



***AZIENDA SANITARIA LOCALE***

***NAPOLI 1 CENTRO***

**Relazione sulla Performance Anno 2023**



Relazione sulla Performance anno 2023

## PRESENTAZIONE

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2023 viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 150/2009 e s.m.i..

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

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

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

Nell'elaborazione della presente Relazione si deve necessariamente tenere ancora conto della pandemia da COVID-19, che ha determinato un profondo mutamento dell'assetto organizzativo e strutturale dell'Azienda, ed ha reso necessario 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.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria da Covid-19 in data 05 maggio 2023, dopo poco più di tre anni di pandemia.

## Indice

1. PREMESSA .....	4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI .....	4
2.1 Il contesto esterno di riferimento .....	4
2.2 L'amministrazione .....	5
2.3 I risultati raggiunti .....	11
2.4 Le criticità e le opportunità .....	13
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI .....	14
3.1 Albero della performance.....	14
3.2 Obiettivi strategici .....	16
3.3 Obiettivi e piani operativi .....	17
3.4 Obiettivi individuali .....	68
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA' .....	79
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE .....	79
5.1 Il CUG – Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità .....	79
5.2 Benessere organizzativo .....	81
6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE .....	82
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità .....	82
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance .....	84
ALLEGATO 1: PROSPETTO RELATIVO ALLE PARI OPPORTUNITA' E AL BILANCIO DI GENERE .....	86
ALLEGATO 2: TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI .....	88
ALLEGATO 3: ELENCO DOCUMENTI CORRELATI AL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE ....	89



## Relazione sulla Performance anno 2023

### **1. PREMESSA**

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

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

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

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

#### **2.1 Il contesto esterno di riferimento**

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

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

L'indirizzo del portale aziendale Internet è [www.aslnapoli1centro.it](http://www.aslnapoli1centro.it).

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

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

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





## Relazione sulla Performance anno 2023

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

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

Il Direttore Generale dell'Azienda nell'anno 2023 è il dott. ing. Ciro Verdoliva, nominato con delibera della Giunta Regionale della Campania n. 319 del 21/06/2022.

### **2.2 L'amministrazione**

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

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

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

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

La sua gestione è improntata:

- ✓ all'efficacia sanitaria dei trattamenti medici;
- ✓ all'adeguatezza ed alla personalizzazione dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

## Relazione sulla Performance anno 2023

- ✓ 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;
- ✓ alla salvaguardia della sicurezza negli ambienti di lavoro;
- ✓ alla flessibilità dell'organizzazione;
- ✓ alla revisione periodica della stessa;
- ✓ all'orientamento delle attività in senso progettuale e quindi per obiettivi.

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

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

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

- *Efficacia ed efficienza*

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

- *Centralità della persona*

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

riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività aziendali.

- *Uguaglianza ed imparzialità*

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

- *Continuità*

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

- *Trasparenza*

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

- *Equità*

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

- *Diritto di scelta*

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

- *Partecipazione*

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

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



## Relazione sulla Performance anno 2023

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

L'assetto aziendale nell'anno 2023 prevede n° 3 Dipartimenti Strutturali: Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze, n° 13 Dipartimenti Funzionali transmurali e integrati (Dipartimento Attività Ospedaliera, Dipartimento Emergenza Urgenza, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento Medicina e Post-acuzie, Dipartimento Neuroscienze, Dipartimento Oncoematologico, Dipartimento Cardiologico, Dipartimento Diagnostica per Immagini, Dipartimento Medicina di laboratorio, due Dipartimenti Chirurgici Polispecialistici, nonché un Dipartimento integrato Reti tempo-dipendenti), oltre alle UU.OO. centrali in staff/line alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Amministrativa.

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

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

Nell'A.S.L. Napoli 1 Centro nell'anno 2023 hanno svolto attività di ricovero Presidi Ospedalieri a gestione diretta, con annessi Stabilimenti Ospedalieri, n. 11 Case di Cura private accreditate e n. 2 Ospedali Classificati.

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

Di seguito vengono riportati, relativamente all'anno 2023, 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.

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

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

### PRESIDI SANITARI PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI

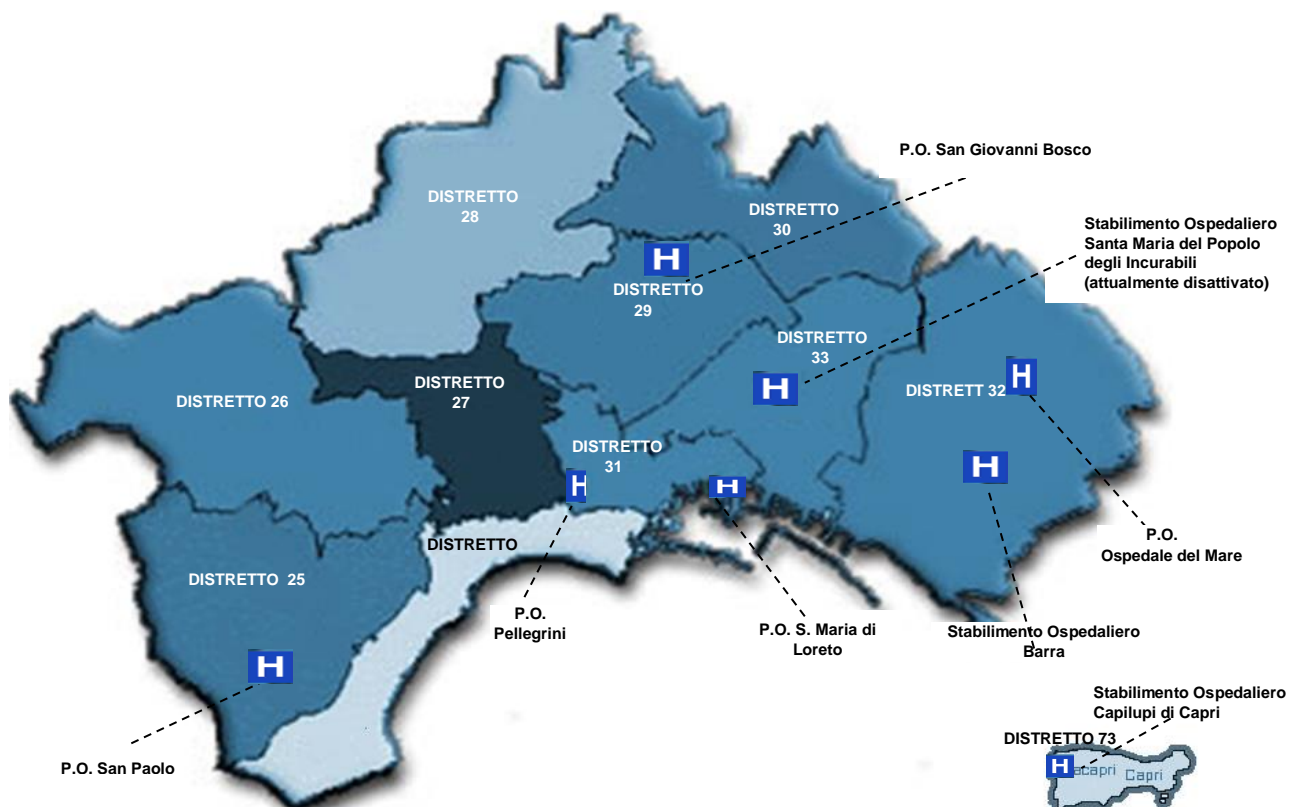
1.	Casa Circondariale Napoli Poggioreale
2.	Centro Penitenziario Secondigliano Napoli
3.	Articolazione per la tutela della salute mentale in carcere presso Centro Penitenziario Secondigliano Napoli
4.	Istituto Penale minorile di Nisida con Centro Prima Accoglienza dei Colli Aminei

### 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

## Mappa Geografica



### 2.3 I risultati raggiunti

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

Per la valutazione della performance per l'anno 2023, svolta ai sensi del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con delibera del Direttore Generale n. 962 del 28.09.2020, sono stati utilizzati punteggi derivanti da valutazioni diverse, concorrenti al punteggio massimo pari a 100, e fasce di remunerazione delle indennità economiche, garantendo tuttavia, una differenziazione di quote tra i soggetti valutati.

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

## Relazione sulla Performance anno 2023

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

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

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

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

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

Si sintetizzano di seguito i risultati complessivi di performance raggiunti nell'A.S.L. Napoli 1 Centro nel corso dell'anno 2023 (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2023, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede di valutazione della performance organizzativa e individuale).

Relativamente alla performance organizzativa delle articolazioni aziendali alle quali sono stati assegnati obiettivi specifici di performance con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023, il punteggio medio registrato è stato di 95,46 punti, con un punteggio minimo di 72 punti ed un punteggio massimo di 100 punti. Nel 67,61% delle schede di valutazione di performance organizzativa pervenute si registra il punteggio massimo di 100 punti, mentre nel 28,17% dei casi si registra un punteggio compreso tra 80,1 e 99,9 punti.

Relativamente alla performance individuale dei Dirigenti, il punteggio medio registrato è stato di 94,73 punti, con un punteggio minimo di 51,6 punti ed un punteggio massimo di 100,0 punti. Nel 81,58% delle schede di valutazione di performance individuale pervenute si registra un punteggio



compreso tra 90,1 e 100 punti, mentre nel 14,13% dei casi si registra un punteggio compreso tra 80,1 e 90 punti.

