delle prestazioni con carattere di urgenza e non procrastinabili ed oncologiche, con conseguente rallentamento di tutta l'attività ordinaria di elezione.



Si riportano di seguito i dati delle prestazioni di ricovero ordinario e DH/DS effettuate nell'anno 2020 nei Presidi Sanitari Pubblici a gestione diretta.

Ricoveri Ordinari Anno 2020						
	Numero Dimessi	Numero DRG 0-1 gg	Totale GG Degenza	Media gg degenza	Peso Medio DRG	Rimborso Sdo
Ospedale del Mare - Napoli	10.594	660	96.674	9,13	1,40	46.467.398,84
Capilupi - Capri	294	109	1.188	4,04	0,86	519.534,10
Pellegrini - Napoli	4.321	639	34.610	8,01	1,30	15.742.233,69
San Giovanni Bosco - Napoli	4.796	649	34.931	7,28	1,13	15.910.442,35
San Paolo - Napoli	4.902	754	28.315	5,78	0,89	11.660.892,80
Loreto Mare - Napoli	1.400	218	13.866	9,90	1,17	4.741.864,80
Totale ASL	26.307	3.029	209.584	7,97	1,22	95.042.366,58

Ricoveri DH/DS Anno 2020				
	Numero Dimessi	Numero Accessi	Peso Medio DRG	Rimborso Sdo
Ospedale del Mare	2.003	11.267	0,80	3.591.534,85
DRG Chirurgico	487	1.241	0,80	643.022,70
DRG Medico	1.516	10.026	0,79	2.948.512,15
PO Capilupi	53	153	0,93	58.588,40
DRG Chirurgico	46	139	0,98	55.856,20
DRG Medico	7	14	0,60	2.732,20
PO Pellegrini	799	1.891	0,81	736.955,28
DRG Chirurgico	438	1.100	0,87	582.640,13
DRG Medico	361	791	0,75	154.315,15
PO San Giovanni Bosco	475	1.280	0,76	534.706,00
DRG Chirurgico	407	1.102	0,77	499.864,75
DRG Medico	68	178	0,66	34.841,25
PO San Paolo	1.090	2.865	0,58	970.358,50
DRG Chirurgico	662	1.422	0,47	669.696,80
DRG Medico	428	1.443	0,75	300.661,70
PO Santa Maria del popolo degli Incurabili	269	812	1,12	198.208,00
DRG Medico	269	812	1,12	198.208,00
PO Santa Maria di Loreto	678	4.126	1,05	1.164.688,60
DRG Chirurgico	93	198	0,69	111.650,65
DRG Medico	585	3.928	1,11	1.053.037,95
PSI Napoli EST Barra	512	1.846	0,82	548.628,80
DRG Chirurgico	262	975	0,80	336.187,90
DRG Medico	250	871	0,84	212.440,90
Totale complessivo	5.879	24.240	0,80	7.803.668,43

Si riportano di seguito i dati delle prestazioni di ricovero effettuate nell'anno 2020 nelle Case di Cura Accreditate e negli Ospedali Classificati dell'A.S.L. Napoli 1 Centro.

Prestazioni di Ricovero Presidi Sanitari Privati Accreditati e Ospedali Classificati Anno 2020

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri DH/DS		
	Numero Dimessi	Totale GG Degenza	Rimborso Sdo	Numero Dimessi	Rimborso Sdo	Numero Accessi
C. di C. Villa Camaldoli - Napoli	462	19.913	3.574.341,67	195	738.450,18	3.526
C. di C. Mediterranea - Napoli	8.327	27.825	36.664.902,80	864	978.516,00	2.111
C. di C. Osp. Fatebenefratelli *	7.216	40.014	24.156.314,13	827	1.546.467,00	4.385
C. di C. Ospedale Internazionale	3.560	12.324	3.950.154,18	460	526.412,52	897
C. di C. S. Patrizia	2.380	8.069	4.576.209,46	280	271.634,63	555
C. di C. Villa Angela - Napoli	433	11.998	1.863.226,54			
C. di C. Villa Cinzia	3.556	9.766	5.423.489,44	285	282.426,16	286
C. di C. Villa delle Querce	3.435	11.316	5.941.983,24	375	412.122,51	626
Clinic Center SPA - Napoli	1.549	58.618	13.589.285,26	354	1.644.666,55	8.545
Clinica Sanatrix - Napoli	4.620	16.379	12.953.534,22	625	824.999,40	1.937
Clinica Villa Vesuvio - Napoli	276	1.374	847.823,34	31	30.248,40	127
Fondaz. Evangelica Betania *	8.616	44.431	25.189.447,81	1.656	2.390.422,30	7.002
Hermitage Capodimonte	987	40.222	7.703.543,44	1	2.654,54	14
Totale	45.417	302.249	146.434.255,53	5.953	9.649.020,19	30.011

* Ospedali Classificati

Si riportano di seguito i dati di attività delle cure domiciliari di I e II livello e delle RSA anziani e Centri Diurni Alzheimer a gestione diretta svolte nel corso dell'anno 2020

Si rappresenta che nel corso dell'anno 2020 l'attuazione delle misure per il contenimento del contagio da Sars-Cov2 ha determinato la sospensione delle attività dei Centri Diurni Alzheimer in data 16.03.2020 e, alla riapertura degli stessi, si è resa necessaria la presenza a rotazione degli utenti al fine di favorire le attività ad un maggior numero di persone, nel pieno rispetto delle misure di contenimento del contagio da Sars-Cov2.

Attività cure domiciliari I e II livello	
Anno 2020	
< 65 anni	> 65 anni
6.278	34.599

Attività RSA Anziani e Centri Diurni Alzheimer		
Struttura	Anno 2020	
	n. posti letto	gg di degenza
RSA B. Longo	20	6.281
RSA A. Merini	38	11.462
RSA Frullone	68	21.486
RSA Posillipo	24	6.440
CD Frullone	25	1.078
CD Villa Walpole	20	1.569
TOTALE	195	48.316

Si riportano di seguito le tabelle riassuntive con i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali effettuate nell'anno 2020 nelle Strutture Sanitarie Pubbliche a gestione diretta e nelle Strutture Sanitarie Private Accreditate dell'A.S.L. Napoli 1 Centro.

Tutti i dati sono tratti dalla procedura di datawarehouse aziendale.



Prestazioni ambulatoriali Strutture ASL a gestione diretta anno 2020		
	Prestazioni strutture ASL totale	Lordo strutture ASL totale
BRANCA A VISITA	895.737	14.867.868
BRANCA NON DISPONIBILE	4	5
CARDIOLOGIA	41.692	1.087.292
DIABETOLOGIA	92.831	1.122.754
FKT	6.548	401.277
LABORATORIO	364.657	1.651.606
RADIOLOGIA	53.781	2.931.722
RADIOTERAPIA	28.820	2.454.738
Totale complessivo	1.484.070	24.517.262

Prestazioni ambulatoriali Strutture Accreditate anno 2020		
	Prestazioni strutture ASL totale	Lordo strutture ASL totale
BRANCA A VISITA	252.238	6.210.264
CARDIOLOGIA	331.738	11.418.596
DIABETOLOGIA	147.350	1.707.512
DIALISI	106.967	19.113.084
FKT	294.605	5.932.521
LABORATORIO	6.024.044	25.340.252
NUCLEARE	50.677	22.144.208
RADIOLOGIA	500.038	29.138.133
RADIOTERAPIA	81.479	5.600.971
Totale complessivo	7.789.136	126.605.541



2.2 Mandato istituzionale e Missione

Come indicato nell'Atto Aziendale dell'A.S.L. Napoli 1 Centro, adottato con Delibera n. 1 del 02/01/2018 ed approvato dai competenti organismi regionali con D.C.A. n. 6 del 25/01/2018, la "mission" aziendale consiste nel promuovere, mantenere e migliorare lo stato di salute, sia individuale che collettivo, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, garantendo l'accesso a tutta la gamma dei processi socio-sanitari ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza. I principi di efficacia, efficienza, economicità ed etici rappresentano i valori fondanti dell'azienda. L'universalismo e l'equità, principi fondamentali del nostro servizio sanitario, sono recepiti dall'Azienda come premesse per una pari opportunità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, capace di far fronte alle modificate aspettative degli stessi, garantendo soprattutto servizi differenziati ad alto contenuto professionale e fortemente personalizzati. La complessità dei bisogni sanitari associata ad un costante e rapido cambiamento della realtà socio-demografica, in un contesto economico caratterizzato dalla scarsità di risorse disponibili, impongono necessariamente lo sviluppo di collaborazioni con enti ed istituzioni pubbliche e private che operano nei settori sanitario, sociale, assistenziale, formativo e culturale. L'Azienda concorre alla realizzazione della più vasta missione del servizio sanitario della Regione Campania, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria, nelle forme previste dalla programmazione e dalla legislazione in accordo con gli enti locali.

La "vision" aziendale consiste nel promuovere lo sviluppo di un sistema organizzativo gestionale che intercetti i bisogni dei cittadini e garantisca un continuum di processi assistenziali ad intensità modulata dal territorio all'ospedale, potenziando le cure primarie e la prevenzione e specializzando l'assistenza ospedaliera. La riprogettazione dei processi sanitari ed amministrativo-gestionali rappresenta l'elemento cardine dell'azione aziendale. Più precisamente, la riprogettazione dei processi sanitari va sviluppata in un sistema che miri ad accogliere il paziente nella sua globalità e soprattutto complessità, inserendolo in un'articolata rete assistenziale con l'obiettivo di soddisfare ogni suo bisogno. In buona sostanza si rende necessario migliorare e potenziare i processi di "presa in carico" del bisogno sanitario globale del paziente, superando il limite concettuale di erogazione di singole prestazioni a sé stanti. Inoltre, per quanto riguarda i processi amministrativo-contabili, questi vanno sicuramente migliorati e potenziati in un'ottica più moderna, avvalendosi di strumenti

informatici più evoluti, finalizzando il tutto ad un maggior controllo della spesa attraverso un'efficiente ed economica gestione delle risorse.

Il core della visione strategica aziendale è orientato al miglioramento continuo della qualità ed in particolare nell'ambito:

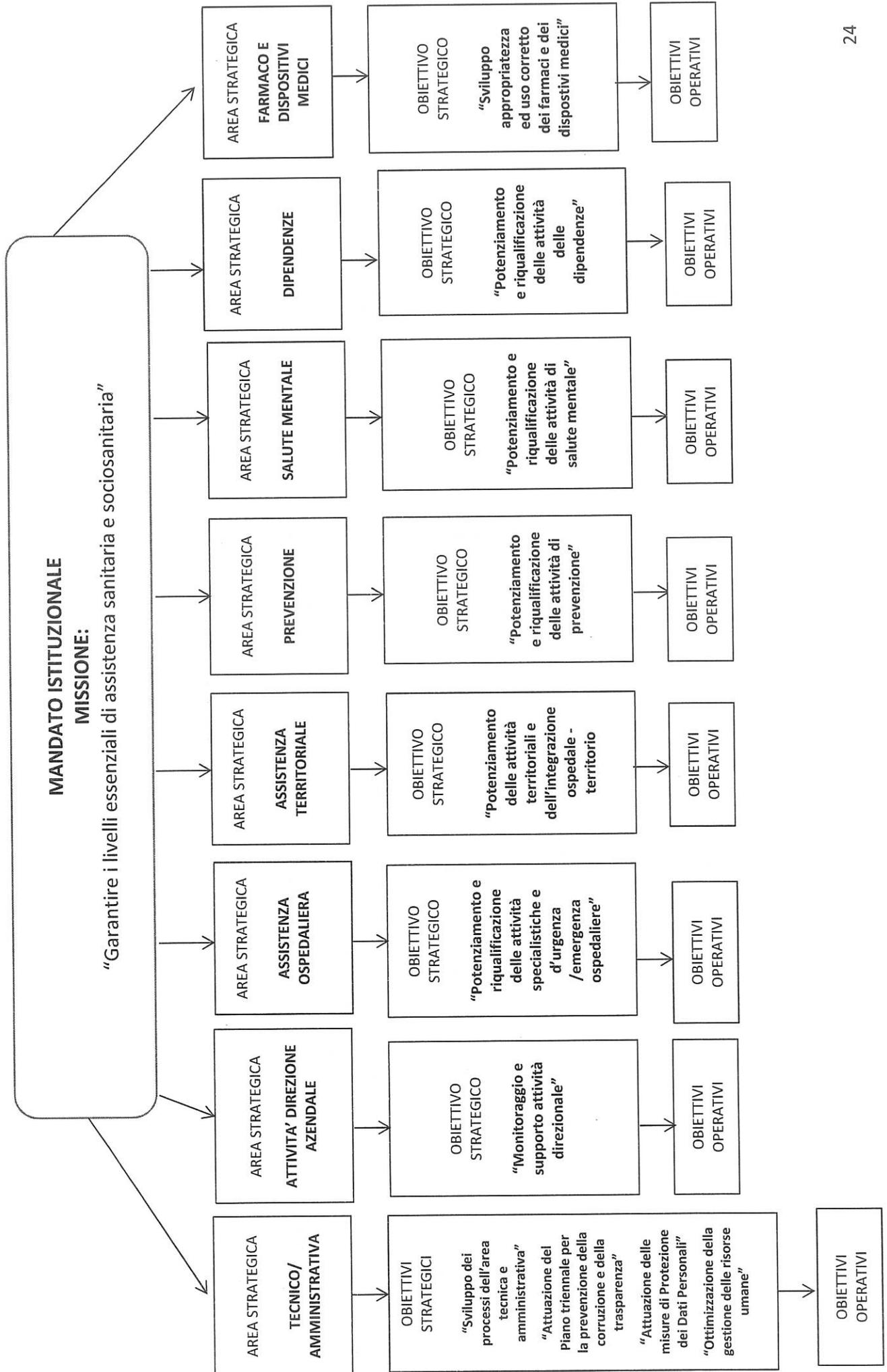
- della qualità tecnico professionale delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, attraverso la valorizzazione delle specifiche competenza dei suoi operatori in relazione all'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze;
- della qualità organizzativa, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili;
- della qualità percepita della propria offerta sanitaria rivolta alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute.