Relativamente alla performance individuale del Personale del Comparto con incarico di funzione, il punteggio medio registrato è stato di 95,90 punti, con un punteggio minimo di 54,40 punti ed un punteggio massimo di 100,0 punti. Nel 84,39% delle schede di valutazione di performance individuale pervenute si registra un punteggio compreso tra 90,1 e 100 punti, mentre nel 8,86% dei casi si registra un punteggio compreso tra 80,1 e 90 punti.

## **2.4 Le criticità e le opportunità**

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

Le conseguenze della pandemia Covid-19 sugli assetti organizzativi aziendali hanno rappresentato un ulteriore ed importante elemento di criticità.

Relativamente all'anno 2023, inoltre, la non completa gestione informatizzata dei dati e della reportistica e la presenza di un assetto organizzativo aziendale non ancora pienamente definito, hanno ulteriormente contribuito a determinare difficoltà nel pieno sviluppo del processo complessivo della performance aziendale.

A tal proposito, si rappresenta che continua la progressiva implementazione del nuovo sistema informatico aziendale che prevede, tra l'altro, un modulo relativo alla gestione del ciclo della performance che automatizzi il processo di gestione e valutazione della performance organizzativa e individuale in tutte le fasi in cui esso si svolge e la digitalizzazione di tutta la documentazione sanitaria; l'Azienda, inoltre, si è dotata di un sistema di cruscotto direzionale, con particolare ma non esclusivo riferimento agli indicatori L.E.A. del Nuovo Sistema di Garanzia, che consentirà di monitorare l'andamento degli obiettivi di performance assegnati, anche a livello delle singole macrostrutture ed unità operative aziendali, al fine di avviare eventuali azioni correttive.

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

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



## Relazione sulla Performance anno 2023

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

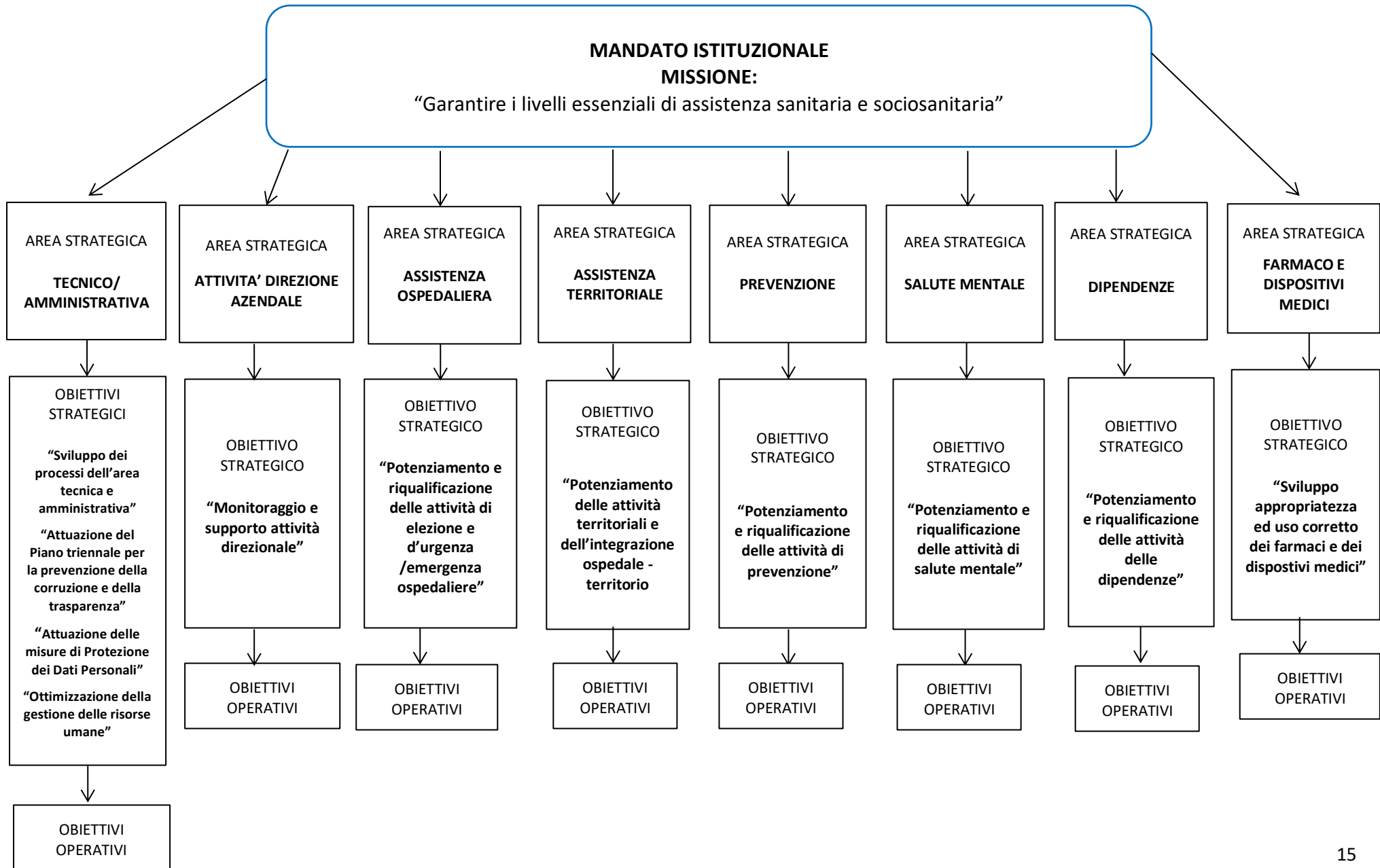
### **3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI**

#### **3.1 Albero della performance**

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

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

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



### 3.2 Obiettivi strategici

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

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

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

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

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

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

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

Quindi, per quanto riguarda la performance organizzativa, le amministrazioni devono inserire nei piani delle performance obiettivi, soggetti a valutazione, correlati all'attuazione dei piani e delle misure di prevenzione della corruzione, misurando l'effettivo grado di attuazione degli stessi, nel rispetto delle fasi e delle tempistiche prefissate.

Relativamente alla performance organizzativa, nel 2023, a tutte le strutture aziendali è stato assegnato almeno un obiettivo correlato all'attuazione dei piani e delle misure di prevenzione della corruzione.

Nell'albero della performance dell'A.S.L. Napoli 1 Centro sono rappresentati sinteticamente, relativamente all'anno 2023, le aree strategiche e gli obiettivi strategici aziendali.

Gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'A.S.L. Napoli 1 Centro per l'anno 2023 sono dettagliatamente descritti nell'Allegato 2.

### **3.3 Obiettivi e piani operativi**

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

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

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

Le strutture aziendali e le attività di rilevanza aziendale per cui, ai sensi del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con delibera del Direttore Generale n. 962 del 28.09.2020, sono stati definiti obiettivi di performance organizzativa nell'anno 2023 sono:

- Dipartimento di Prevenzione

- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Dipendenze
- Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera
- Direzione Dipartimento Integrato di Medicina di laboratorio
- P.O. San Giovanni Bosco – Presidio Sanitario Intermedio di Barra
- P.O. San Paolo
- P.O. Pellegrini – Santa Maria del Popolo degli Incurabili
- P.O. Ospedale del Mare
- S.O. Santa Maria di Loreto – Capilupi di Capri
- Distretto Sanitario di Base 24 e 73
- Distretto Sanitario di Base 25
- Distretto Sanitario di Base 26
- Distretto Sanitario di Base 27
- Distretto Sanitario di Base 28
- Distretto Sanitario di Base 29
- Distretto Sanitario di Base 30
- Distretto Sanitario di Base 31
- Distretto Sanitario di Base 32
- Distretto Sanitario di Base 33
- Programmazione e Pianificazione Aziendale
- Sorveglianza Sanitaria
- Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari
- Prevenzione e Protezione
- CUP e Flussi Informativi e Analisi e Monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti
- Formazione e Rapporti con Università
- Coordinamento delle attività socio-sanitarie
- Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia
- Gestione del Rischio Clinico e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
- Coordinamento Assistenza Migranti

- Programmi di screening
- Rapporti con organi e organismi aziendali
- Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati
- Gestione Economico Finanziaria
- Gestione Risorse Umane
- Acquisizione beni ed economato
- Acquisizione servizi
- Affari Generali
- Affari giuridico-legali e contenzioso
- Controllo Interno e di Gestione
- Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie
- Sistemi Informatici e I.C.T.
- Manutenzione ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici
- Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Incurabili
- Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare
- Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra
- Direzione Amministrativa P.O. San Paolo
- Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo/Capilupi Capri
- Protezione dati personali, prevenzione della corruzione e trasparenza
- Stampa e comunicazione aziendale
- Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate
- Assistenza anziani e cure domiciliari
- Programmazione attività assistenza primaria
- Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica
- Psicologia clinica
- Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali
- Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali
- Cure palliative domiciliari
- Medicina pubblica valutativa

- COT – 118 Attività Territoriali
- Farmaceutica Convenzionata e Territoriale
- Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali
- Tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente
- Perinatologia e diagnostica ecografica prenatale
- Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione
- Riabilitazione
- Riabilitazione cardiologica territoriale
- Laboratorio di genetica medica
- Patologia clinica territoriale
- Patologia clinica Ascalesi
- Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)