L'azienda favorisce gli aspetti relazionali per essere parte integrante del tessuto socio-istituzionale, in particolare con i cittadini e le loro rappresentanze, per coglierne meglio e valutare alla pari i bisogni degli assistiti e del territorio.

2.3 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.

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono composti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione. Un'area strategica può riguardare un insieme di prodotti o di servizi o di utenti o di politiche o loro combinazioni.



3. Analisi del contesto

3.1 Analisi del contesto esterno

Il presente piano si inserisce in un contesto sociale, economico e finanziario di rilevante complessità. 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. 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.

L'analisi del contesto specifico deve realizzarsi attraverso l'esame degli stakeholders, intesi come i soggetti che contribuiscono alla realizzazione della missione istituzionale e che sono in grado di influenzare il raggiungimento degli obiettivi ma anche come i soggetti interessati alle attività dell'amministrazione senza poterle "influenzare".

Degli stakeholders fanno parte sicuramente gli utenti, attuali o potenziali, e i dipendenti, ma anche le altre amministrazioni pubbliche o la collettività, incluso le istituzioni pubbliche di vario livello, i gruppi organizzati quali associazioni di utenti o cittadini, associazioni di categoria, sindacati, associazioni del territorio, ma anche gruppi non organizzati (imprese, enti non profit, cittadini e collettività, mass media). Va evidenziato che spesso gli stakeholders sono potenziali partner ed il loro coinvolgimento può consentire l'individuazione di opportunità di collaborazione e di sviluppo di strategie comuni.

Al fine di potenziare il proprio ruolo sociale e di perseguire nel tempo standard sempre più elevati di qualità dei servizi ai fini del consolidamento della cultura della trasparenza, l'A.S.L. Napoli 1 Centro intende, infatti, intercettare e valorizzare il feedback dei suoi principali portatori di interessi, visti non solo come fruitori di servizi e destinatari passivi delle politiche di settore, ma proprio come soggetti attivi e partecipativi della programmazione, della realizzazione degli obiettivi e della rendicontazione dei risultati.

L'intento è quello di implementare e valorizzare questa pluralità di rapporti, sviluppando ulteriormente le attuali modalità di consultazione per realizzare un concreto coinvolgimento dei diversi portatori di interesse nelle fasi di impostazione delle attività di competenza, di sviluppo delle linee programmatiche e della rendicontazione dei risultati raggiunti, secondo modalità semplici e senza ulteriori aggravii procedurali.

I fattori di complessità del contesto esterno sono principalmente riconducibili a quanto di seguito indicato:

- la necessità di contemperare, come già detto, le esigenze, le istanze e gli interessi dei vari stakeholder, a volte anche conflittuali, presenti nel contesto di riferimento;
- la visibilità sociale, tipica di questa tipologia di aziende, nasce dal fatto che il “bene salute” attribuisce a questo tipo di attività un valore prioritario;
- la competizione tra gli erogatori pubblici e privati che, introdotta nel sistema sanitario, ha determinato un ulteriore elemento di complessità nell’equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni;
- la molteplicità delle attività dell’A.S.L. ed il loro impatto complessivo sul contesto esterno, al di là del normale rapporto causa/effetto della singola azione, implica un’obiettiva problematicità nella misurazione dei risultati.

3.2 Analisi del contesto interno

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

Con delibera n. 1 del 2/1/2018 è stato adottato dalla A.S.L. l’Atto Aziendale, approvato con D.C.A. n. 6 del 25/01/2018, e con Delibera n. 1669 del 10/08/2018 si è preso atto del citato D.C.A. n. 6/2018.

Il Direttore Generale dell’Azienda è il dott. ing. Ciro Verdoliva, nominato con delibera della Giunta Regionale della Campania n. 370 del 06/08/2019.

L’attuale assetto aziendale prevede una macro Area di Direzione Sanitaria, una macro Area di Direzione Amministrativa, n. 3 Dipartimenti Strutturali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze) e n. 13 Dipartimenti Funzionali (Dipartimento Attività Ospedaliera, Dipartimento Assistenza Primaria, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Integrato Ospedale-Territorio Materno-Infantile ed una serie di Dipartimenti che comprendono le diverse Unità Operative cliniche aziendali).

Le funzioni di indirizzo e controllo, garantite dal Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario ed Amministrativo, sono finalizzate alla governance aziendale e si caratterizzano per il contenuto di pianificazione, programmazione, organizzazione generale, di allocazione delle risorse e di committenza.

Le strutture centrali supportano la Direzione nelle funzioni di analisi, programmazione e monitoraggio dei programmi annuali di attività, quali ad esempio: budget, sistemi informativi, qualità, formazione, progetti speciali.

La Direzione Aziendale operativamente attua gli indirizzi della pianificazione regionale, tramite il processo annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari e sociosanitari, interni ed esterni all'Azienda.

Ai Dipartimenti ed ai Servizi Centrali spettano le funzioni inerenti la pianificazione e la definizione di linee guida e protocolli operativi volti a assicurare l'omogeneità di erogazione dei servizi, il monitoraggio e la verifica dei processi e degli indicatori di risultato.

Periodicamente vengono riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi previsti dai L.E.A., ed adottare eventualmente azioni correttive.

L'impianto strutturale, immaginato nel rapporto strategia-gestione, postula l'individuazione di unità organizzative funzionalmente responsabili e depositarie di obiettivi strategici, declinati, secondo un processo a cascata, in obiettivi operativi.

Ciascuna delle unità coinvolte, anche se investita di specifiche ed esclusive competenze, deve praticare il proprio impegno, anche oltre il compito istituzionale, su di un terreno che presenta punti di contatto e di interazione con altri ruoli ed attribuzioni in un ambito di raccordo che evita sovrapposizioni di funzioni e, quindi, dispersione di risorse.

4. Obiettivi strategici

Come già rappresentato precedentemente, la rapida evoluzione epidemiologica della pandemia da COVID-19 nel mondo e le conseguenti limitazioni imposte dalle necessarie misure protettive sanitarie, nonché l'attuale imprevedibilità delle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, contemporaneamente alla complessa gestione della campagna vaccinale in corso, hanno inciso notevolmente sulla tempistica e sulla formulazione dei presenti obiettivi strategici 2021-2023.

Con la D.G.R.C. n. 370 del 06/08/2019 al Direttore Generale della A.S.L. Napoli 1 Centro sono stati assegnati i seguenti obiettivi di carattere generale:

- gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
- il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'Azienda Sanitaria;



- la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;
- l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);
- la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- il rispetto dei tempi di pagamento.

Al Direttore Generale sono stati assegnati i seguenti obiettivi specifici di natura preliminare:

- erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" – punto E degli adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) della citata D.G.R.C. n. 370 del 06/08/2019 o dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione. In particolare:
 - 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 una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
 - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni).
 - Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.
 - Percentuale delle unità locali controllate sul totale da controllare.
 - Malattie animali trasmissibili all'uomo. Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni).
 - Malattie animali trasmissibili all'uomo. Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti

controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore).

- Anagrafi animali. Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovi-caprine controllate per anagrafe ovi-caprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06.
- Contaminanti negli alimenti di origine animale. Attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati.
- Controlli sanitari svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione di alimenti. Somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14.07.95.
- Contaminanti negli alimenti di origine vegetale. Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23.12.1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti.
- Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2018.
- Riduzione nel primo anno del 10 % dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018. Successivo mantenimento per l'intero mandato.
- Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI.
- Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti.
- Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti.
- Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018.
- Ridurre del 20% nell'arco del mandato il numero degli accessi di tipo medico dell'anno 2018.
- Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario dell'anno 2018.

- Percentuale parti cesarei primari.
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.
- rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

Al Direttore Generale sono stati assegnati, altresì, gli ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B) della citata D.G.R.C. n. 370 del 06/08/2019. In particolare:

- Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera.
- Cure domiciliari. Percentuale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno.
- Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici.
- Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico.
- Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia.
- Rapporto standardizzato tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente, espresso per 1.000.000 abitanti.
- Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSis necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM.
- Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO.

Tutti gli obiettivi di carattere generale, gli obiettivi specifici di natura preliminare e gli ulteriori obiettivi tematici, assegnati al Direttore Generale con la D.G.R.C. n. 370 del 06/08/2019, si intendono parte integrante del presente piano.

Tutte le articolazioni aziendali devono partecipare, in funzione delle specifiche competenze, al raggiungimento dei descritti obiettivi, tenendo in debito conto, come già largamente detto, l'attuale scenario epidemiologico di emergenza COVID-19, in continua e rapida evoluzione, e le conseguenze di tale scenario sull'attività sanitaria aziendale.

Dal momento che un'emergenza globale, come quella tuttora in corso, richiede risposte altrettanto globali, coordinate e integrate, la sfida principale è rappresentata dalla necessità di garantire, da un lato il graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attuale rete ospedaliera che ha

dato prova di flessibilità e rapida conversione, dall'altro rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata al prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica dei casi, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche che nel tempo dovessero presentarsi, prevedendo meccanismi di riconversione tra le due diverse tipologie di attività e garantendo la rigorosa separazione dei percorsi. Nonostante l'emergenza sanitaria Covid-19, l'Azienda si propone di proseguire nel suo lavoro di revisione della rete ospedaliera con l'attivazione delle reti tempo dipendenti, di potenziamento delle attività territoriali ed attuazione dell'integrazione ospedale/territorio, di miglioramento dell'offerta delle attività di prevenzione, di potenziamento degli interventi e delle azioni rivolte alla prevenzione dei disturbi psichici sia in età adolescenziale che in età adulta, di potenziamento degli interventi e delle azioni rivolte alla prevenzione delle dipendenze da droghe e da gioco d'azzardo, di miglioramento della gestione logistica, dell'approvvigionamento, dello stoccaggio, della distribuzione, della somministrazione e dell'appropriatezza prescrittiva dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici, congiuntamente alla reingegnerizzazione dei processi amministrativi e tecnici ed allo sviluppo integrato del Sistema Informativo ed Informatico Aziendale.

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Nella definizione degli obiettivi strategici si è tenuto conto del processo a cascata che permette di esplicitare, partendo dalla definizione di missione dell'Azienda e delle sue priorità politiche, i vari obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi.

Gli obiettivi operativi sono riferiti a significativi aspetti quali-quantitativi dell'attività corrente, individuano le fasi dell'obiettivo strategico che si concludono nell'anno, sono corredati da indicatori che consentono una puntuale misurazione dei risultati conseguiti e fanno riferimento a tempi certi di realizzazione.

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

La performance organizzativa riguarda l'Azienda nel suo complesso, in tutte le sue articolazioni (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).

La performance individuale riguarda sia il personale appartenente all'area dirigenziale sia il personale appartenente all'area del comparto, secondo quanto previsto, rispettivamente, dal vigente Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro dell'Area Sanità – Triennio 2016-2018 - del 19-12-2019, con particolare riferimento agli artt. 57 e 58, e dal vigente Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro relativo al personale del comparto sanità – Triennio 2016-2018 – del 21-05-2018, con particolare riferimento agli artt. 14,20, 42, 45 e 75.

La negoziazione degli obiettivi di performance organizzativa è effettuata tra il Direttore Generale ed i Direttori di Dipartimento Strutturale, i Direttori Medici di Presidio, i Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari di Base, i Direttori/Responsabili delle U.O.C./U.O.S. in staff afferenti alla Direzione Sanitaria Aziendale, i Direttori delle U.O.C. in staff afferenti alla Direzione Amministrativa Aziendale, i Direttori/Responsabili delle U.O.C./U.O.S.D. dei Dipartimenti funzionali non afferenti ad un Presidio Ospedaliero ed i Referenti di linee di attività di particolare complessità e rilevanza aziendale.

Con meccanismo a cascata, e tenendo conto degli obiettivi negoziati con il Direttore Generale, i Direttori di Dipartimento Strutturale, i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero ed i Direttori delle U.O.C. negoziano con i Direttori/Responsabili preposti alle strutture ad essi afferenti gli obiettivi di performance organizzativa.