Gli obiettivi di performance organizzativa assegnati alle articolazioni aziendali per l'anno 2023 con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28/06/2023 sono i seguenti:

- Conclusione procedure acquisitive sia sopra soglia che sotto soglia
- Processo di creazione Contratti SAP rispetto alla stipula del sinallagma di fornitura a seguito dei controlli post aggiudicazione
- Processo di contabilità settoriale del magazzino economale, attraverso la implementazione del carico e scarico dei beni economici acquisiti e distribuiti alle strutture aziendali richiedenti, con l'utilizzo della piattaforma di gestione aziendale di magazzino SIAC di SAP
- Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse
- Effettuazione gare programmate
- Predisposizione ed attuazione procedure per i controlli dei servizi non sanitari esternalizzati attraverso il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)
- Digitalizzazione amministrativa. Monitoraggio, criticità ed effetti sulle attività amministrative del protocollo unico informatizzato
- Monitoraggio dell'attuazione del Regolamento borse di studio di cui alla delibera n° 1712 del 07/10/2022
- Verifica conformità delle proposte di contratto per la conduzione degli studi alle indicazioni AIFA
- Mantenimento del numero di contenziosi, rispetto all'anno 2022, 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.)
- Corretta gestione magazzino economale e cassa economale in conformità ai regolamenti aziendali
- Attività di svincolo presso il tesoriere
- Circolarizzazione debiti verso fornitori
- Circolarizzazione debiti verso clienti
- Attività recupero crediti per doppi incassi
- Regolarizzazione contrattuale degli immobili di proprietà aziendale
- Regolarizzazione delle posizioni contabili degli occupanti/conduuttori delle singole unità immobiliari di proprietà aziendale
- Dismissione e rinegoziazione fitti passivi
- Verifica consistenza e stato d'uso del patrimonio disponibile, indisponibile e dei terreni finalizzata alla locazione e/o alla vendita
- Predisposizione Programma triennale dei lavori e relativo elenco annuale di cui all'art. 21 del D.Lgs.50/2016 e ss.mm.ii.
- Proposta di approvazione di progetti definitivi ed esecutivi inclusi nella programmazione
- Predisposizione atti di gara di progetti da porre a base d'asta per la realizzazione di lavori al patrimonio immobiliare Aziendale
- Efficientamento attività di competenza della Logistica e dell'Autoparco Aziendale
- Gestione dei software classificati come Dispositivi Medici utilizzati nel contesto aziendale
- Ottimizzazione del processo di gestione delle richieste di acquisto di nuove apparecchiature biomedicali
- Programmazione biennale acquisti apparecchiature elettromedicali
- Gestione dei costi di manutenzione
- Implementazione del Piano Triennale 2023-2025 per interventi di manutenzione straordinaria a farsi con utilizzo di Risorse Statali/Regionali o di Risorse Proprie
- Manutenzione del patrimonio edilizio – accordo quadro: controllo sulle attività manutentive richieste dalle strutture sanitarie
- Procedura di controllo servizi manutentivi esternalizzati
- Nuovo Sistema Informatico Aziendale: diffusione e utilizzo del sistema di cartella clinica elettronica Wirgilio in tutti i reparti dei Presidi Ospedalieri della A.S.L. Napoli 1 Centro

- Adesione Convenzione Consip Sanità Digitale: realizzazione del sistema per la gestione dell'imaging non radiologico per Endoscopia
- Adesione Convenzione Consip Sanità Digitale: realizzazione del sistema per la gestione digitalizzata dell'Anatomia Patologica
- Coordinamento segreteria Direzione Strategica
- Attività di controllo amministrativo atti aziendali
- Monitoraggio dell'informazione riguardante l'A.S.L. in modo diretto e indiretto attraverso diverse forme e modalità: rassegna stampa cartacea, radiofonica, televisiva e via web e analisi dei lanci delle agenzie di stampa
- Cura dei rapporti e dei collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni fornite nelle materie di interesse dell'amministrazione
- Cura dei collegamenti con i servizi aziendali per il monitoraggio delle informazioni interne
- Istruttoria di tutte le richieste/schede SMV pervenute all'Organismo Indipendente di Valutazione/STP
- Monitoraggio di primo livello avvio del Ciclo della Performance
- Affiancamento per lo sviluppo ed implementazione dell'applicativo informatico di gestione del ciclo di performance
- Proposta piano assunzionale 2022-2024 e sua attuazione (Procedure concorsuali) ivi incluse le procedure attuative per il conferimento degli incarichi di Struttura da atto aziendale
- Due diligence del personale dipendente (aspetti giuridici, previdenziali ed economici)
- Gestione contenzioso amministrativo e procedure disciplinari
- DATA PROTECTION
  - Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali
  - mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali
- Adeguamento dei processi informativi aziendali alle normative in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza
- 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

Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:

- revisione della mappatura dei propri processi
  - aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022
  - elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi
  - trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza – tempistica riscontro accessi civici generalizzati)
  - ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)
- Controlli e verifiche sulle strutture aziendali in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza
- Divulgazione dei contenuti della sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023-2025
- Predisposizione regolamento di accompagnamento, formazione, monitoraggio e valutazione dei percorsi sociosanitari nell'ambito delle PUA
- Revisione percorso procedurale per le dimissioni sociosanitarie protette per Persone Senza Dimora e persone in condizione di Fragilità sociosanitarie
- Analisi, monitoraggio e valutazione dei flussi informativi ministeriali - Decreto Ministeriale n. 5 dicembre 2006 (STS/FLS/RIA 11/HSP)
- Analisi, monitoraggio e valutazione altri flussi informativi, inclusi indicatori NSG
- Controllo e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri aziendali
- Controllo e monitoraggio dei tempi di attesa delle attività libero professionali intramurarie
- Controllo e monitoraggio volumi di attività libero-professionale intramuraria vs. volumi attività istituzionale
- Creazione ed aggiornamento di banca dati:
- del personale aziendale formato obbligatoriamente ai sensi del D.lgs 81/08 e s.m.i., Legge 190/2012, D.lgs. 33/2013 e GDPR 2016/679;

- dei tirocinanti in tutte le strutture aziendali;
- dei borsisti dei corsi di formazione specialistica in medicina generale;
- degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie
- Organizzazione Corsi di Formazione sulla violenza di genere per i neoassunti
- Attivazione procedura di compensazione interregionale prestazioni di sanità penitenziaria
- Riduzione tempi di attesa erogazione visite specialistiche per le branche a visita presenti negli istituti penitenziari
- Effettuazione di sopralluoghi negli ambienti di lavoro anche nell'ambito del processo di aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi delle macrostrutture aziendali
- Collaborazione alla redazione di DUVRI delle macrostrutture aziendali
- 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
- Promozione della salute della sicurezza e del benessere lavorativo. Lotta alle dipendenze
- Stato di implementazione Atto Aziendale A.S.L. Napoli 1 Centro
- Controllo e monitoraggio prestazioni Attività Libero Professionale Intramurarie, incluso controllo volumi attività
- 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 mensile flusso informativo relativo all'adesione della popolazione agli screening di prevenzione oncologica ai fini della rilevazione LEA (cervice uterina, mammella, colon-retto)
- Implementazione nuova piattaforma gestionale Sinfonia-Screening Oncologici
- Applicazione del protocollo Ministeriale degli eventi sentinella
- Stesura/Revisione di PDTA-Procedure aziendali
- Definizione ed implementazione profili diagnostici ospedalieri
- Prosecuzione miglioramento accesso pazienti in regime ambulatoriale
- Mantenimento delle prestazioni di genetica medica effettuate nell'anno 2022
- Garanzia linee diagnostiche specialistiche di laboratorio
- Mantenimento del numero delle prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nell'anno 2022
- Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

- Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (R1, R2, R3)
- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- Percentuale di popolazione over 65 presa in carico dal servizio di cure domiciliari
- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto
- Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
- Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
- Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta ( $\geq$  18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
- Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (prestazioni ambulatoriali)
- R.S.A. 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
- Monitoraggio spesa della specialistica ambulatoriale
- Centralizzazione dei fascicoli del personale aziendale afferente alla specialistica ambulatoriale interna

- Applicazione linee guida della Regione Campania sugli interventi di riordino territoriale in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) recepite dal Decreto Ministeriale n° 77 del 23 maggio 2022 (D.G.R.C. n° 682 del 13/12/2022)
- Implementazione e gestione personale convenzionato
- Perseguimento e sviluppo della rete organizzativa della U.O.C. Psicologia Clinica
- Incremento delle attività assistenziali e cliniche della U.O.C. Psicologia Clinica
- Sviluppo azioni di contrasto alla violenza maschile contro le donne: riattivazione attività sportelli refertazione psicologica presso i presidi ospedalieri con pronto soccorso
- Omogeneizzazione ed ottimizzazione delle procedure correlate alle attività dermatologiche territoriali
- Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali cardiologici in ambito territoriale
- Mantenimento dello standard assistenziale dell'anno 2022 dei pazienti con patologia complessa
- Consulenza medico legale di parte su richiesta delle strutture aziendali per la valutazione di sinistri
- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
- Rispetto del debito informativo file EMUR
- Aggiornamento e revisione dei protocolli operativi e linee guida 118
- Organizzazione corsi di aggiornamento e formazione ECM
- Implementazione e ottimizzazione del percorso nascita della donna gravida in epoca post COVID relativo alle attività ambulatoriali e di diagnostica prenatale dell'Azienda
- Intensificazione dei rapporti con le strutture territoriali aziendali in ambito di diagnostica prenatale
- Promozione della donazione del sangue da cordone ombelicale in tutte le strutture aziendali
- Valutazione, pianificazione e realizzazione di nuovi modelli organizzativi per il recupero dei ritardatari/inadempienti per le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale nella fascia d'età 0 – 18 anni
- Mantenimento servizio psicologico di prevenzione primaria e secondaria della devianza in età adolescenziale (attività di consulenza e/o psicoterapia in adolescenti a rischio di devianza e sostegno alle famiglie)
- Implementazione delle attività di consulenza e/o di sostegno psicoterapeutico a favore di minori e loro nuclei familiari collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna
- Implementazione delle attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia e/o mediazione familiare a favore di coppie genitoriali/nuclei familiari multiproblematici altamente conflittuali con figli minori, anche in fase separativa/divorzile
- Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione

- Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza all'utenza inserita in percorsi di accesso ai ricoveri riabilitativi ai sensi della D.G.R.C. n. 429 del 03.08.2020 "Attività di ricovero presso le Unità Operative di Recupero e Riabilitazione Funzionale – Cod. 56. Modalità operative."
- Omogeneizzazione ed ottimizzazione delle procedure correlate alle attività di riabilitazione cardiologica territoriale
- Programmazione, controllo e monitoraggio prestazioni aggiuntive (c.d. autoconvenzionamento)
- Monitoraggio attività assistenziali ospedaliere aziendali
- Monitoraggio stato di implementazione della cartella clinica infermieristica informatizzata
- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario
- Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
- Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario
- Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
- Miglioramento appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri. Attivazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)
- Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui
- Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente
- Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione: giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
- Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico
- Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, prestazioni ambulatoriali)
- Monitoraggio dell'implementazione delle procedure relative alle infezioni correlate all'assistenza
- UU.OO. di supporto: implementazione di almeno n° 6 audit per Unità Operativa relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate
- UU.OO. di degenza: implementazione di almeno n° 12 audit clinici per Unità Operativa
- Tempestività trasmissione SS.DD.OO. ricoveri ordinari
- Monitoraggio ed analisi trimestrale dei ricoveri con durata della degenza oltre soglia
- Monitoraggio ed analisi trimestrale dei tagli cesarei primari

- 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)
- Sistema di sorveglianza PASSI (DGR 962/2007 e DPCM 03/03/2007): analisi epidemiologica dei dati estratti dai questionari relativa agli anni 2017-2020 (attività correlata all'indicatore NSG P14C)
- Miglioramento delle segnalazioni/indagini epidemiologiche delle malattie infettive da parte dei MMG/PLS e strutture territoriali
- Uniformità delle procedure in materia di vigilanza della Legionella per la tutela delle condizioni igieniche delle strutture turistico-recettive, termali e sanitarie ("Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" - Conferenza stato-regioni del 07.05.2015)
- Tutela delle condizioni igieniche delle strutture sanitarie: attività di vigilanza per Legionella nei centri di riabilitazione secondo le "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" - Conferenza stato-regioni del 07.05.2015
- Tutela delle condizioni igieniche delle strutture turistico-recettive: attività di vigilanza per Legionella negli impianti balneari/termali con piscine e negli alberghi secondo le "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-recettive e termali" (G.U. n° 28 del 04/02/2005)
- Livello di copertura base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti con particolare riguardo alle fasi di trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT- attività correlata all'indicatore NSG P13Z)
- Copertura delle attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, presenza di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine vegetale e di origine animale - Documento di programmazione DPAR/DPAT in applicazione Piano Nazionale residui (PNR) e PM ricerca additivi alimentari e fitosanitari (attività correlata all'indicatore NSG P12Z)
- Controllo sul mantenimento dello stato sanitario degli allevamenti bovini ed ovicaprini ed avicoli rispetto alla brucellosi (BRC), tubercolosi (TBC), encefalopatie spongiformi (BSE-TSE) e salmonellosi (attività correlata all'indicatore NSG P09Z)
- Attività di restituzione dei cani padronali catturati ai rispettivi proprietari
- Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino (attività correlata all'indicatore NSG P10Z)



- Piano di monitoraggio dei requisiti dei molluschi bivalvi nelle fasi di produzione, stabulazione e banchi naturali (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT)
- Attività a seguito di reclami/segnalazioni relative all'Igiene urbana veterinaria (IUV)
- Numero assistiti presso il Dipartimento di Salute Mentale per 1.000 residenti
- Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria
- Attività terapeutiche ed assistenziali rivolte alla popolazione in fascia adolescenziale e giovane adulta (18 – 25 anni)
- Miglioramento quali-quantitativo degli interventi in SPDC
- Presa in carico di esordi psicotici e di disturbi del comportamento in fascia d'età 14 – 17 anni
- Implementazione Progetti/Percorsi Adozione Scolastica e Sociale (PASS)
- Miglioramento quali-quantitativo degli interventi in Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM)
- Implementazione screening HIV (riferimento Piano Regionale Prevenzione\_ M060508: *ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata*)
- Monitoraggio consumo di sostanze psicoattive legali e illegali per l'utenza in carico alle UUOO SerD afferenti alle UU.OO.CC. Dipendenze
- Programmi di presa in carico di cittadini con Disturbo da Gioco d'azzardo (2 Poli Territoriali e Progetto ATENA)
- Potenziamento attività di osservazione ed intercettazione precoce delle aree a rischio di aggregazione di tossicodipendenti di strada nella città di Napoli (Piano Regionale Prevenzione M020505: *identificare precocemente e prendere in carico i soggetti di rischio aumentato*)
- Educazione al cambiamento rispetto ai fattori di rischio comportamentali o stili di vita nei soggetti in carico alle Strutture Intermedie (*Indicatore CORE NSG Id. P14C*)
- Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e delle forme di dipendenze rivolti agli studenti delle scuole superiori (Piano Regionale di Prevenzione M060521 *pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/IST*)
- Implementazione delle reti naturali ed istituzionali (MMG, farmacie, associazioni, ecc) del servizio ad alta privacy rivolto ai consumatori di sostanze socialmente integrati
- Implementazione di almeno n° 6 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva farmacologica
- Corretta implementazione ed aggiornamento inventario magazzino farmaceutico
- Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica convenzionata e DPC
- Controlli tecnico – contabili sulle ricette SSN/DPC/AIR
- Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici

- Monitoraggio spesa dispositivi medici ad alto costo

Si riportano di seguito i risultati di performance organizzativa raggiunti nel corso dell'anno 2023 dalle articolazioni aziendali (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2023, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede 2 di valutazione della performance organizzativa).

Il punteggio complessivo riportato nella scheda 2 di valutazione di performance organizzativa è compreso tra 0 e 100 e rappresenta la somma dei punteggi relativi ai singoli obiettivi assegnati alle strutture aziendali, ciascuno con un proprio peso (rif. delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023).

Relazione Performance anno 2023

Tipologia	Struttura	Risultato struttura	Media per tipologia
Dipartimenti	Dipartimento di Prevenzione	100,00	100,00
	Dipartimento di Salute Mentale	100,00	
	Dipartimento Dipendenze	100,00	
	Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera	100,00	
	Direzione Dipartimento Integrato di Medicina di Laboratorio	100,00	
Direzione Amministrativa Staff	Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra	92,00	97,74
	Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Incurabili	92,00	
	Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto Nuovo/Capilupi Capri	100,00	
	Direzione Amministrativa P.O. San Paolo	82,00	
	Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare	100,00	
	Stampa e comunicazione aziendale	100,00	
	Gestione economico finanziaria	100,00	
	Acquisizione beni ed economato	100,00	
	Acquisizione servizi	98,00	
	Gestione risorse umane	100,00	
	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	98,00	
	Affari giuridico-legali e contenzioso	100,00	
	Affari generali	100,00	
	Sistemi informatici e I.C.T.	100,00	
	Manutenzione ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici	100,00	
	Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie	95,00	
	Controllo interno e di gestione	100,00	
	Rapporti con organi e organismi aziendali	100,00	
	Protezione dati personali, prevenzione della corruzione e trasparenza	100,00	
	Direzione Sanitaria Staff	Sorveglianza sanitaria	
Tutela della salute negli istituti penitenziari		100,00	
Prevenzione e protezione		100,00	
Coordinamento delle attività socio-sanitarie		100,00	
Formazione e rapporti con università		100,00	
Gestione del rischio clinico e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali		100,00	
Coordinamento assistenza migranti		100,00	
Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia		100,00	
Programmi di screening		100,00	
Programmazione e Pianificazione Aziendale		100,00	
CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esti	100,00		
Distretti Sanitari di Base	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	77,50	83,55
	Distretto Sanitario di Base 25	82,50	
	Distretto Sanitario di Base 26	85,00	
	Distretto Sanitario di Base 27	82,00	
	Distretto Sanitario di Base 28	89,00	
	Distretto Sanitario di Base 29	81,50	
	Distretto Sanitario di Base 30	85,00	
	Distretto Sanitario di Base 31	85,00	
	Distretto Sanitario di Base 32	85,00	
	Distretto Sanitario di Base 33	83,00	
Presidi Ospedalieri	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	81,00	80,00
	P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	78,00	
	P.O. San Paolo	72,00	
	S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri	81,00	
	P.O. Ospedale del Mare	88,00	
Strutture Varie	Farmaceutica convenzionata e territoriale	100,00	99,25
	Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali	100,00	
	Programmazione attività assistenza primaria	100,00	
	Assistenza anziani e cure domiciliari	100,00	
	Psicologia clinica	100,00	
	Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali	100,00	
	Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali	100,00	
	Medicina pubblica valutativa	100,00	
	Cure palliative domiciliari	100,00	
	Tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente	100,00	
	Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate	100,00	
	COT - 118 Attività territoriali	100,00	
	Patologia clinica territoriale	100,00	
	Patologia clinica Ascalesi	100,00	
	Laboratorio di genetica medica	95,00	
	Riabilitazione cardiologica territoriale	90,00	
	Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione	100,00	
	Riabilitazione	100,00	
Perinatologia e diagnostica ecografica prenatale	100,00		
Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica	100,00		
Attività di rilevanza aziendale	Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)	100,00	100,00

Dall'analisi dei dati sopra riportati, si rileva, tra l'altro, che lo scostamento maggiore rispetto al punteggio massimo si osserva nell'area ospedaliera dove si registra un punteggio medio pari a 80,00, seguita poi dall'area distrettuale dove si registra un punteggio medio pari a 83,55.