Come già delineato, in considerazione dell'emergenza *COVID-19*, l'articolazione di diverse attività sanitarie e amministrative all'interno delle strutture aziendali, e, di conseguenza, i relativi processi organizzativi e assistenziali, sono stati ripensati e ridefiniti in maniera radicale.

Pertanto, il processo di assegnazione degli obiettivi specifici di performance ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per l'anno 2021 ha subito un rallentamento, anche in funzione della necessità di rimodulare gli stessi.

5.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 880 del 23/06/2021 sono stati assegnati gli obiettivi specifici di performance ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per l'anno 2021.

Gli obiettivi di performance organizzativa assegnati con la citata deliberazione sono i seguenti:

- Corretta gestione magazzino economale centrale e delle funzioni economali
- Effettuazione gare programmate
- Piena implementazione della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione delle merci



- Predisposizione ed attuazione procedure per i controlli dei servizi non sanitari esternalizzati attraverso il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)
- Digitalizzazione amministrativa. Completa implementazione del protocollo unico informatizzato
- Implementazione procedura per informatizzazione degli atti deliberativi
- Adozione del maschile e femminile nelle formule di intestazione delle note coniugate in modo conforme al sesso del/della destinatario/a (Es. Dr./Dr.ssa – Direttore/Direttrice – Operatrice/Operatore)
- Mantenimento del numero di contenziosi, rispetto all'anno 2020, difesi da Legali interni
- Implementazione ed aggiornamento LegalApp
- Riduzione contenzioso per responsabilità medica
- Analisi dei costi per macrocentro estratti dal Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)
- Monitoraggio ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 8/2021
- Corretta gestione magazzino economale e cassa economale in conformità ai regolamenti aziendali
- Piena implementazione della procedura relativa all'accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione
- Corretta gestione del processo della procedura di inventariazione dei cespiti
- Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili
- Circolarizzazione debiti verso fornitori
- Attività recupero crediti
- Monitoraggio della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione delle merci/prodotti farmaceutici
- Monitoraggio della procedura relativa all'accettazione delle fatture
- Prosecuzione attività piano dismissione fitti passivi
- Prosecuzione attività sottoscrizione contratti di fitti di immobili e negozi non strumentali
- Riorganizzazione attività facchinaggio e logistica
- Revisione procedura acquisizione apparecchiature elettromedicali anche in funzione delle Linee Guida n. 8 ANAC

- Programmazione biennale acquisti apparecchiature elettromedicali
- Gestione dei costi di manutenzione
- Implementazione del Piano Triennale 2020-2022 per interventi di manutenzione straordinaria a farsi con utilizzo di Risorse Statali/Regionali o di Risorse Proprie
- Manutenzione del patrimonio edilizio – accordo quadro: predisposizione degli atti prodromici necessari per la definizione dell'appalto
- Procedura di controllo servizi manutentivi esternalizzati
- Ricognizione e monitoraggio attività area tecnica dei lavori pubblici
- Attività di controllo Determine Dirigenziali > 10%
- Adeguamento dei processi informativi aziendali e realizzazione sistemi e workflow per l'implementazione della normativa UE 2016/679
- Istruttoria di tutte le richieste/schede SMV pervenute all'Organismo Indipendente di Valutazione/STP
- Predisposizione Bando per rinnovo componenti OIV
- Proposta piano assunzionale 2019-2021 e sua attuazione (Procedure concorsuali) ivi incluse le procedure attuative per il conferimento degli incarichi di Struttura da atto aziendale
- Due diligence del personale dipendente (aspetti giuridici, previdenziali, economici e disciplinari)
- Implementazione e gestione personale convenzionato
- DATA PROTECTION: Compilazione ed aggiornamento del registro delle attività dei trattamenti (che alimenta il registro aziendale dei trattamenti)
- DATA PROTECTION: Adeguamento, aggiornamento e verifica di atti, processi e procedure:
 1. alla normativa europea in materia di protezione dati (Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR) e al D.lvo 101/2018.
 2. ai dettati del Garante
 3. alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali
- 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

- PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA: Adeguamento, aggiornamento e verifica di atti, processi e procedure:
 1. alla normativa vigente in materia,
 2. ai dettati ANAC
 3. alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali.
- Aggiornamento e adeguamento delle pagine dei due Portali Aziendali alle norme di accessibilità. Se necessaria, revisione della strutturazione delle pagine e aggiornamento dei contenuti del Portale Aziendale di concerto con le UUOO aziendali
- Rispetto delle misure di Trasparenza previste nel Piano triennale 2021-2023 della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Supporto e interfaccia funzionalità “Portale Trasparenza” tra utenti interni e Ditta esterna (ISWEB)
- Realizzazione di un sistema di controlli e verifiche sulle strutture aziendali in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza
- Attuazione delle misure in materia di trasparenza. Divulgazione dei contenuti del PTPCT
- Rispetto degli obblighi di pubblicazione sul Portale Amministrazione Trasparente “Controlli e rilievi sull’Amministrazione”
- Rispetto della misura adottata in relazione alle prestazioni erogate dalle Case di Cura accreditate ed Ospedali Classificati prevista dal Piano della Prevenzione della Corruzione e dal Programma della Trasparenza dell’A.S.L. Napoli 1 Centro
- Istituzione gruppi giuridici territoriali di valutazione procedimenti giudiziari per minori
- Implementazione linee operative tra A.S.L. Napoli 1 Centro, Comune di Napoli e Tribunale dei Minori sugli interventi a protezione e sostegno dei minori coinvolti nell’ambito di procedimenti giudiziari
- Analisi, monitoraggio e valutazione dei flussi informativi ministeriali - Decreto Ministeriale n. 5 dicembre 2006 (STS/FLS/RIA 11/HSP)
- Analisi, monitoraggio altri flussi informativi - Delibera Aziendale n. 358 del 03.12.2019
- Monitoraggio dei tempi di attesa e delle Attività Libero Professionale Intramurarie
- Monitoraggio degli adempimenti LEA dell’A.S.L. Napoli 1 Centro ed analisi periodica delle attività previste nella “Griglia LEA”
- Efficientamento e modernizzazione delle procedure e dell’organizzazione della U.O.C.

- Revisione della modulistica relativa al processo di realizzazione e validazione degli eventi formativi
- Attività di screening per SARS- CO2 nella popolazione ristretta negli istituti penitenziari della S.- S.L. Napoli 1 Centro ai sensi del DPCM 01.04.2008
- Attività finalizzata alla stabilizzazione del personale precario di cui al comma 2 dell'art. 20 del DL.gs 75/2016
- Effettuazione di sopralluoghi negli ambienti di lavoro anche nell'ambito del processo di aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi delle macrostrutture aziendali
- Aggiornamento di DVR (Documenti di Valutazione dei Rischi) di Macrostrutture Aziendali dell'A.S.L. Napoli 1 Centro nel corso dell'anno 2021
- Implementazione del percorso migliorativo finalizzato alla personalizzazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza
- Miglioramento della qualità della relazione tra professionisti sanitari nelle équipes multidisciplinari e tra operatori-pazienti-care givers (rif. n.vo criteri/requisiti di accreditamento per miglioramento della qualità n° 259/CSR del 20/12/12 e n° 32 CSR del 19/02/15)
- Analisi e valutazione dei giudizi di idoneità dei lavoratori dell'A.S.L. Napoli 1 Centro
- Potenziamento attività di sorveglianza sanitaria lavoratori A.S.L. Napoli 1 Centro per visite mediche preventive e preassuntive
- Attività di supervisione ed analisi dei PDTA/Procedure aziendali
- Assicurare la comunicazione con l'utenza e con le Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Cittadini, acquisire le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini
- Monitoraggio mensile prestazioni Attività Libero Professionale Intramurarie
- Monitoraggio trimestrale volumi di attività libero-professionale intramuraria vs. volumi attività istituzionale
- Azione di controllo dell'attività libero professionale intramuraria aziendale
- Ottimizzazione dei percorsi istituzionali di offerta/accesso alle prestazioni dei cittadini immigrati
- Completezza nella rendicontazione delle prestazioni sanitarie rese a STP finalizzata al recupero dei fondi anticipati dall'Azienda

- Monitoraggio semestrale flusso informativo attività di screening aziendale (cervice uterina, mammella, colon-retto)
- Applicazione del protocollo Ministeriale degli eventi sentinella
- Stesura di almeno 5 PDTA-Procedure aziendali
- Perseguimento e sviluppo della rete organizzativa e delle attività assistenziali e cliniche della U.O.C.
- Mantenimento delle prestazioni delle attività cliniche effettuate nel 2020
- Controllo della spesa di Medicina di laboratorio
- Prosecuzione miglioramento accesso pazienti in regime ambulatoriale
- Mantenimento delle prestazioni di genetica medica effettuate nell'anno 2020
- Garanzia linee diagnostiche specialistiche di laboratorio
- Mantenimento del numero delle prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nell'anno 2020
- Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI
- Mantenimento della copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- Mantenimento della copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- Mantenimento della copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
- Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete
- Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per ipertensione arteriosa
- Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco
- Mantenimento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti
- Piena implementazione della procedura relativa all'accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione

- RSA A – Verificare la capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale
- RSA H – Verificare la capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale
- RSA adulti non autosufficienti – Capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale
- Cure domiciliari II livello – Verificare il tempo di attesa tra la richiesta UVI e la presa in carico
- Cure domiciliari – Capacità di accogliere la domanda di assistenza domiciliare nelle persone di età > 65 aa
- Implementazione dei PDTA (BPCO “Progetto AGIRE” - Scompenso cardiaco – Diabete) nell’ambito delle AFT dell’intero territorio cittadino
- Elaborazione di almeno 2 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali correlati alle attività cardiologiche territoriali
- Mantenimento dello standard assistenziale dell’anno 2020 dei pazienti con patologia complessa
- Mantenimento dello standard assistenziale dell’anno 2020 dei pazienti presi in carico attraverso il percorso aziendale dimissioni protette
- Consulenza medico legale di parte su richiesta delle strutture aziendali per la valutazione di sinistri
- Tempo d’arrivo del mezzo di soccorso del 118 sull’evento dalla chiamata
- Rispetto del debito informativo file EMUR
- Aggiornamento e revisione dei protocolli operativi e linee guida 118
- Organizzazione corsi di aggiornamento e formazione ECM
- Monitoraggio semestrale dell’utilizzo da parte delle UOMI e dei punti nascita Aziendali della scheda foglio notizie relativa all’assistenza della donna gravida così come definita dal Comitato Aziendale Percorso Nascita
- Implementazione e ottimizzazione del percorso nascita della donna gravida in epoca COVID relativo alle attività ambulatoriali e di diagnostica prenatale dell’Azienda
- Attivazione 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)

- Implementazione delle attività di consulenza e/odi psicoterapia a favore di minori collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna con disagio sociale, psicologico e relazionale
- Implementazione dell'attività di consulenza e/o sostegno psicoterapeutico a favore dei nuclei familiari di minori collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna
- Implementazione delle attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia a favore di nuclei familiari multiproblematici altamente conflittuali, con figli minori
- Implementazione delle attività di orientamento, consulenza e/o trattamento in ambito di mediazione familiare (anche erogata presso il PIM con sede al Tribunale di Napoli) a favore di genitori con figli minori in fase separativa /divorzile giudiziale e di loro legali
- Monitoraggio e controllo semestrale del percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza delle strutture aziendali così come definito dalla Delibera
- Monitoraggio trimestrale e controllo delle attività di riabilitazione con individuazione di eventuali criticità e proposta di interventi migliorativi
- Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza all'utenza inserita in percorsi riabilitativi
- Monitoraggio annuale attività assistenziali territoriali aziendali con relazione sulle criticità rilevate
- Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza a seguito della revisione delle procedure effettuate
- Monitoraggio e controllo delle infezioni delle vie urinarie
- Tempestività trasmissione SS.DD.OO. ricoveri ordinari
- Implementazione di almeno n° 3 audit clinici inerenti attività COVID – 19
- Piena implementazione della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione dei prodotti farmaceutici
- Controllo dei ricoveri in regime di Day Hospital di tipo diagnostico
- Mantenimento del numero degli accessi di tipo medico dei ricoveri in regime di Day Hospital
- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario