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

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

Ai fini della correlazione tra obiettivi strategici ed obiettivi operativi, si fornisce di seguito, per ciascuna area strategica, una rendicontazione dei risultati raggiunti nel 2023, con la relativa fonte dati, rispetto ai singoli obiettivi operativi assegnati alle strutture aziendali (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2023, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede 2 di valutazione della performance organizzativa). Per il dettaglio si rimanda alle schede conservate agli atti.

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 1: Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)			
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Adesione Convenzione Consip Sanità Digitale: realizzazione del sistema per la gestione dell'imaging non radiologico per Endoscopia	Sistemi informatici e I.C.T.	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Adesione Convenzione Consip Sanità Digitale: realizzazione del sistema per la gestione digitalizzata dell'Anatomia Patologica	Sistemi informatici e I.C.T.	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Affiancamento per lo sviluppo ed implementazione dell'applicativo informatico di gestione del ciclo di performance	Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Relazione sulle attività svolte ed i risultati conseguiti con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Analisi dei costi per macrocentro, estratti dal Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)	Controllo interno e di gestione	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Attività di controllo amministrativo atti aziendali	Rapporti con organi e organismi aziendali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Attività di svincolo presso il tesoriere	Gestione economico finanziaria	Relazione del Dirett./ Resp. della U.O.	Riduzione di almeno il 30% dei vincoli in giacenza al 31/12/2022	≥ 30,00% = 100% ≥ 10,00% e < 30,00% = 50% <10,00% = 0%	50,00 %	100	66,67%			
		Attività recupero crediti per doppi incassi	Gestione economico finanziaria	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Azzeramento dei crediti da recuperare in via amministrativa entro il 31/12/2023	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Circularizzazione debiti verso clienti	Gestione economico finanziaria	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Circularizzazione di almeno il 60% dei clienti campionati	≥60,00% = 100% ≥ 50,00% e < 60,00% = 50% <50,00% = 0%	60,00 %	100	0,00%			
		Circularizzazione debiti verso fornitori	Gestione economico finanziaria	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Circularizzazione di almeno il 60% del campione individuato	≥ 60,00% = 100% ≥ 50,00% e < 60,00% = 50% <50,00% = 0%	80,00 %	100	33,33%			
		Conclusione procedure acquisitive sia sopra soglia che sotto soglia	Acquisizione beni ed economato	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Numero di procedure acquisitive concluse/Numero di procedure acquisitive istruite x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 60,00% e < 90,00% = 60% <60,00% = 0%	99,60 %	100	10,67%			
		Coordinamento segreteria Direzione Strategica	Rapporti con organi e organismi aziendali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			
		Corretta gestione magazzino economale e cassa economale in conformità ai regolamenti aziendali	Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra	Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Incurabili	Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri	Direzione Amministrativa P.O. San Paolo	Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
									ON	100	0,00%	
									ON	100	0,00%	
									ON	100	0,00%	
									ON	100	0,00%	
Cura dei collegamenti con i servizi aziendali per il monitoraggio delle informazioni interne	Stampa e comunicazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%					
Cura dei rapporti e dei collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni fornite nelle materie di interesse dell'amministrazione	Stampa e comunicazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%					

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)	
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Digitalizzazione amministrativa. Monitoraggio, criticità ed effetti sulle attività amministrative del protocollo unico informatizzato	Affari generali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Dismissione e rinegoziazione fitti passivi	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informatico GEDOC	Elaborazione report, comprensivo - ove opportuno - delle attività di rinegoziazione dei contratti di locazione passivi svolte nell'anno di riferimento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Effettuazione gare programmate	Acquisizione servizi	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero di gare effettuate/Numero di gare programmate x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 60,00% e < 90,00% = 60% <60,00% = 0%	100,00 %	100	11,11%	
		Efficientamento attività di competenza della Logistica e dell'Autoparco Aziendale	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informatico GEDOC	Elaborazione report ad evidenza e monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei processi attivati nell'anno di riferimento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Gestione dei costi di manutenzione	Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Gestione dei software classificati come Dispositivi Medici utilizzati nel contesto aziendale	Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Implementazione procedura	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Implementazione del Piano Triennale 2023-2025 per interventi di manutenzione straordinaria a farsi con utilizzo di Risorse Statali/Regionali o di Risorse Proprie	Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Implementazione ed aggiornamento LegalApp	Affari giuridico-legali e contenzioso	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione U.O.C. Gestione Economico Finanziaria	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
		Istruttoria di tutte le richieste/schede SMV pervenute all'Organismo Indipendente di Valutazione/STP	Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)	Verbalì OIV	N. istruttorie effettuate/N. richieste - schede SMV pervenute x 100	≥ 100,00% = 100% <100,00% = 0%	100,00 %	100	0,00%	
		Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente	Farmaceutica convenzionata e territoriale	S.I.A.C. Sistema Amministrativo Contabile	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% <80,00% = 0%	100,00 %	100	11,11%
				Assistenza anziani e cure domiciliari				95,00 %	100	5,55%
				COT - 118 Attività territoriali				94,00 %	100	4,44%
				Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione				100,00 %	100	11,11%
				Formazione e rapporti con università				98,00 %	100	8,89%
				Acquisizione beni ed economato				95,10 %	100	5,67%
				Acquisizione servizi				100,00 %	100	11,11%
				Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati				80,00 %	80	-11,11%
				Sistemi informatici e I.C.T.				83,00 %	80	-7,78%
				Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici				96,76 %	100	7,59%
				Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie				90,00 %	100	0,00%
				Dipartimento di Prevenzione				77,00 %	0	-14,44%
								90,00 %	100	0,00%

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Dipartimento di Salute Mentale	S.I.A.C. Sistema Amministrativo Contabile	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% <80,00% = 0%	97,00 %	100	7,78%
			Dipartimento Dipendenze				94,00 %	100	4,44%
			Distretto Sanitario di Base 24 e 73				96,00 %	100	6,67%
			Distretto Sanitario di Base 25				91,00 %	100	1,11%
			Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate				100,00 %	100	11,11%
			Distretto Sanitario di Base 26				92,00 %	100	2,22%
			Distretto Sanitario di Base 27				87,00 %	80	-3,33%
			Distretto Sanitario di Base 28				87,00 %	80	-3,33%
			Distretto Sanitario di Base 29				82,00 %	80	-8,89%
			Distretto Sanitario di Base 30				95,00 %	100	5,56%
			Distretto Sanitario di Base 31				93,00 %	100	3,33%
			Distretto Sanitario di Base 32				95,00 %	100	5,56%
			Distretto Sanitario di Base 33				94,00 %	100	4,44%
			Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra				89,00 %	80	-1,11%
			Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Incurabili				89,00 %	80	-1,11%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri				99,90 %	100	11,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Paolo				85,00 %	80	-5,56%
			Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare				99,30 %	100	10,33%
			P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra				92,00 %	100	2,22%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				90,00 %	100	0,00%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri				91,00 %	100	1,11%
			P.O. Ospedale del Mare				97,90 %	100	8,78%
			Prevenzione e protezione				100,00 %	100	11,11%
			P.O. San Paolo				86,00 %	80	-4,44%



Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Mantenimento del numero di contenziosi, rispetto all'anno 2022, difesi da Legali Interni	Affari giuridico-legali e contenzioso	Applicativo So.RE.SA Legal App	Numero di contenziosi difesi da Legali Interni effettuati nel corso dell'anno di riferimento	$\geq 100,00 = 100\%$ $\geq 80,00$ e $< 100,00 = 60\%$ $< 80,00 = 0\%$	100,00 %	100	0,00%
		Manutenzione del patrimonio edilizio – accordo quadro: controllo sulle attività manutentive richieste dalle strutture sanitarie	Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio dell'attuazione del Regolamento borse di studio di cui alla delibera n° 1712 del 07/10/2022	Affari generali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio dell'informazione riguardante l'A.S.L. in modo diretto e indiretto attraverso diverse forme e modalità: rassegna stampa cartacea, radiofonica, televisiva e via web e analisi dei lanci delle agenzie di stampa	Stampa e comunicazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio di primo livello avvio del Ciclo della Performance	Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)	Protocollo Informatico GEDOC	Report trasmesso all'OIV sul monitoraggio effettuato	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Nuovo Sistema Informatico Aziendale: diffusione e utilizzo del sistema di cartella clinica elettronica Wirgilio in tutti i reparti del Presidi Ospedalieri della A.S.L. Napoli 1 Centro	Sistemi informatici e I.C.T.	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Ottimizzazione del processo di gestione delle richieste di acquisto di nuove apparecchiature biomedicali	Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Implementazione di un portale dedicato alla gestione telematica delle richieste di acquisto	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Predisposizione atti di gara di progetti da porre a base d'asta per la realizzazione di lavori al patrimonio immobiliare Aziendale	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero di progetti per i quali sono stati predisposti gli atti di gara con la relativa modulistica	$\geq 3,00 = 100\%$ $< 3,00 = 0\%$	51,00	100	1600,00%
		Predisposizione ed attuazione procedure per i controlli dei servizi non sanitari externalizzati attraverso il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (S.I.A.C.)	Acquisizione servizi	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Predisposizione Programma triennale dei lavori e relativo elenco annuale di cui all'art. 21 del D.Lgs.50/2016 e ss.mm.ii.	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informatico GEDOC	Predisposizione documentazione mediante ricognizione delle esigenze aziendali circa gli interventi di edilizia da inserire nella Programmazione	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Procedura di controllo servizi manutentivi externalizzati	Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili e impianti tecnici	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Processo di contabilità settoriale del magazzino economale, attraverso la implementazione del carico e scarico dei beni economici acquisiti e distribuiti alle strutture aziendali richiedenti, con l'utilizzo della piattaforma di gestione aziendale di magazzino SIAC di SAP	Acquisizione beni ed economato	S.I.A.C. Sistema Amministrativo Contabile	Percentuale del carico e scarico dei beni economici acquisiti entro 20 giorni lavorativi dalla acquisizione e/o dalla distribuzione alle strutture aziendali richiedenti	$\geq 90,00\% = 100\%$ $\geq 60,00\%$ e $< 90,00\% = 60\%$ $< 60,00\% = 0\%$	92,40 %	100	2,67%
		Processo di creazione Contratti SAP rispetto alla stipula del sinallagma di fornitura a seguito dei controlli post aggiudicazione	Acquisizione beni ed economato	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Percentuale di Contratti SAP creati entro 7 giorni lavorativi dalla stipula del sinallagma	$\geq 90,00\% = 100\%$ $\geq 60,00\%$ e $< 90,00\% = 60\%$ $< 60,00\% = 0\%$	100,00 %	100	11,11%
		Programmazione biennale acquisti apparecchiature elettromedicali	Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
Proposta di approvazione di progetti definitivi ed esecutivi inclusi nella programmazione	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero di progetti per i quali sono state attuate le necessarie procedure tecnico-amministrative finalizzate alla verifica, alla validazione ed all'approvazione degli stessi	$\geq 3,00 = 100\%$ $< 3,00 = 0\%$	40,00	100	1233,33%		



## Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
<b>AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA</b>	Sviluppo dei processi dell'area tecnica e amministrativa	Regolarizzazione contrattuale degli immobili di proprietà aziendale	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero utenti contrattualizzati/Numero utenti convocati x 100	≥ 75,00% = 100% ≥ 50,00% e < 75,00% = 50% < 50,00% = 0%	88,00 %	100	17,33%
		Regolarizzazione delle posizioni contabili degli occupanti/conducenti delle singole unità immobiliari di proprietà aziendale	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero procedure amministrativo-contabili attivate	≥ 10,00 = 100% ≥ 5,00 e < 10,00 = 50% < 5,00 = 0%	10,00	100	0,00%
		Riduzione contenzioso per responsabilità medica	Affari giuridico-legali e contenzioso	Applicativo So.RE.SA Legal App	Numero transazioni effettuate	≥ 3,00 = 100% ≥ 2,00 e < 3,00 = 60% < 2,00 = 0%	6,00	100	100,00%
		Verifica conformità delle proposte di contratto per la conduzione degli studi alle indicazioni AIFA	Affari generali	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Verifica consistenza e stato d'uso del patrimonio disponibile, indisponibile e dei terreni finalizzata alla locazione e/o alla vendita	Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati	Protocollo Informativo GEDOC	Elaborazione report su rilievi, valutazioni e perizie effettuati mediante sopralluoghi di natura tecnica nell'anno di riferimento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%



Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	<b>PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA</b> Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi -aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 -elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi -trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza – tempistica riscontro accessi civici generalizzati) -ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)	Sistemi Informativi e I.C.T.	Protocollo Informativo GEDOC	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2023, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Manutenzione Ordinaria e straordinaria Immobili e Impianti tecnici				ON	100	0,00%
			Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie				ON	100	0,00%
			Controllo interno e di gestione				ON	100	0,00%
			Farmaceutica convenzionata e territoriale				ON	100	0,00%
			Patologia clinica territoriale				ON	100	0,00%
			Dipartimento di Prevenzione				ON	100	0,00%
			Dipartimento di Salute Mentale				ON	100	0,00%
			Dipartimento Dipendenze				ON	100	0,00%
			Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 24 e 73				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 25				ON	100	0,00%
			Rapporti con organi e organismi aziendali				ON	100	0,00%
			Programmazione attività assistenza primaria				ON	100	0,00%
			Psicologia clinica				ON	100	0,00%
			Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali				ON	100	0,00%
			Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate				ON	100	0,00%
			Laboratorio di Genetica Medica				OFF	0	-100,00%
			Riabilitazione				ON	100	0,00%
			CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 26				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 27				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 28				ON	100	0,00%
Distretto Sanitario di Base 29	ON	100	0,00%						

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	<b>PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA</b> Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi -aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022 -elaborazione, aggiornamento e implementazione di conseguenti misure di prevenzione della corruzione con la verifica dell'attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi -trasparenza (obbligo pubblicazione dati di competenza – tempistica riscontro accessi civici generalizzati) -ogni altro adempimento previsto nella sezione rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)	Distretto Sanitario di Base 30	Protocollo Informatico GEDOC	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2023, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 31				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 32				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 33				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Incurabili				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Paolo				OFF	0	-100,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare				ON	100	0,00%
			P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra				ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				ON	100	0,00%
			Coordinamento delle attività socio-sanitarie				ON	100	0,00%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri				ON	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare				ON	100	0,00%
			Sorveglianza sanitaria				ON	100	0,00%
			Tutela della salute negli istituti penitenziari				ON	100	0,00%
			Prevenzione e protezione				ON	100	0,00%
			P.O. San Paolo				ON	100	0,00%
			Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali				ON	100	0,00%
			Assistenza anziani e cure domiciliari				ON	100	0,00%
COT - 118 Attività territoriali	ON	100	0,00%						
Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica	ON	100	0,00%						
Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)	ON	100	0,00%						

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
<b>AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA</b>	Attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	<b>Controlli e verifiche sulle strutture aziendali in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza</b>	Protezione dati personali, prevenzione della corruzione e trasparenza	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	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	<b>100</b>	0,00%

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 3: Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	Adeguamento dei processi informativi aziendali alle normative in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza	Sistemi Informativi e I.C.T.	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione al Responsabile Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2023, per i processi interessati circa l'aggiornamento e la valutazione dei rischi ed il rispetto delle normative in materia di data protection e di prevenzione della corruzione e trasparenza	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		DATA PROTECTION -Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali -mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	Coordinamento assistenza migranti	Protocollo Informativo GEDOC	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2023, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Ospedale del Mare				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Pellegrini/Incurabili				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Giovanni Bosco/P.S.I. Barra				ON	100	0,00%
			Direzione Amministrativa P.O. San Paolo				OFF	0	-100,00%
			Direzione Amministrativa P.O. Santa Maria di Loreto nuovo/Capilupi Capri				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 24 e 73				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 25				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 26				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 27				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 28				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 29				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 30				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 31				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 32				ON	100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 33				ON	100	0,00%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri				ON	100	0,00%
			Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera				ON	100	0,00%
			Dipartimento di Prevenzione				ON	100	0,00%
	Dipartimento di Salute Mentale				ON	100	0,00%		

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	DATA PROTECTION -Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali -mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	Dipartimento Dipendenze	Protocollo Informatico GEDOC	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2023, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Direzione Dipartimento Integrato di Medicina di Laboratorio			ON	100	0,00%	
			Gestione patrimonio immobiliare e beni mobili registrati			ON	100	0,00%	
			P.O. Ospedale del Mare			ON	100	0,00%	
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili			ON	100	0,00%	
			P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra			ON	100	0,00%	
			P.O. San Paolo			ON	100	0,00%	
			Perinatologia e diagnostica ecografica prenatale			ON	100	0,00%	
			Riabilitazione cardiologica territoriale			OFF	0	-100,00%	
			Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.)			ON	100	0,00%	
			Acquisizione beni ed economato			ON	100	0,00%	
			Acquisizione servizi			ON	100	0,00%	
			Affari generali			ON	100	0,00%	
			Affari giuridico-legali e contenzioso			ON	100	0,00%	
			Assistenza anziani e cure domiciliari			ON	100	0,00%	
			Controllo Interno e di gestione			ON	100	0,00%	
			Coordinamento delle attività socio-sanitarie			ON	100	0,00%	
			COT - 118 Attività territoriali			ON	100	0,00%	
			CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti			ON	100	0,00%	
			Farmaceutica convenzionata e territoriale			ON	100	0,00%	
			Formazione e rapporti con università			ON	100	0,00%	
			Gestione economico finanziaria			ON	100	0,00%	
			Gestione risorse umane			ON	100	0,00%	