- Percentuale di pazienti (eta 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
- Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici
- Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
- Percentuale dei parti cesarei primari
- Mantenimento numero prestazioni UU.OO. supporto rispetto al dato dell'anno 2020
- Implementazione di almeno n° 3 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva
- Monitoraggio ed analisi trimestrale dei ricoveri con durata oltre soglia della degenza
- Monitoraggio ed analisi trimestrale dei tagli cesarei primari
- Monitoraggio semestrale attività assistenziali ospedaliere aziendali con relazione sulle criticità rilevate
- Mantenimento Certificazione ISO 9001/2015 in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Vigilanza sulle unità locali da ispezionare in conformità con gli obiettivi assegnati dalla Regione Campania (obiettivo LEA -Prevenzione nei luoghi di lavoro)
- Monitoraggio dell'epidemia da COVID 19 nell'A.S.L. Napoli 1 Centro
- Valutazione ed analisi del rischio sanitario delle attività produttive ai sensi del Dlgs 152/2006
- Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria: valutazione istanze delle strutture sanitarie ai sensi del DCA 107/2019
- Programma di ricerca di residui fitosanitari negli alimenti vegetali (D.M. 23/12/1992)
- Programma di ricerca di additivi e aromi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari di origine vegetale (Piano nazionale 2020/2024)
- Mantenimento dello standard raggiunto nei controlli sulla sicurezza alimentare sanitaria su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione
- Mantenimento dello standard raggiunto nei controlli sulla sicurezza alimentare in fase di produzione alimenti di origine animale
- Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale - Documento di programmazione DPAR/DPAT in applicazione Piano Nazionale residui (PNR)

- Controllo sul mantenimento dello stato sanitario degli allevamenti bovini ed ovicaprini rispetto alla brucellosi (BRC) e della tubercolosi (TBC)
- Attività di restituzione dei cani padronali catturati ai rispettivi proprietari
- Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana
- Piano di monitoraggio dei requisiti dei molluschi bivalvi nelle fasi di produzione, stabulazione e banchi naturali (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT in applicazione del Piano Nazionale)
- Numero assistiti presso il Dipartimento di salute mentale per 1.000 residenti
- Attività terapeutiche ed assistenziali rivolte alla popolazione in fascia adolescenziale e giovane adulto (18 – 26 anni)
- Numero di PTRI formulati
- Presa in carico di esordi psicopatologici e/o di condizioni cliniche di disagio psichico in fascia d'età 14 – 17 anni
- Implementazione Progetti/Percorsi Adozione Scolastica e sociale (PASS)
- Attuazione procedura di dimissione concordata con CSM
- Implementazione del Sistema Informativo dipartimentale
- Miglioramento quali-quantitativo degli interventi e azioni di collaborazione alla prevenzione per la riduzione dei comportamenti autolesivi nella popolazione carceraria
- Valutazione trattamenti con utenti alcolisti in carico alle UO SerD afferenti alle UU.OO.CC. Dipendenze
- Implementazione screening HCV-HIV
- Implementazione programmi integrati di socializzazione e inserimento sociale tra i Centri Diurni della UOSD Strutture Intermedie
- Predisposizione attività di rilevazione dell'uso del metadone per strada/UOSD Unità di Strada
- Mantenimento interventi di consulenza e supporto all'autoregolazione in regime di tutela della privacy nel Servizio MamaCoca/UOSD Nuovi Modelli di Consumo nel corso dell'emergenza sanitaria
- Implementazione attività di informazione e sensibilizzazione sui rischi connessi al GAP (potenziamento attività di gruppo on line e in presenza con predisposizione materiali e campagne di sensibilizzazione e promozione sociale)

- Implementazione del software gestionale GEA – Gestione Enti Accreditati in tutte le articolazioni delle UUOCC Dipendenze dipartimentali (riscrivere)
- Adozione in via sperimentale del budget dei farmaci ai Medici di Medicina Generale
- Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica convenzionata e DPC
- Controlli tecnico – contabili sulle ricette SSN/DPC/AIR
- Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica territoriale
- Piena implementazione della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione dei prodotti farmaceutici
- Monitoraggio semestrale spesa dispositivi medici ad alto costo.

Di seguito la scomposizione analitica delle aree strategiche aziendali con l'individuazione dei percorsi strategico/operativi che l'azienda intende perseguire nel triennio.

OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023	
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Corretta gestione magazzino economale centrale e delle funzioni economali	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	
		Effettuazione gare programmate	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	≥90% gare programmate = 100%; dal 60 al 89% = 50%; dallo 0 al 59%= 0%	≥90% gare programmate = 100%; dal 60 al 89% = 50%; dallo 0 al 59%= 0%	≥90% gare programmate = 100%; dal 60 al 89% = 50%; dallo 0 al 59%= 0%	
		Piena implementazione della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione delle merci	N. di operazioni carico merci entro 15 gg dalla data di consegna/N. totale di operazioni carico merci x 100	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	
			Predisposizione ed attuazione procedure per i controlli dei servizi non sanitari esternalizzati attraverso il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
			Digitalizzazione amministrativa. Completa implementazione del protocollo unico informatizzato	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
			Implementazione procedura per informatizzazione degli atti deliberativi	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
			Adozione del maschile e femminile nelle formule di intestazione delle note coniugate in modo conforme al sesso del/della destinatario/a (Es. Dr./Dr.ssa – Direttore/Direttrice – Operatrice/Operatore)	Predisposizione, su indicazione del Comitato Unico di Garanzia, di una circolare esplicativa aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
			Mantenimento del numero di contenziosi, rispetto all'anno 2020, difesi da Legali interni	Numero di contenziosi effettuati nell'anno 2020	Valore ≥ al 2020 = 100% <= -10% = 80% > -10% = 0%	Valore ≥ al 2020 = 100% <= -10% = 80% > -10% = 0%	Valore ≥ al 2020 = 100% <= -10% = 80% > -10% = 0%
			Implementazione ed aggiornamento LegalApp	Relazione U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
			Riduzione contenzioso per responsabilità medica	Numero transazioni effettuate	≥3 = 100% 2 = 60% < 2 = 0 %	≥3 = 100% 2 = 60% < 2 = 0 %	≥3 = 100% 2 = 60% < 2 = 0 %
			Analisi dei costi per macrocentro estratti dal Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)	Report semestrale trasmessi alla Direzione Amministrativa	n. 2 report = 100% < n. 2 report = 0%	n. 2 report = 100% < n. 2 report = 0%	n. 2 report = 100% < n. 2 report = 0%



REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Monitoraggio ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 8/2021	Report di riapporto annuale trasmesso alla Direzione Amministrativa	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Corretta gestione magazzino economale e cassa economale in conformità ai regolamenti aziendali	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Piena implementazione della procedura relativa all'accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione	N. di fatture accettate entro 15 giorni dalla ricezione/N. totale di fatture pervenute x 100	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%
		Corretta gestione del processo della procedura di inventariazione dei cespiti	Relazione semestrale della U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Circularizzazione debiti verso fornitori	Circularizzazione di almeno il 70% dei debiti presenti in bilancio	≥ 70% = 100% ≥ 50% <70% = 50% <50% = 0%	≥ 70% = 100% ≥ 50% <70% = 50% <50% = 0%	≥ 70% = 100% ≥ 50% <70% = 50% <50% = 0%
		Attività recupero crediti	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	≥ 80% = 100% tra il 60 ed il 79% = 70% tra il 30 ed il 59% = 50% inferiore al 30% = 0%	≥ 80% = 100% tra il 60 ed il 79% = 70% tra il 30 ed il 59% = 50% inferiore al 30% = 0%	≥ 80% = 100% tra il 60 ed il 79% = 70% tra il 30 ed il 59% = 50% inferiore al 30% = 0%
		Monitoraggio della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione delle merci/prodotti farmaceutici	Monitoraggio delle strutture che adottano la procedura relativa alla consegna e all'acquisizione delle merci/prodotti farmaceutici trasmesso all'OIV (N. di operazioni carico merci entro 15 gg dalla data di consegna/N. totale di operazioni carico merci x 100)	ON = 100% OF = 0%	ON = 100% OF = 0%	ON = 100% OF = 0%
		Monitoraggio della procedura relativa all'accettazione delle fatture	Monitoraggio delle strutture che adottano la procedura relativa all'accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione trasmesso all'OIV. (N. di fatture accettate entro 15 gg/N. totale di fatture ricevute x 100)	ON = 100% OF = 0%	ON = 100% OF = 0%	ON = 100% OF = 0%

Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Prosecuzione attività piano dismissione fitti passivi	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Prosecuzione attività sottoscrizione contratti di fitti di immobili e negozi non strumentali	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Riorganizzazione attività facchinaggio e logistica	Relazione	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Revisione procedura acquisizione apparecchiature elettromedicali anche in funzione delle Linee Guida n. 8 ANAC	Implementazione procedura	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Programmazione biennale acquisti apparecchiature elettromedicali	Relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Gestione dei costi di manutenzione	Relazione sulla gestione e criticità rilevate	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Implementazione del Piano Triennale 2020-2022 per interventi di manutenzione straordinaria a farsi con utilizzo di Risorse Statali/Regionali o di Risorse Proprie	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Manutenzione del patrimonio edilizio – accordo quadro: predisposizione degli atti prodromici necessari per la definizione dell'appalto	Relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Procedura di controllo servizi manutentivi esternalizzati	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Ricognizione e monitoraggio attività area tecnica dei lavori pubblici	Relazione sulle criticità rilevate	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
	Attività di controllo Determine Dirigenziali > 10%	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023	
	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Istruttoria di tutte le richieste/schede SMV pervenute all'Organismo Indipendente di Valutazione/STP	N. istruttorie effettuate/N. richieste - schede SMV pervenute x 100	100% = 100% < 100% = 0%	100% = 100% < 100% = 0%	100% = 100% < 100% = 0%	
		Predisposizione Bando per rinnovo componenti OIV	Trasmissione documento alla Direzione Amministrativa	ON = 100% OFF = 0%	-	-	
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA: Adeguamento, aggiornamento e verifica di atti, processi e procedure:	Entro il 31 dicembre 2021: Trasmissione al Responsabile della Prev. Corruzione e trasparenza (RPCT) della Check list di controllo compilata (fornita dal RPCT)	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	
		1. alla normativa vigente in materia,					
		2. ai dettati ANAC					
		3. alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali.					
		Aggiornamento e adeguamento delle pagine dei due Portali Aziendali alle norme di accessibilità. Se necessaria, revisione della strutturazione delle pagine e aggiornamento dei contenuti del Portale Aziendale di concerto con le UUOO aziendali	Report analitico semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	
		Rispetto delle misure di Trasparenza previste nel Piano triennale 2021-2023 della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Supporto e interfaccia funzionalità "portale Trasparenza" tra utenti interni e Ditta esterna (ISWEB)	Supporto a procedure aziendali e a formazione del personale. Relazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza entro il 31.12.2021	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPCT	
		Realizzazione di un sistema di controlli e verifiche sulle strutture aziendali in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza	Redazione check list 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% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	
		Attuazione delle misure in materia di trasparenza. Divulgazione dei contenuti del PTPCT	Produzione e presentazione del report alla Direzione strategica e all'OIV entro il 31 dicembre 2021	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Rispetto degli obblighi di pubblicazione sul Portale Amministrazione Trasparente "Controlli e rilievi sull'Amministrazione"	Publicazione sul portale P.A.T.	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Rispetto della misura adottata in relazione alle prestazioni erogate dalle Case di Cura accreditate ed Ospedali Classificati prevista dal Piano della Prevenzione della Corruzione e dal Programma della Trasparenza dell'A.S.L. Napoli 1 Centro	Publicazione trimestrale del monitoraggio, analisi e controllo delle SDO	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION: Compilazione ed aggiornamento del registro delle attività dei trattamenti (che alimenta il registro aziendale dei trattamenti)	Monitoraggio di verifica di avvenuta ed idonea compilazione a cura del Responsabile della Protezione dei Dati aziendale (RPD)	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD
		DATA PROTECTION: Adeguamento, aggiornamento e verifica di atti, processi e procedure:	Entro il 31 dicembre 2021: Trasmissione al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) della Check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD
		1. alla normativa europea in materia di protezione dati (Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR) e al D.lvo 101/2018. 2. ai dettati del Garante 3. alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali				
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	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	n. di strutture valutate nel 2021 relativamente al sistema di gestione della protezione dei dati personali/N. strutture Aziendali x 100		≥100% = 100% ≥80% - <100% = 80% <80% = 0%	≥100% = 100% ≥80% - <100% = 80% <80% = 0%	≥100% = 100% ≥80% - <100% = 80% <80% = 0%
		Adeguamento dei processi informativi aziendali e realizzazione sistemi e workflow per l'implementazione della normativa UE 2016/679	Relazione al RPD per i processi interessati circa l'aggiornamento e valutazione dei rischi e rispetto della normativa (% dei processi a norma sul totale dei processi di pertinenza dell'Area)	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD	da 0% a 100% In relazione alla valutazione del RPD

Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA TECNICO/ AMMINISTRATIVA	Ottimizzazione della gestione delle risorse umane	Proposta piano assunzionale 2019-2021 e sua attuazione (Procedure concorsuali) ivi incluse le procedure attuative per il conferimento degli incarichi di Struttura da atto aziendale	Numero procedure attivate rispetto a quelle previste dal piano e dall'attuazione dell'atto aziendale	≥ 80 = 100% ≥ 50 < 80 = 50% < 50 = 0%	≥ 80 = 100% ≥ 50 < 80 = 50% < 50 = 0%	≥ 80 = 100% ≥ 50 < 80 = 50% < 50 = 0%
		Due diligence del personale dipendente (aspetti giuridici, previdenziali, economici e disciplinari)	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
	Implementazione e gestione personale convenzionato	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	
	Analisi, monitoraggio e valutazione dei flussi informativi ministeriali - Decreto Ministeriale n. 5 dicembre 2006 (STS/FLS/RIA 11/HSP)	Monitoraggio trimestrale trasmesso al Direttore Sanitario Aziendale	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	
	Analisi, monitoraggio altri flussi informativi - Delibera Aziendale n. 358 del 03.12.2019	Monitoraggio trimestrale trasmesso al Direttore Sanitario Aziendale	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	
	Monitoraggio dei tempi di attesa e delle Attività Libero Professionale Intramurarie	Monitoraggio mensile trasmesso al Direttore Sanitario Aziendale	N. 12 monitoraggi = 100% < n. 12 monitoraggi = 0%	N. 12 monitoraggi = 100% < n. 12 monitoraggi = 0%	N. 12 monitoraggi = 100% < n. 12 monitoraggi = 0%	
	Monitoraggio degli adempimenti LEA dell'A.S.L. Napoli 1 Centro ed analisi periodica delle attività previste nella "Griglia LEA"	Monitoraggio trimestrale trasmesso al Direttore Sanitario Aziendale	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	N. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	
	Efficientamento e modernizzazione delle procedure e dell'organizzazione della U.O.C.	N. ore di formazione caricate in piattaforma TALETE/N. ore di formazione realizzate x 100	≥50% = 100% ≥40% - <50% = 80% ≥30% - <40% = 70% <30% = 0%	≥50% = 100% ≥40% - <50% = 80% ≥30% - <40% = 70% <30% = 0%	≥50% = 100% ≥40% - <50% = 80% ≥30% - <40% = 70% <30% = 0%	
	Revisione della modulistica relativa al processo di realizzazione e validazione degli eventi formativi	Definizione protocollo operativo di revisione pubblicato sul sito aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	
	Attività di screening per SARS- CO2 nella popolazione ristretta negli istituti penitenziari della S.-S.L. Napoli 1 Centro ai sensi del DPCM 01.04.2008	Monitoraggio mensile periodicamente trasmesso all'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria	N. 12 Monitoraggi = 100% < N. 12 Monitoraggi = 0%	N. 12 Monitoraggi = 100% < N. 12 Monitoraggi = 0%	N. 12 Monitoraggi = 100% < N. 12 Monitoraggi = 0%	



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ATTIVITA' DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Attività finalizzata alla stabilizzazione del personale precario di cui al comma 2 dell'art. 20 del DL.gs.75/2016	Delibera di assunzione	On = 100% OFF = 0%	-	-
		Effettuazione di sopralluoghi negli ambienti di lavoro anche nell'ambito del processo di aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi delle macrostrutture aziendali	N° totale di sopralluoghi effettuati nel 2021	≥100 = 100% 70 - 99 = 70% 50 - 69 = 50% <50 = 0%	≥100 = 100% 70 - 99 = 70% 50 - 69 = 50% <50 = 0%	≥100 = 100% 70 - 99 = 70% 50 - 69 = 50% <50 = 0%
		Aggiornamento di DVR (Documenti di Valutazione dei Rischi) di Macrostrutture Aziendali dell'A.S.L. Napoli 1 Centro nel corso dell'anno 2021	N° di DVR aggiornati	≥10 = 100% 7 - 9 = 70% 5 - 6 = 50% <5 = 0%	≥10 = 100% 7 - 9 = 70% 5 - 6 = 50% <5 = 0%	≥10 = 100% 7 - 9 = 70% 5 - 6 = 50% <5 = 0%
		Implementazione del percorso migliorativo finalizzato alla personalizzazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza	Monitoraggio annuale del percorso predisposto	≥ n. 1 monitoraggio = 100% < n. 1 monitoraggio = 0%	≥ n. 1 monitoraggio = 100% < n. 1 monitoraggio = 0%	≥ n. 1 monitoraggio = 100% < n. 1 monitoraggio = 0%
		Miglioramento della qualità della relazione tra professionisti sanitari nelle équipes multidisciplinari e tra operatori-pazienti-care givers (rif. n.vo criteri/requisiti di accreditamento per miglioramento della qualità n° 259/CSR del 20/12/12 e n° 32 CSR del 19/02/15)	Realizzazione di almeno un progetto di Ricerca-Azione/Formazione destinato agli operatori per il miglioramento della qualità della relazione	≥ 1 progetto = 100% < 1 progetto = 0%	≥ 1 progetto = 100% < 1 progetto = 0%	≥ 1 progetto = 100% < 1 progetto = 0%
		Analisi e valutazione dei giudizi di idoneità dei lavoratori dell'A.S.L. Napoli 1 Centro	N. di giudizi espressi/N. visite periodiche programmate x 100	=100 % = 100% ≥90% - <100% = 80% <90% = 0%	=100 % = 100% ≥90% - <100% = 80% <90% = 0%	=100 % = 100% ≥90% - <100% = 80% <90% = 0%
		Potenziamento attività di sorveglianza sanitaria lavoratori A.S.L. Napoli 1 Centro per visite mediche preventive e preassuntive	N. di visite mediche preventive e preassuntive extra di sorveglianza sanitaria effettuate nel corso dell'anno 2021	≥800 = 100% ≥600 - <800 = 80% ≥500 - <600% = 50% <500 = 0%	≥800 = 100% ≥600 - <800 = 80% ≥500 - <600% = 50% <500 = 0%	≥800 = 100% ≥600 - <800 = 80% ≥500 - <600% = 50% <500 = 0%
		Attività di supervisione ed analisi dei PDTA/Procedure aziendali	N. di PDTA - procedure adottati con delibera	≥5 = 100% 2 - 4 = 60% <2 = 0%	≥5 = 100% 2 - 4 = 60% <2 = 0%	≥5 = 100% 2 - 4 = 60% <2 = 0%

Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ATTIVITA' DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Assicurare la comunicazione con l'utenza e con le Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Cittadini, acquisire le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini	N. di riscontri effettuati/N. di osservazioni acquisite anche a mezzo mail - PEC x 100	≥60% = 100% ≥30% - <60% = 80% <30% = 0%	≥60% = 100% ≥30% - <60% = 80% <30% = 0%	≥60% = 100% ≥30% - <60% = 80% <30% = 0%
		Monitoraggio mensile prestazioni Attività Libero Professionale Intramurarie	N. 12 monitoraggi delle prestazioni effettuate in Attività Libero Professionale Intramurarie trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 12 monitoraggi = 100% < n. 12 monitoraggi = 0%	n. 12 monitoraggi = 100% < n. 12 monitoraggi = 0%	n. 12 monitoraggi = 100% < n. 12 monitoraggi = 0%
		Monitoraggio trimestrale volumi di attività libero-professionale intramuraria vs. volumi attività istituzionale	N. 4 monitoraggi delle prestazioni effettuate in Attività Libero Professionale Intramurarie trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%
		Azione di controllo dell'attività libero professionale intramuraria aziendale	N. di controlli effettuati/N. di richieste di convezioni in regime di attività Libero Professionale pervenute x 100	100% controlli = 100% <100% controlli = 0%	100% controlli = 100% <100% controlli = 0%	100% controlli = 100% <100% controlli = 0%
		Ottimizzazione dei percorsi istituzionali di offerta/accesso alle prestazioni dei cittadini immigrati	N. di informative elaborate e trasmesse alle articolazioni aziendali	≥ n. 5 informative = 100% ≥ n. 3 - < n. 5 informative = 80% < n. 3 informative = 0%	≥ n. 5 informative = 100% ≥ n. 3 - < n. 5 informative = 80% < n. 3 informative = 0%	≥ n. 5 informative = 100% ≥ n. 3 - < n. 5 informative = 80% < n. 3 informative = 0%
		Completezza nella rendicontazione delle prestazioni sanitarie rese a STP finalizzata al recupero dei fondi anticipati dall'Azienda	Rapporto tra prestazioni sanitarie a STP rendicontate dalla U.O. alla Regione/ N. prestazioni di cui è pervenuta documentazione probatoria alla U.O. x 100	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 60% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 60% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 60% <80% = 0%
		Monitoraggio semestrale flusso informativo attività di screening aziendale (cervice uterina, mammella, colon-retto)	N. 2 monitoraggi per i tre screening (cervice uterina, mammella, colon-retto) trasmessi Direttore Sanitario Aziendale	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 0%
		Applicazione del protocollo Ministeriale degli eventi sentinella	N. di Audit effettuati/N. totale eventi sentinella occorsi e/o segnalati x 100	≥ 90% = 100% ≥ 80% - <90% = 60% <80% = 0%	≥ 90% = 100% ≥ 80% - <90% = 60% <80% = 0%	≥ 90% = 100% ≥ 80% - <90% = 60% <80% = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ATTIVITA' DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Stesura di almeno 5 PDTA-Procedure aziendali	N 5 PDTA-Procedure aziendali trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	≥ n. 5 PDTA-Procedure = 100% n. 4 PDTA-Procedure = 60% < n. 4 PDTA-Procedure = 0%	≥ n. 5 PDTA-Procedure = 100% n. 4 PDTA-Procedure = 60% < n. 4 PDTA-Procedure = 0%	≥ n. 5 PDTA-Procedure = 100% n. 4 PDTA-Procedure = 60% < n. 4 PDTA-Procedure = 0%
		Perseguimento e sviluppo della rete organizzativa e delle attività assistenziali e cliniche della U.O.C.	Attivazione di almeno un nuovo ambulatorio di Psicologia Clinica	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Mantenimento delle prestazioni delle attività cliniche effettuate nel 2020	N. di prestazioni effettuate nel 2020	≥100% del valore 2020 = 100% ≥80% - <100% del 2020 = 90% ≥70% - <80% del 2020 = 70% <70% del 2020 = 0%	≥100% del valore 2020 = 100% ≥80% - <100% del 2020 = 90% ≥70% - <80% del 2020 = 70% <70% del 2020 = 0%	≥100% del valore 2020 = 100% ≥80% - <100% del 2020 = 90% ≥70% - <80% del 2020 = 70% <70% del 2020 = 0%
		Controllo della spesa di Medicina di laboratorio	Monitoraggio semestrale trasmesso alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 60%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 60%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 60%
		Prosecuzione miglioramento accesso pazienti in regime ambulatoriale	N. schede informative consegnate ai pazienti/N. di pazienti trattati x 100	≥90% - ≥100% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%	≥90% - ≥100% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%	≥90% - ≥100% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%
		Mantenimento delle prestazioni di genetica medica effettuate nell'anno 2020	Mantenimento N. di prestazioni di genetica medica rispetto al dato dell'anno 2020	≥100% del valore 2020 = 100% ≥90% - <100% del 2020 = 80% ≥80% - <90% del 2020 = 60% <80% del valore 2020 = 0%	≥100% del valore 2020 = 100% ≥90% - <100% del 2020 = 80% ≥80% - <90% del 2020 = 60% <80% del valore 2020 = 0%	≥100% del valore 2020 = 100% ≥90% - <100% del 2020 = 80% ≥80% - <90% del 2020 = 60% <80% del valore 2020 = 0%
		Garanzia linee diagnostiche specialistiche di laboratorio	N° linee diagnostiche garantite	≥ 70% del 2020 = 100% ≥ 60% - < 70% del 2020 = 80% ≥ 50% - < 60% del 2020 = 60% < 50% del 2020 = 0%	≥ 70% del 2020 = 100% ≥ 60% - < 70% del 2020 = 80% ≥ 50% - < 60% del 2020 = 60% < 50% del 2020 = 0%	≥ 70% del 2020 = 100% ≥ 60% - < 70% del 2020 = 80% ≥ 50% - < 60% del 2020 = 60% < 50% del 2020 = 0%
		Mantenimento del numero delle prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nell'anno 2020	N. prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nell'anno 2020	≥100% del valore 2020 = 100% ≥80% - <100% del 2020 = 90% ≥70% - <80% del 2020 = 70% <70% del 2020 = 0%	≥100% del valore 2020 = 100% ≥80% - <100% del 2020 = 90% ≥70% - <80% del 2020 = 70% <70% del 2020 = 0%	≥100% del valore 2020 = 100% ≥80% - <100% del 2020 = 90% ≥70% - <80% del 2020 = 70% <70% del 2020 = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
		Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza a seguito della revisione delle procedure effettuate	Monitoraggio semestrale al Direttore Sanitario Aziendale	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 0%
		Monitoraggio e controllo delle infezioni delle vie urinarie	Effettuazione di almeno n. 1 studio di prevalenza	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Tempestività trasmissione SS.DD.OO. ricoveri ordinari	N° SS.DD.OO. ricoveri ordinari trasmesse entro il 10 del mese successivo/n° Ricoveri ordinari	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività specialistiche e d'urgenza /emergenza ospedaliere	Implementazione di almeno n° 3 audit clinici inerenti attività COVID - 19	Effettuazione n° 3 audit clinici	n. 3 audit = 100% n. 2 audit = 60% n. 1 audit = 0%	n. 3 audit = 100% n. 2 audit = 60% n. 1 audit = 0%	n. 3 audit = 100% n. 2 audit = 60% n. 1 audit = 0%
		Piena implementazione della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione dei prodotti farmaceutici	N. di operazioni carico merci entro 15 gg dalla data di consegna/N. totale di operazioni carico merci x 100	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%
		Controllo dei ricoveri in regime di Day Hospital di tipo diagnostico	Mantenimento del numero dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto al dato dell'anno 2020	≤ al valore 2020 = 100% > valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80% > +20% - ≤ +40% del 2020 = 60% > +40% del 2020 = 0%	≤ al valore 2020 = 100% > valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80% > +20% - ≤ +40% del 2020 = 60% > +40% del 2020 = 0%	≤ al valore 2020 = 100% > valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80% > +20% - ≤ +40% del 2020 = 60% > +40% del 2020 = 0%
	Mantenimento del numero degli accessi di tipo medico dei ricoveri in regime di Day Hospital	Mantenimento del numero degli accessi di tipo medico rispetto al dato dell'anno 2020	≤ al valore 2020 = 100% > valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80% > +20% - ≤ +40% del 2020 = 60% > +40% del 2020 = 0%	≤ al valore 2020 = 100% > valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80% > +20% - ≤ +40% del 2020 = 60% > +40% del 2020 = 0%	≤ al valore 2020 = 100% > valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80% > +20% - ≤ +40% del 2020 = 60% > +40% del 2020 = 0%	



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività specialistiche e d'urgenza/emergenza ospedaliere	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario dell'anno 2020	<p>≤ al valore 2020 = 100%</p> <p>> valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80%</p> <p>> +20% - ≤ +40% del 2020 = 60%</p> <p>> +40% del 2020 = 0%</p>	<p>≤ al valore 2020 = 100%</p> <p>> valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80%</p> <p>> +20% - ≤ +40% del 2020 = 60%</p> <p>> +40% del 2020 = 0%</p>	<p>≤ al valore 2020 = 100%</p> <p>> valore 2020 - ≤ +20% del 2020 = 80%</p> <p>> +20% - ≤ +40% del 2020 = 60%</p> <p>> +40% del 2020 = 0%</p>
		Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Mantenimento della percentuale dei pazienti operati entro 2 giornate rispetto al dato dell'anno 2020	<p>≥100% del valore 2020 = 100%</p> <p>≥90% - <100% del 2020 = 80%</p> <p>≥80% - <90% del 2020 = 60%</p> <p><80% del valore 2020 = 0%</p>	<p>≥100% del valore 2020 = 100%</p> <p>≥90% - <100% del 2020 = 80%</p> <p>≥80% - <90% del 2020 = 60%</p> <p><80% del valore 2020 = 0%</p>	<p>≥100% del valore 2020 = 100%</p> <p>≥90% - <100% del 2020 = 80%</p> <p>≥80% - <90% del 2020 = 60%</p> <p><80% del valore 2020 = 0%</p>
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	N° di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici/N° di dimessi da reparti chirurgici x 100	<p><25% = 100%</p> <p>≥25% - <30% = 80%</p> <p>≥30% - <35% = 60%</p> <p>>35% = 0%</p>	<p><25% = 100%</p> <p>≥25% - <30% = 80%</p> <p>≥30% - <35% = 60%</p> <p>>35% = 0%</p>	<p><25% = 100%</p> <p>≥25% - <30% = 80%</p> <p>≥30% - <35% = 60%</p> <p>>35% = 0%</p>
		Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Riduzione del 50% rispetto all'anno 2020	<p>≥-50% del valore del 2020 = 100%</p> <p>≥-45% <-50% del valore del 2020 = 80%</p> <p>≥-40% <-45% del valore del 2020 = 60%</p> <p><-40% del valore del 2020 = 0%</p>	<p>≥-50% del valore del 2020 = 100%</p> <p>≥-45% <-50% del valore del 2020 = 80%</p> <p>≥-40% <-45% del valore del 2020 = 60%</p> <p><-40% del valore del 2020 = 0%</p>	<p>≥-50% del valore del 2020 = 100%</p> <p>≥-45% <-50% del valore del 2020 = 80%</p> <p>≥-40% <-45% del valore del 2020 = 60%</p> <p><-40% del valore del 2020 = 0%</p>
		Percentuale dei parti cesarei primari	Garantire almeno un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	<p>≤24 % = 100%</p> <p>>24% - ≤30% = 80%</p> <p>>30% - ≤35% = 60%</p> <p>>35% = 0%</p>	<p>≤24 % = 100%</p> <p>>24% - ≤30% = 80%</p> <p>>30% - ≤35% = 60%</p> <p>>35% = 0%</p>	<p>≤24 % = 100%</p> <p>>24% - ≤30% = 80%</p> <p>>30% - ≤35% = 60%</p> <p>>35% = 0%</p>
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Implementazione di almeno n° 3 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva	Mantenimento numero prestazioni UU.OO. supporto rispetto al dato dell'anno 2020	Mantenimento N° prestazioni rispetto al dato dell'anno 2020	<p>≥70% del valore 2020 = 100%</p> <p>≥60% - <70% del 2020 = 80%</p> <p>≥50% - <60% del 2020 = 60%</p> <p><50% del valore 2020 = 0%</p>	<p>≥70% del valore 2020 = 100%</p> <p>≥60% - <70% del 2020 = 80%</p> <p>≥50% - <60% del 2020 = 60%</p> <p><50% del valore 2020 = 0%</p>	<p>≥70% del valore 2020 = 100%</p> <p>≥60% - <70% del 2020 = 80%</p> <p>≥50% - <60% del 2020 = 60%</p> <p><50% del valore 2020 = 0%</p>
		Implementazione di almeno n° 3 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva	Effettuazione n° 3 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva	<p>n. 3 audit = 100%</p> <p>n. 2 audit = 60%</p> <p>n. 1 audit = 0%</p>	<p>n. 3 audit = 100%</p> <p>n. 2 audit = 60%</p> <p>n. 1 audit = 0%</p>	<p>n. 3 audit = 100%</p> <p>n. 2 audit = 60%</p> <p>n. 1 audit = 0%</p>



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività specialistiche e d'urgenza/emergenza ospedaliere	Monitoraggio ed analisi trimestrale dei ricoveri con durata oltre soglia della degenza	N° 4 monitoraggi ed analisi trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale (N° totale dei ricoveri/N° ricoveri oltre soglia) (fonte dati monitoraggio software QUANI-SDO)	n. 4 monitoraggi = 100% n. 3 monitoraggi = 80% < n. 3 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% n. 3 monitoraggi = 80% < n. 3 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% n. 3 monitoraggi = 80% < n. 3 monitoraggi = 0%
		Monitoraggio ed analisi trimestrale dei tagli cesarei primari	N° 4 monitoraggi ed analisi trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale (N° totale dei tagli cesarei/N° dei tagli cesarei primari) (fonte dati monitoraggio software QUANI-SDO)	n. 4 monitoraggi = 100% n. 3 monitoraggi = 80% < n. 3 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% n. 3 monitoraggi = 80% < n. 3 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% n. 3 monitoraggi = 80% < n. 3 monitoraggi = 0%
		Monitoraggio semestrale attività assistenziali ospedaliere aziendali con relazione sulle criticità rilevate	N. 2 monitoraggi trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggi = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggi = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggi = 0%
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	Garantire almeno un valore ricompreso tra ≥ 1,56 e < 1,88	≥1,56 = 100% ≥1,40 <1,56 = 80% ≥1,30 <1,40 = 60% <1,30 = 0%	≥1,56 = 100% ≥1,40 <1,56 = 80% ≥1,30 <1,40 = 60% <1,30 = 0%	≥1,56 = 100% ≥1,40 <1,56 = 80% ≥1,30 <1,40 = 60% <1,30 = 0%
		Mantenimento della copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) sino all'ottenimento dello standard stabilito per il 2020 del 85% per tutte le vaccinazioni	Copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) sino all'ottenimento dello standard stabilito per il 2020 del 85% per tutte le vaccinazioni	≥85% = 100% ≥80% <85% = 60% <80% = 0%	≥85% = 100% ≥80% <85% = 60% <80% = 0%	≥85% = 100% ≥80% <85% = 60% <80% = 0%
		Mantenimento della copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) sino all'ottenimento dello standard stabilito per il 2020 del 75%	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) sino all'ottenimento dello standard stabilito per il 2020 del 75%	≥75% = 100% ≥70% <75% = 60% <70% = 0%	≥75% = 100% ≥70% <75% = 60% <70% = 0%	≥75% = 100% ≥70% <75% = 60% <70% = 0%
		Mantenimento della copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) sino all'ottenimento dello standard stabilito per il 2020 del 50%	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) sino all'ottenimento dello standard stabilito per il 2020 del 50%	>50% = 100% ≥45% ≤ 50% = 60% <45% = 0%	>50% = 100% ≥45% ≤ 50% = 60% <45% = 0%	>50% = 100% ≥45% ≤ 50% = 60% <45% = 0%

Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete	N. di pazienti presi in carico nel PDTA per diabete	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%
		Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per ipertensione arteriosa	N. di pazienti coinvolti nel PDTA per ipertensione arteriosa	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%
		Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	N. di pazienti coinvolti nel PDTA per scompenso cardiaco	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%	>20 pazienti = 100% ≥15 - ≤20 pazienti = 80% ≥10 - ≤15 pazienti = 60% <10 pazienti = 0%
		Mantenimento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Mantenimento dello standard stabilito nel 2020 di numero ≤ 7,50 prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti.	≤7,50 = 100% >7,50 = 0%	≤7,50 = 100% >7,50 = 0%	≤7,50 = 100% >7,50 = 0%
		Piena implementazione della procedura relativa all'accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione	N. di fatture accettate entro 15 giorni dalla ricezione/N. totale di fatture pervenute x 100	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%
		RSA A – Verificare la capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale	N° posti letto occupati/N° totale di posti letto disponibili x 100	≥80% - 100% = 100% ≥70% < 80% = 80% ≥50% < 70% = 50% <50% = 0%	≥80% - 100% = 100% ≥70% < 80% = 80% ≥50% < 70% = 50% <50% = 0%	≥80% - 100% = 100% ≥70% < 80% = 80% ≥50% < 70% = 50% <50% = 0%
		RSA H – Verificare la capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale	N° posti letto occupati x 100/N° totale di posti letto disponibili	≥ 80% - 100% = 100% ≥ 70% < 80% = 80% ≥ 50% < 70% = 50% < 50% = 0%	≥ 80% - 100% = 100% ≥ 70% < 80% = 80% ≥ 50% < 70% = 50% < 50% = 0%	≥ 80% - 100% = 100% ≥ 70% < 80% = 80% ≥ 50% < 70% = 50% < 50% = 0%
		RSA adulti non autosufficienti – Capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale	N. posti letto effettivi occupati/N. totale posti letto effettivi disponibili x 100	> 85% = 100% ≥ 75% - ≤ 85% = 50% < 75% = 0%	> 85% = 100% ≥ 75% - ≤ 85% = 50% < 75% = 0%	> 85% = 100% ≥ 75% - ≤ 85% = 50% < 75% = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio	Cure domiciliari Il livello - Verificare il tempo di attesa tra la richiesta UVI e la presa in carico	N. giorni tra richiesta UVI e presa in carico	<p>≤ 10 gg = 100%</p> <p>≥ 11 gg - ≤ 15 gg = 50%</p> <p>> 15 gg = 0%</p>	<p>≤ 10 gg = 100%</p> <p>≥ 11 gg - ≤ 15 gg = 50%</p> <p>> 15 gg = 0%</p>	<p>≤ 10 gg = 100%</p> <p>≥ 11 gg - ≤ 15 gg = 50%</p> <p>> 15 gg = 0%</p>
		Cure domiciliari - Capacità di accogliere la domanda di assistenza domiciliare nelle persone di età > 65 aa	N. utenti > 65 anni/popolazione anziana residente Comune di Napoli	<p>≥ 1.88 = 100%</p> <p>≥ 1.56 < 1.88 = 50%</p> <p>< 1.56 = 0%</p>	<p>≥ 1.88 = 100%</p> <p>≥ 1.56 < 1.88 = 50%</p> <p>< 1.56 = 0%</p>	<p>≥ 1.88 = 100%</p> <p>≥ 1.56 < 1.88 = 50%</p> <p>< 1.56 = 0%</p>
		Implementazione dei PDTA (BPCO "Progetto AGIRE" - Scompenso cardiaco - Diabete) nell'ambito delle AFT dell'intero territorio cittadino	N. di pazienti arruolati per tutte le AFT di ogni Distretto Sanitario/N. di pazienti arruolabili per ogni Distretto Sanitario di Base x 100	<p>≥ 90% = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% = 60%</p> <p>< 70% = 0%</p>	<p>≥ 90% = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% = 60%</p> <p>< 70% = 0%</p>	<p>≥ 90% = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% = 60%</p> <p>< 70% = 0%</p>
		Elaborazione di almeno 2 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali correlati alle attività cardiologiche territoriali	Elaborazione di n. 2 PDTA trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 2 PDTA = 100% < n. 2 PDTA = 0%	n. 2 PDTA = 100% < n. 2 PDTA = 0%	n. 2 PDTA = 100% < n. 2 PDTA = 0%
		Mantenimento dello standard assistenziale dell'anno 2020 dei pazienti con patologia complessa	Mantenimento N° pazienti assistiti nel percorso di cure domiciliari di III livello e cure palliative rispetto al dato dell'anno 2020	<p>≥ 90% - 100% del 2020 = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% del 2020 = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% del 2020 = 60%</p> <p>< 70% del 2020 = 0%</p>	<p>≥ 90% - 100% del 2020 = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% del 2020 = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% del 2020 = 60%</p> <p>< 70% del 2020 = 0%</p>	<p>≥ 90% - 100% del 2020 = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% del 2020 = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% del 2020 = 60%</p> <p>< 70% del 2020 = 0%</p>
		Mantenimento dello standard assistenziale dell'anno 2020 dei pazienti presi in carico attraverso il percorso aziendale dimissioni protette	Mantenimento N° pazienti assistiti nel percorso aziendale dimissioni protette rispetto al dato dell'anno 2020	<p>≥ 90% - 100% del 2020 = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% del 2020 = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% del 2020 = 60%</p> <p>< 70% del 2020 = 0%</p>	<p>≥ 90% - 100% del 2020 = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% del 2020 = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% del 2020 = 60%</p> <p>< 70% del 2020 = 0%</p>	<p>≥ 90% - 100% del 2020 = 100%</p> <p>≥ 80% - < 90% del 2020 = 80%</p> <p>≥ 70% - < 80% del 2020 = 60%</p> <p>< 70% del 2020 = 0%</p>
		Consulenza medico legale di parte su richiesta delle strutture aziendali per la valutazione di sinistri	N° di consulenze effettuate/N° richieste di consulenze x 100	<p>≥ 90% = 100%</p> <p>≥ 80% < 90% = 80%</p> <p>≥ 70% < 80% = 60%</p> <p>< 70% = 0%</p>	<p>≥ 90% = 100%</p> <p>≥ 80% < 90% = 80%</p> <p>≥ 70% < 80% = 60%</p> <p>< 70% = 0%</p>	<p>≥ 90% = 100%</p> <p>≥ 80% < 90% = 80%</p> <p>≥ 70% < 80% = 60%</p> <p>< 70% = 0%</p>