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	<b>DATA PROTECTION</b> -Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali -mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei dati personali	Sistemi Informatici e I.C.T.	Protocollo Informatico GEDOC	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2023, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Ingegneria clinica pianificazione e manutenzione biotecnologie				ON	100	0,00%
			Manutenzione Ordinaria e straordinaria immobili impianti tecnici				ON	100	0,00%
			Medicina pubblica valutativa				ON	100	0,00%
			Monitoraggio e controllo attività di riabilitazione				ON	100	0,00%
			Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate				ON	100	0,00%
			Patologia clinica territoriale				ON	100	0,00%
			Prevenzione e protezione				ON	100	0,00%
			Programmazione attività assistenza primaria				ON	100	0,00%
			Programmazione e Pianificazione Aziendale				ON	100	0,00%
			Psicologia clinica				ON	100	0,00%
			Riabilitazione				ON	100	0,00%
			Sorveglianza sanitaria				ON	100	0,00%
			Tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente				ON	100	0,00%
			Tutela della salute negli istituti penitenziari				ON	100	0,00%
			Gestione del rischio clinico e Percorsi Diagnostici Terapeutici				ON	100	0,00%
			Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia				ON	100	0,00%
			Programmi di screening				ON	100	0,00%
			Rapporti con organi e organismi aziendali				ON	100	0,00%
			Stampa e comunicazione Aziendale				ON	100	0,00%
Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali				ON	100	0,00%			
Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali				ON	100	0,00%			
Cure palliative domiciliari				ON	100	0,00%			



Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Attuazione delle misure di Protezione dei Dati Personali	<b>DATA PROTECTION</b> -Aggiornamento e verifica dei propri atti, processi e procedure al Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, al D.lvo 101/2018, ai dettati del Garante, alle linee guida, circolari, disposizioni e raccomandazioni aziendali -mettere in atto - su tutti i propri processi - misure tecniche e organizzative adeguate a garantire ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento EU 679/2016 (GDPR) - Policy di sicurezza dei	Laboratorio di Genetica Medica	Protocollo Informatico GEDOC	Trasmissione al Responsabile della Protezione Dati (RPD), entro il 30 novembre 2023, della check list di controllo compilata (fornita dal RPD)	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Patologia clinica Ascalesi				ON	100	0,00%
			Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica				ON	100	0,00%
			Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali				ON	100	0,00%
		Promozione dell'etica, della legalità e della riservatezza in Azienda. Adeguamento della policy aziendale al GDPR mediante definizione di regole, modelli organizzativi e procedure, e relativa emanazione di circolari, linee guida, note esplicative, pareri. Supporto all'Alta Direzione mediante attività di assistenza, consulenza ed interfaccia con interlocutori esterni anche istituzionali	Protezione Dati Personali, prevenzione della corruzione e trasparenza	Relazione del Direttore/Responsabile e della U.O.	N. di strutture valutate nel 2023 relativamente al sistema di gestione della protezione dei dati personali/N. strutture Aziendali x 100	$\geq 70,00\% = 100\%$ $\geq 20,00\% \text{ e } < 70,00\% = 60\%$ $< 20,00\% = 0\%$	100,00	100	42,86%

Obiettivo Strategico 4: Ottimizzazione della gestione delle risorse umane

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	Ottimizzazione della gestione delle risorse umane	Due diligence del personale dipendente (aspetti giuridici, previdenziali ed economici)	Gestione risorse umane	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Proposta piano assunzionale 2022-2024 e sua attuazione (Procedure concorsuali) ivi incluse le procedure attuative per il conferimento degli incarichi di Struttura da atto aziendale	Gestione risorse umane	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Numero procedure attivate rispetto a quelle previste dal piano e dall'attuazione dell'atto aziendale	≥ 80,00% = 100% ≥ 50,00% e < 80,00% = 50% <50,00% = 0%	100,00 %	100	25,00%
		Gestione contenzioso amministrativo e procedure disciplinari	Gestione risorse umane	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Amministrativa Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

## Relazione Performance anno 2023

### Obiettivo Strategico 5: Monitoraggio e supporto attività direzionale

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Analisi e valutazione dei giudizi di idoneità dei lavoratori dell'A.S.L. Napoli 1 Centro	Sorveglianza sanitaria	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di giudizi espressi/N. visite periodiche programmate x 100	≥ 100,00% = 100% ≥ 90,00% e < 100,00% = 80% < 90,00% = 0%	100,00 %	100	0,00%
		Analisi, monitoraggio e valutazione altri flussi informativi, inclusi indicatori NSG	CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Analisi, monitoraggio e valutazione dei flussi informativi ministeriali - Decreto Ministeriale n. 5 dicembre 2006 (STS/FLS/RIA 11/HSP)	CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Applicazione del protocollo Ministeriale degli eventi sentinella	Gestione del rischio clinico e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di Audit effettuati/N. totale eventi sentinella occorsi e/o segnalati x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 60% < 80,00% = 0%	100 %	100	11,11%
		Attivazione procedura di compensazione interregionale prestazioni di sanità penitenziaria	Tutela della salute negli istituti penitenziari	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Azione di controllo dell'attività libero professionale intramuraria aziendale	Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di controlli effettuati/N. di richieste di convenzioni in regime di attività Libero Professionale pervenute x 100	≥ 100,00% = 100% < 100,00% = 0%	100,00 %	100	0,00%
		Collaborazione alla redazione di DUVRI delle macrostrutture aziendali	Prevenzione e protezione	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N° di DUVRI redatti	≥ 10,00 = 100% ≥ 7,00 e < 10,00 = 70% ≥ 4,00 e < 7,00 = 50% < 4,00 = 0%	10,00	100	0,00%
		Completezza nella rendicontazione delle prestazioni sanitarie rese a STP finalizzata al recupero dei fondi anticipati dall'Azienda	Coordinamento assistenza migranti	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	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	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 60% < 80,00% = 0%	100,00 %	100	11,11%
		Controllo e monitoraggio dei tempi di attesa delle attività libero professionali intramurarie	CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Pubblicazioni dei dati sul PAT nella sezione "Servizi Erogati"	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controllo e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri aziendali	CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controllo e monitoraggio prestazioni Attività Libero Professionale Intramurarie, incluso controllo volumi attività	Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controllo e monitoraggio volumi di attività libero professionale intramuraria vs. volumi attività istituzionale	CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti	Protocollo Informativo GEDOC	Adempimento trasmissione flusso regionale annuale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Creazione ed aggiornamento di banca dati: -del personale aziendale formato obbligatoriamente ai sensi del D.lgs 81/08 e s.m.i., Legge 190/2012, D.lgs. 33/2013 e GDPR 2016/679; -dei tirocinanti in tutte le strutture aziendali; -dei borsisti dei corsi di formazione specialistica in medicina generale; -degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.	Formazione e rapporti con università	Protocollo Informativo GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Effettuazione di sopralluoghi negli ambienti di lavoro anche nell'ambito del processo di aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi delle macrostrutture aziendali	Prevenzione e protezione	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N° totale di sopralluoghi effettuati	≥ 100,00 = 100% ≥ 70,00 e < 100,00 = 70% ≥ 50,00 e < 70,00 = 50% < 50,00 = 0%	293,00	100	193,00%
		Garanzia linee diagnostiche specialistiche di laboratorio	Patologia clinica Ascalesi	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N° linee diagnostiche garantite	≥ 70,00 = 100% ≥ 60,00 e < 70,00 = 80% ≥ 50,00 e < 60,00 = 60% < 50,00 = 0%	100,00	100	42,86%