uf

Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio	Tempo d'arrivo del mezzo di soccorso del 118 sull'evento dalla chiamata	Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso	≤19 min. = 100% 20-22 min. = 80% 23-26 min. = 70% >26 min. = 0%	≤19 min. = 100% 20-22 min. = 80% 23-26 min. = 70% >26 min. = 0%	≤19 min. = 100% 20-22 min. = 80% 23-26 min. = 70% >26 min. = 0%
		Rispetto del debito informativo file EMUR	Relazione	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Aggiornamento e revisione dei protocolli operativi e linee guida 118	N. di protocolli operativi e linee guida 118 aggiornati	≥2 = 100% <2 = 0%	≥2 = 100% <2 = 0%	≥2 = 100% <2 = 0%
		Istituzione gruppi giuridici territoriali di valutazione procedimenti giudiziari per minori	N. gruppi costituiti	≥8 = 100% 6 - 7 = 80% 3 - 5 = 60% <3 = 0%	≥8 = 100% 6 - 7 = 80% 3 - 5 = 60% <3 = 0%	≥8 = 100% 6 - 7 = 80% 3 - 5 = 60% <3 = 0%
		Implementazione linee operative tra A.S.L. Napoli 1 Centro, Comune di Napoli e Tribunale dei Minori sugli interventi a protezione e sostegno dei minori coinvolti nell'ambito di procedimenti giudiziari	N. di UVI/N. di casi segnalati dal tribunale dei minori x 100	≥80% = 100% ≥70% - <80% = 80% ≥50% - <70% = 60% <50% = 0%	≥80% = 100% ≥70% - <80% = 80% ≥50% - <70% = 60% <50% = 0%	≥80% = 100% ≥70% - <80% = 80% ≥50% - <70% = 60% <50% = 0%
		Organizzazione corsi di aggiornamento e formazione ECM	N. corsi di aggiornamento e formazione ECM organizzati	≥20 = 100% 10 - 19 = 80% > 10 = 0%	≥20 = 100% 10 - 19 = 80% > 10 = 0%	≥20 = 100% 10 - 19 = 80% > 10 = 0%
		Monitoraggio semestrale dell'utilizzo da parte delle UOMI e dei punti nascita Aziendali della scheda foglio notizie relativa all'assistenza della donna gravida così come definita dal Comitato Aziendale Percorso Nascita	N. 2 monitoraggi sull'utilizzo della scheda foglio notizie	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%
		Implementazione e ottimizzazione del percorso nascita della donna gravida in epoca COVID relativo alle attività ambulatoriali e di diagnostica prenatale dell'Azienda	Monitoraggio semestrale delle attività ambulatoriali e di diagnostica prenatale dell'Azienda	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio	Attivazione 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)	Apertura/attivazione di un ambulatorio dedicato	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Implementazione delle attività di consulenza e/odi psicoterapia a favore di minori collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna con disagio sociale, psicologico e relazionale	N° di minori coinvolti	≥75 = 100% ≥55 - <75 = 80% <55 = 0%	≥75 = 100% ≥55 - <75 = 80% <55 = 0%	≥75 = 100% ≥55 - <75 = 80% <55 = 0%
		Implementazione dell'attività di consulenza e/o sostegno psicoterapeutico a favore dei nuclei familiari di minori collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna	N° di nuclei familiari coinvolti	≥42 = 100% ≥35 - <42 = 80% <35 = 0%	≥42 = 100% ≥35 - <42 = 80% <35 = 0%	≥42 = 100% ≥35 - <42 = 80% <35 = 0%
		Implementazione delle attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia a favore di nuclei familiari multiproblematici altamente conflittuali, con figli minori	N° di nuove coppie/famiglie arruolate	≥28 = 100% ≥18 - <28 = 80% <18 = 0%	≥28 = 100% ≥18 - <28 = 80% <18 = 0%	≥28 = 100% ≥18 - <28 = 80% <18 = 0%
		Implementazione delle attività di orientamento, consulenza e/o trattamento in ambito di mediazione familiare (anche erogata presso il PIM con sede al Tribunale di Napoli) a favore di genitori con figli minori in fase separativa /divorzile giudiziale e di loro legali	N° di nuovi soggetti coinvolti	≥44 = 100% ≥30 - <44 = 80% <30 = 0%	≥44 = 100% ≥30 - <44 = 80% <30 = 0%	≥44 = 100% ≥30 - <44 = 80% <30 = 0%
		Monitoraggio e controllo semestrale del percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza delle strutture aziendali così come definito dalla Delibera	N. 2 Monitoraggi e controllo sul percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza delle strutture aziendali	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% n. 1 monitoraggio = 80% n. 0 monitoraggio = 0%
		Monitoraggio trimestrale e controllo delle attività di riabilitazione con individuazione di eventuali criticità e proposta di interventi migliorativi	N. 4 monitoraggi e controlli delle attività di riabilitazione con eventuali proposte di interventi migliorativi trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%	n. 4 monitoraggi = 100% < n. 4 monitoraggi = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza all'utenza inserita in percorsi riabilitativi	N. di dispositivi rendicontati/N. di utenti presi in carico x 100	≥100% = 100% ≥90% - <100% = 80% ≥80% - <90% = 60% <80% = 0%	≥100% = 100% ≥90% - <100% = 80% ≥80% - <90% = 60% <80% = 0%	≥100% = 100% ≥90% - <100% = 80% ≥80% - <90% = 60% <80% = 0%
		Monitoraggio annuale attività assistenziali territoriali aziendali con relazione sulle criticità rilevate	N. 1 monitoraggio trasmesso alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
AREA PREVENZIONE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione	Mantenimento Certificazione ISO 9001/2015 in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	Redazione riesame della Direzione 2021	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Vigilanza sulle unità locali da ispezionare in conformità con gli obiettivi assegnati dalla Regione Campania (obiettivo LEA - Prevenzione nei luoghi di lavoro)	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	≥5% = 100% ≥2,5% - < 5% = 80% <2,5%=0%	≥5% = 100% ≥2,5% - < 5% = 80% <2,5%=0%	≥5% = 100% ≥2,5% - < 5% = 80% <2,5%=0%
		Monitoraggio dell'epidemia da COVID 19 nell'A.S.L. Napoli 1 Centro	Rappresentazione grafica settimanale dell'andamento epidemiologico dell'infezione da SARS COV2	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Valutazione ed analisi del rischio sanitario delle attività produttive ai sensi del Digs 152/2006	Numero di pareri espressi/Numero di pareri richiesti x 100	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%
		Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria: valutazione istanze delle strutture sanitarie ai sensi del DCA 107/2019	n. istanze valutate/n. istanze presentate x 100	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%
AREA PREVENZIONE	Programma di ricerca di residui fitosanitari negli alimenti vegetali (D.M. 23/12/1992)	Programma di ricerca di residui fitosanitari negli alimenti vegetali (D.M. 23/12/1992)	Numero di campioni analizzati/Numero di campioni programmati x 100	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%
			Programma di ricerca di additivi e aromi alimentari nei prodotti alimentari di origine vegetale (Piano nazionale 2020/2024)	Numero di campioni analizzati/Numero di campioni programmati x 100	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% ≥60% - <80% = 50% <60% = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA PREVENZIONE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione	Mantenimento dello standard raggiunto nei controlli sulla sicurezza alimentare sanitaria su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione	(Numero di ispezioni negli esercizi di somministrazione/numero di unità programmate X 100) + (numero campioni analizzati/numero campioni programmati X 100)	$\geq 100 - s \text{ o } > 140 = 100\%$	$\geq 100 - s \text{ o } > 140 = 100\%$	$\geq 100 - s \text{ o } > 140 = 100\%$
		Mantenimento dello standard raggiunto nei controlli sulla sicurezza alimentare in fase di produzione alimenti di origine animale	(Numero di ispezioni negli stabilimenti di produzione di alimenti di o.a./numero di unità programmate X 100) + (numero campioni analizzati/numero campioni programmati X 100)	$\geq 140 - s \text{ o } > 180 = 100\%$	$\geq 140 - s \text{ o } > 180 = 100\%$	$\geq 140 - s \text{ o } > 180 = 100\%$
		Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale - Documento di programmazione DPAR/DPAT in applicazione Piano Nazionale residui (PNR)	Numero di campioni analizzati/Numero di campioni programmati X 100	$\geq 90\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 90\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 90\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 90\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 90\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 90\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$
		Controllo sul mantenimento dello stato sanitario degli allevamenti bovini ed ovicaprini rispetto alla brucellosi (BRC) e della tubercolosi (TBC)	Allevamenti controllati nell'anno/Allevamenti soggetti a controllo nell'anno X 100	$\geq 99,8\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 99,8\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 99,8\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 99,8\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 99,8\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 99,8\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$
		Attività di restituzione dei cani padronali catturati ai rispettivi proprietari	Allineamento della percentuale dei cani catturati che hanno già il microchip (restituiti ai proprietari) allo standard nazionale del 32,33 %	$\geq 32\% = 100\%$ $\geq 30\% - < 31,99\% = 80\%$ $\geq 26\% - < 29,99\% = 50\%$ $< 26\% = 0\%$	$\geq 32\% = 100\%$ $\geq 30\% - < 31,99\% = 80\%$ $\geq 26\% - < 29,99\% = 50\%$ $< 26\% = 0\%$	$\geq 32\% = 100\%$ $\geq 30\% - < 31,99\% = 80\%$ $\geq 26\% - < 29,99\% = 50\%$ $< 26\% = 0\%$
		Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	Aziende controllate nell'anno /Aziende soggette a controllo nell'anno X 100	$\geq 95\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 95\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 95\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 95\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 95\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 95\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$
		Piano di monitoraggio dei requisiti dei molluschi bivalvi nelle fasi di produzione, stabulazione e banchi naturali (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT in applicazione del Piano Nazionale)	Numero di campioni analizzati/Numero di campioni programmati X 100	$\geq 95\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 95\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 95\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 95\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$	$\geq 95\% = 100\%$ $\geq 80\% - < 95\% = 80\%$ $\geq 60\% - < 80\% = 50\%$ $< 60\% = 0\%$



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA SALUTE MENTALE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di salute mentale	Numero assistiti presso il Dipartimento di salute mentale per 1.000 residenti	Numero assistiti presso il Dipartimento di salute mentale per 1.000 residenti. Continuare a garantire un valore >= 10,82	≥11 = 100% ≥10,82 - <11 = 75% <10,82 = 0%	≥11 = 100% ≥10,82 - <11 = 75% <10,82 = 0%	≥11 = 100% ≥10,82 - <11 = 75% <10,82 = 0%
		Attività terapeutiche ed assistenziali rivolte alla popolazione in fascia adolescenziale e giovane adulto (18 - 26 anni)	Numero di pazienti accolti e in follow-up fascia d'età 18 - 26 nel DSM	≥ 200 = 100% 150 - 199 = 75% 100 - 149 = 50% <100 = 0%	≥ 200 = 100% 150 - 199 = 75% 100 - 149 = 50% <100 = 0%	≥ 200 = 100% 150 - 199 = 75% 100 - 149 = 50% <100 = 0%
		Numero di PTRI formulati	Numero di PTRI formulati	≥1000 = 100% 700 - 999 = 75% 500 - 799 = 50% <500 = 0%	≥1000 = 100% 700 - 999 = 75% 500 - 799 = 50% <500 = 0%	≥1000 = 100% 700 - 999 = 75% 500 - 799 = 50% <500 = 0%
		Presa in carico di esordi psicopatologici e/o di condizioni cliniche di disagio psichico in fascia d'età 14 - 17 anni	Numero di soggetti accolti e in follow-up fascia d'età 14 - 17 anni con esordi psicopatologici e/o condizioni cliniche di disagio psichico	≥30 = 100% 25 - 29 = 75% 20 - 24 = 50% <20 = 0%	≥30 = 100% 25 - 29 = 75% 20 - 24 = 50% <20 = 0%	≥30 = 100% 25 - 29 = 75% 20 - 24 = 50% <20 = 0%
		Implementazione Progetti/Percorsi Adozione Scolastica e sociale (PASS)	Numero di PASS attuati	≥100 = 100% 75 - 99 = 75% 50 - 74 = 50% <50 = 0%	≥100 = 100% 75 - 99 = 75% 50 - 74 = 50% <50 = 0%	≥100 = 100% 75 - 99 = 75% 50 - 74 = 50% <50 = 0%
		Attuazione procedura di dimissione concordata con CSM	% di dimessi dagli SPDC cittadini secondo procedura condivisa	≥90% = 100% ≥60% - <90% = 75% ≥45% - <60% = 50% <45% = 0%	≥90% = 100% ≥60% - <90% = 75% ≥45% - <60% = 50% <45% = 0%	≥90% = 100% ≥60% - <90% = 75% ≥45% - <60% = 50% <45% = 0%
		Implementazione del Sistema Informativo dipartimentale	Percentuali di casi registrati in POTW	≥90% = 100% ≥60% - <90% = 75% ≥45% - <60% = 50% <45% = 0%	≥90% = 100% ≥60% - <90% = 75% ≥45% - <60% = 50% <45% = 0%	≥90% = 100% ≥60% - <90% = 75% ≥45% - <60% = 50% <45% = 0%
		Miglioramento quali-quantitativo degli interventi e azioni di collaborazione alla prevenzione per la riduzione dei comportamenti autolesivi nella popolazione carceraria	Nr. degli interventi ed azioni di collaborazione alla prevenzione dei comportamenti autolesivi nella popolazione carceraria/nr. Totale degli interventi	≥30% = 100% ≥20% - <30% = 75% ≥10% - <20% = 50% <10% = 0%	≥30% = 100% ≥20% - <30% = 75% ≥10% - <20% = 50% <10% = 0%	≥30% = 100% ≥20% - <30% = 75% ≥10% - <20% = 50% <10% = 0%



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA DIPENDENZE	Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze	Valutazione trattamenti con utenti alcolisti in carico alle UO SerD afferenti alle UU.OO.CC. Dipendenze	N. schede di valutazione dei trattamenti con alcolimimetici somministrate agli utenti alcolisti/N. totale Utenti alcolisti presi in carico x 100	<p>≥100% = 100%</p> <p>≥70% <100% = 80%</p> <p>≥10% <70% = 40%</p> <p><10% = 0</p>	<p>≥100% = 100%</p> <p>≥70% <100% = 80%</p> <p>≥10% <70% = 40%</p> <p><10% = 0</p>	<p>≥100% = 100%</p> <p>≥70% <100% = 80%</p> <p>≥10% <70% = 40%</p> <p><10% = 0</p>
		Implementazione screening HCV-HIV	N. di soggetti sottoposti a screening/N. di utenti in carico x 100	<p>≥50% = 100%</p> <p>≥30% <50% = 80%</p> <p>≥10% <30% = 40%</p> <p><10% = 0</p>	<p>≥50% = 100%</p> <p>≥30% <50% = 80%</p> <p>≥10% <30% = 40%</p> <p><10% = 0</p>	<p>≥50% = 100%</p> <p>≥30% <50% = 80%</p> <p>≥10% <30% = 40%</p> <p><10% = 0</p>
		Implementazione programmi integrati di socializzazione e inserimento sociale tra i Centri Diurni della UOSD Strutture Intermedie	N. totale di utenti presi in carico con programmi integrati tra le strutture intermedie	<p>≥40 utenti = 100%</p> <p>≥30 <40 utenti = 80%</p> <p>≥10 <30 utenti = 40 %</p> <p><10 utenti = 0</p>	<p>≥40 utenti = 100%</p> <p>≥30 <40 utenti = 80%</p> <p>≥10 <30 utenti = 40 %</p> <p><10 utenti = 0</p>	<p>≥40 utenti = 100%</p> <p>≥30 <40 utenti = 80%</p> <p>≥10 <30 utenti = 40 %</p> <p><10 utenti = 0</p>
AREA DIPENDENZE	Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze	Predisposizione attività di rilevazione dell'uso del metadone per strada/UOSD Unità di Strada	N. schede di interviste effettuate/N. totale soggetti incontrati nelle uscite della UOSD Unità di strada x 100	<p>≥60% = 100%</p> <p>≥40% <60% = 80%</p> <p>≥10% <40% = 40 %</p> <p><10% = 0%</p>	<p>≥60% = 100%</p> <p>≥40% <60% = 80%</p> <p>≥10% <40% = 40 %</p> <p><10% = 0%</p>	<p>≥60% = 100%</p> <p>≥40% <60% = 80%</p> <p>≥10% <40% = 40 %</p> <p><10% = 0%</p>
		Mantenimento interventi di consulenza e supporto all'autoregolazione in regime di tutela della privacy nel Servizio MamaCoca/UOSD Nuovi Modelli di Consumo nel corso dell'emergenza sanitaria	N. totale prestazioni (individuali, di coppia, di famiglia e di gruppo)	<p>≥ n. 1010 prest. = 100%</p> <p>≥ n. 810 < n. 1010 prest. = 80%</p> <p>≥ n. 150 < n. 810 prest. = 40%</p> <p>< n. 150 prest. = 0</p>	<p>≥ n. 1010 prest. = 100%</p> <p>≥ n. 810 < n. 1010 prest. = 80%</p> <p>≥ n. 150 < n. 810 prest. = 40%</p> <p>< n. 150 prest. = 0</p>	<p>≥ n. 1010 prest. = 100%</p> <p>≥ n. 810 < n. 1010 prest. = 80%</p> <p>≥ n. 150 < n. 810 prest. = 40%</p> <p>< n. 150 prest. = 0</p>
		Implementazione attività di informazione e sensibilizzazione sui rischi connessi al GAP (potenziamento attività di gruppo on line e in presenza con predisposizione materiali e campagne di sensibilizzazione e promozione sociale)	N. di interventi di informazione formazione e sensibilizzazione in almeno 4 articolazioni Dipartimento	<p>≥ n. 10 interv. = 100%</p> <p>≥ n. 8 < n. 10 interv. = 80%</p> <p>≥ n. 3 < n. 8 interv. = 40%</p> <p>< n. 3 interv. = 0</p>	<p>≥ n. 10 interv. = 100%</p> <p>≥ n. 8 < n. 10 interv. = 80%</p> <p>≥ n. 3 < n. 8 interv. = 40%</p> <p>< n. 3 interv. = 0</p>	<p>≥ n. 10 interv. = 100%</p> <p>≥ n. 8 < n. 10 interv. = 80%</p> <p>≥ n. 3 < n. 8 interv. = 40%</p> <p>< n. 3 interv. = 0</p>
AREA DIPENDENZE	Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze	Implementazione del software gestionale GEA - Gestione Enti Accreditati in tutte le articolazioni delle UUOCC Dipendenze dipartimentali (riscrivere)	N. di strutture che hanno adottato la procedura informatizzata (le UUOO SerD dipartimentali sono 11)	<p>≥ n. 11 strutture = 100%</p> <p>≥ n. 8 < n. 11 strutture = 80%</p> <p>≥ n. 3 < n. 8 strutture = 40%</p> <p>< n. 3 strutture = 0</p>	<p>≥ n. 11 strutture = 100%</p> <p>≥ n. 8 < n. 11 strutture = 80%</p> <p>≥ n. 3 < n. 8 strutture = 40%</p> <p>< n. 3 strutture = 0</p>	<p>≥ n. 11 strutture = 100%</p> <p>≥ n. 8 < n. 11 strutture = 80%</p> <p>≥ n. 3 < n. 8 strutture = 40%</p> <p>< n. 3 strutture = 0</p>



Piano della Performance 2021-2023

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	TARGET 2022	TARGET 2023
AREA FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI	Sviluppo appropriata ed uso corretto dei farmaci e dei dispositivi medici	Adozione in via sperimentale del budget dei farmaci ai Medici di Medicina Generale	Definizione procedura del processo di budget dei farmaci ai MMG trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica convenzionata e DPC	N. 1 Monitoraggio annuale trasmesso alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Controlli tecnico – contabili sulle ricette SSN/DPC/AIR	N. controlli effettuati/N. ricette SSN/DPC/AIR x 100	≥90% = 100% ≥80% - <900% = 80% ≥70% - <80% = 60% <70% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <900% = 80% ≥70% - <80% = 60% <70% = 0%	≥90% = 100% ≥80% - <900% = 80% ≥70% - <80% = 60% <70% = 0%
		Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica territoriale	N. 1 Monitoraggio annuale trasmesso alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%	ON = 100% OFF = 0%
		Piena implementazione della procedura relativa alla consegna e all'acquisizione dei prodotti farmaceutici	N. di operazioni carico merci entro 15 gg dalla data di consegna/N. totale di operazioni carico merci x 100	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%	≥95% = 100% ≥90% - <95% = 60% <90% = 0%
		Monitoraggio semestrale spesa dispositivi medici ad alto costo	N. 2 monitoraggi spesa dispositivi medici ad alto costo trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	n. 2 monitoraggi = 100% < n. 2 monitoraggi = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% < n. 2 monitoraggi = 0%	n. 2 monitoraggi = 100% < n. 2 monitoraggi = 0%



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

6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

La Performance consiste nel “contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita”.

L’A.S.L. Napoli 1 Centro ritiene che nel definire le dimensioni della performance occorra in primo luogo aver presente il fine ultimo dell’istituzione (outcome).

Il Piano deve essere in linea con la mission dell’organizzazione, con il contesto in cui essa si colloca, con la conoscenza dei suoi stakeholder. Il processo parte infatti dalla rilevazione dei bisogni degli stakeholder e dalla conseguente definizione degli obiettivi da perseguire per la soddisfazione di tali bisogni.

Il Piano è uno strumento che può facilitare l’ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l’Azienda. Esso può consentire di:

- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (*stakeholder*);
- favorire una effettiva trasparenza e rendere più efficaci i *meccanismi di* comunicazione interna ed esterna;
- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative.

Il Piano è dunque uno strumento di fondamentale importanza per la corretta attuazione del Ciclo di gestione della *performance*.

Il Piano delle Performance si pone anche come strumento per proseguire il percorso di diffusa responsabilizzazione delle articolazioni aziendali.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Gli obiettivi strategici del Piano della Performance 2021-2023 devono consentire la loro integrazione con i diversi piani e programmi aziendali (Programma per la Trasparenza e Piano per la prevenzione della Corruzione) e devono essere realizzati nel rispetto delle previsioni di bilancio.

6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Un punto di forza nel sistema di valutazione aziendale è sicuramente legato al meccanismo di assegnazione degli obiettivi di performance, ai sensi del Regolamento Aziendale del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ed individuale.

Al fine di rendere maggiormente coerente il ciclo della performance con l'attuale assetto organizzativo aziendale e realizzare un corretto percorso di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, con Deliberazione del Direttore Generale n. 962 del 28.09.2020, è stato adottato un nuovo Regolamento Aziendale del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa ed individuale – Rev. 1 – Settembre 2020.

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:

- potenziare il 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;
- 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;
- completare il percorso già attuato dall'Azienda con l'assegnazione, con procedure formali e trasparenti, degli incarichi ai Direttori/Responsabili di tutte le articolazioni interne, al fine di delineare una chiara configurazione aziendale. L'Azienda ha già provveduto al conferimento di numerosi nuovi incarichi di Direzione di Struttura Complessa ed al conferimento di incarichi di sostituzione, ai sensi dell'art. 22 del CCNL Area Sanità 2016-2018 e dell'art. 18 del CCNL 1998/2001 Area della Dirigenza S.P.T.A., per la Direzione di U.O.C., e sta gradualmente effettuando ulteriori avvisi pubblici.