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target 2023	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA DIREZIONE AZIENDALE	Monitoraggio e supporto attività direzionale	Implementazione nuova piattaforma gestionale Sinfonia-Screening Oncologici	Programmi di screening	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Mantenimento del numero delle prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nell'anno 2022	Patologia clinica territoriale	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. prestazioni di medicina di laboratorio effettuate nel corso dell'anno di riferimento	≥ 95,00 = 100% ≥ 80,00 e < 95,00 = 80% ≥ 70,00 e < 80,00 = 60% < 70,00 = 0%	122,00	100	28,42%
		Mantenimento delle prestazioni di genetica medica effettuate nell'anno 2022	Laboratorio di Genetica Medica	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di prestazioni di genetica medica erogate nel corso dell'anno di riferimento	≥ 100,00 = 100% ≥ 90,00 e < 100,00 = 80% ≥ 80,00 e < 90,00 = 60%	114,00	100	14,00%
		Monitoraggio mensile flusso informativo relativo all'adesione della popolazione agli screening di prevenzione oncologica ai fini della rilevazione LEA (cervice uterina, mammella, colon-retto)	Programmi di screening	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione mensile, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale ed alla U.O.C CUP e flussi informativi e analisi e monitoraggio L.E.A. e Piano Nazionale Esiti, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Organizzazione Corsi di Formazione sulla violenza di genere per i neoassunti	Formazione e rapporti con università	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Ottimizzazione dei percorsi istituzionali di offerta/accesso alle prestazioni dei cittadini immigrati	Coordinamento assistenza migranti	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di informative elaborate e trasmesse alle articolazioni aziendali	≥ 5,00 = 100% ≥ 3,00 e < 5,00 = 80% < 3,00 = 0%	5,00	100	0,00%
		Potenziamento attività di sorveglianza sanitaria lavoratori A.S.L. Napoli 1 Centro per visite mediche preventive e preassuntive	Sorveglianza sanitaria	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di visite mediche preventive e preassuntive extra di sorveglianza sanitaria effettuate nel corso dell'anno di riferimento	≥ 500,00 = 100% ≥ 400,00 e < 500,00 = 80% ≥ 200,00 e < 400,00 = 50% < 200,00 = 0%	1180,00	100	136,00%
		Predisposizione regolamento di accompagnamento, formazione, monitoraggio e valutazione dei percorsi socio-sanitari nell'ambito delle PUA	Coordinamento delle attività socio-sanitarie	Protocollo Informatico GEDOC	Redazione proposta di regolamento e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Promozione della salute della sicurezza e del benessere lavorativo. Lotta alle dipendenze	Sorveglianza sanitaria	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Predisposizione del Piano Benessere Lavorativo	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Proseguimento miglioramento accesso pazienti in regime ambulatoriale	Laboratorio di Genetica Medica	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. schede informative consegnate ai pazienti/N. di pazienti trattati x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% < 80,00% = 0%	100,00 %	100	11,11%
		Revisione percorso procedurale per le dimissioni socio-sanitarie protette per Persone Senza Dimora e persone in condizione di Fragilità socio-sanitarie	Coordinamento delle attività socio-sanitarie	Protocollo Informatico GEDOC	Redazione proposta di revisione con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Riduzione tempi di attesa erogazione visite specialistiche per le branche a visita presenti negli istituti penitenziari	Tutela della salute negli istituti penitenziari	Protocollo Informatico GEDOC	Predisposizione di un percorso migliorativo con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Stato di implementazione Atto Aziendale A.S.L. Napoli 1 Centro	Programmazione e Pianificazione Aziendale	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale, trasmessa alla Direzione Strategica, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
Stesura/Revisione di PDTA-Procedure aziendali	Gestione del rischio clinico e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali	Protocollo Informatico GEDOC	N. PDTA-Procedure aziendali trasmessi alla Direzione Sanitaria Aziendale	≥ 5,00 = 100% < 5,00 = 0%	5,00	100	0,00%		

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 6: Potenziamento e riqualificazione delle attività di elezione e d'urgenza /emergenza ospedaliera

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività di elezione e d'urgenza /emergenza ospedaliera	Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, prestazioni ambulatoriali)	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	N. prestazioni trasmesse al Fascicolo Sanitario Elettronico / N. totale prestazioni erogate x 100	≥ 95,00% = 100% <95,00% = 0%	99,00 %	100	4,21%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				96,00 %	100	1,05%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri				93,00 %	0	-2,11%
			P.O. Ospedale del Mare				98 %	100	3,16%
			P.O. San Paolo				97,00 %	100	2,13%
			Definizione ed implementazione profili diagnostici ospedalieri				Direzione Dipartimento Integrato di Medicina di Laboratorio	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento
		Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Incremento nell'anno di riferimento di almeno il 50% rispetto al dato dell'anno 2022	≥ 50,00% = 100% ≥ 20,00% e < 50,00 = 60% <20,00% = 0%	50,00 %	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				50,00 %	100	0,00%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri				50,00 %	100	0,00%
			P.O. Ospedale del Mare				60,00 %	100	20,00%
			P.O. San Paolo				55,00 %	100	10,00%
			Implementazione di almeno n° 6 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva farmacologica				P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Effettuazione n° 6 audit relativi all'appropriatezza prescrittiva farmacologica
		P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili		ON	100	0,00%			
		S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri		ON	100	0,00%			
		P.O. Ospedale del Mare		ON	100	0,00%			
		P.O. San Paolo		ON	100	0,00%			
		Miglioramento appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri. Attivazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)		P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Numero di nuovi Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) di tipo chirurgico attivati	≥ 4,00 = 100% ≥ 1,00 e < 4,00 = 60% <1,00 = 0%		
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	2,00				60	-50,00%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri	2,00				60	-50,00%
			P.O. Ospedale del Mare	5,00				100	25,00%
			P.O. San Paolo	0,00				0	-100,00%
			Monitoraggio attività assistenziali ospedaliere aziendali	Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera				Protocollo Informatico GEDOC	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività di elezione e d'urgenza / emergenza ospedaliera	Monitoraggio dell'implementazione delle procedure relative alle infezioni correlate all'assistenza	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Compilazione di almeno n. 10 schede di monitoraggio al mese	≥ 120,00 = 100% ≥ 110,00 e < 120,00 = 80% ≥ 100,00 e < 110,00 = 60% <100,00 = 0%	120,00	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili			145,00	100	20,83%	
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri			120,00	100	0,00%	
			P.O. Ospedale del Mare			120,00	100	0,00%	
			P.O. San Paolo			120,00	100	0,00%	
		Monitoraggio ed analisi trimestrale dei ricoveri con durata della degenza oltre soglia	Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio ed analisi trimestrale dei tagli cesarei primari	Monitoraggio e controllo attività ospedaliere pubbliche e private accreditate	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Monitoraggio stato di implementazione della cartella clinica infermieristica informatizzata	Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Ospedaliera	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) / numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore x 100	≥ 60,00% = 100% <60,00% = 0%	0 (Obiettivo sterilizzato) Prot. 210592/2024	100	-
						P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	73,50 %	100	22,50%
						P.O. Ospedale del Mare	73,30 %	100	22,17%
						P.O. San Paolo	24,70 %	0	-58,83%
		Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Ospedaliera	Numero di parti cesarei primari / numero parti con nessun pregresso cesareo x 100	≤ 20,00% = 100% >20,00% = 0%	34,90 %	0	-74,50%
						P.O. Ospedale del Mare	17,50 %	100	12,50%
						P.O. San Paolo	44,70 %	0	-123,50%
		Programmazione, controllo e monitoraggio prestazioni aggiuntive (c.d. autoconvenzionamento)	Direzione Dipartimento Attività Ospedaliera	Protocollo Informatico GEDOC	Proposta di revisione regolamentazione aziendale. Relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Ospedaliera	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica x 100	≥ 70,00% = 100% <70,00% = 0%	50,00 %	0	-28,57%
						P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	51,40 %	0	-26,57%
						P.O. Ospedale del Mare	43,80 %	0	-37,43%
						P.O. San Paolo	91,80 %	100	31,14%
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	P.O. Ospedale del Mare	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	≥ 70,00 = 100% <70,00 = 0%	151,00 %	100	115,71%		

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività di elezione e d'urgenza /emergenza ospedaliere	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Ospedaliera	Numero dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato" / numero dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"	≤ 0,20 = 100% >0,20 = 0%	0,20	100	16,67%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili			0,30	0	-25,00%	
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri			0,30	0	-25,00%	
			P.O. Ospedale del Mare			0,20	100	16,67%	
			P.O. San Paolo			0,30	0	-25,00%	
		Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione: giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/Numero di dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	≤ 1,40 = 100% > 1,40 e ≤ 2,50 = 80% > 2,50 e ≤ 4,00 = 60% >4,00% = 0%	3,70	60	-164,29%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili			4,20	0	-200,00%	
			P.O. Ospedale del Mare			2,70	60	-92,86%	
			P.O. San Paolo			2,10	80	-50,00%	
		Sviluppo azioni di contrasto alla violenza maschile contro le donne: riattivazione attività sportelli refertazione psicologica presso i presidi ospedalieri con pronto soccorso	Psicologia clinica	Protocollo Informativo	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	Software QUANI	N. dimissioni / popolazione residente x 1000	≤ 160,00 = 100% >160,00 = 0%	124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 25				124,94	100	21,91%
			Distretto Sanitario di Base 26				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 27				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 28				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 29				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 30				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 31				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 32				124,90	100	21,94%
			Distretto Sanitario di Base 33				124,94	100	21,91%
			P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra				124,90	100	21,94%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili				124,90	100	21,94%
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri				124,90	100	21,94%



Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)	
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA	Potenziamento e riqualificazione delle attività di elezione e d'urgenza /emergenza ospedaliere	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	P.O. Ospedale del Mare	Software QUANI	N. dimissioni / popolazione residente x 1000	≤ 160,00 = 100% >160,00 = 0%	124,90	100	21,94%	
			P.O. San Paolo				124,90	100	21,94%	
		Tempestività trasmissione SS.DD.OO. ricoveri ordinari	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N° SS.DD.OO. ricoveri ordinari trasmesse entro il 10 del mese successivo/n° Ricoveri ordinari x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% <80,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%	
							P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	90,00 %	100	0,00%
							S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri	90,00 %	100	0,00%
							P.O. Ospedale del Mare	99,00 %	100	10,00%
							P.O. San Paolo	80,00 %	80	-11,11%
							UU.OO. di degenza: implementazione di almeno n° 12 audit clinici per Unità Operativa	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Effettuazione n° 12 audit clinici per Unità Operativa
		P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	ON	100	0,00%					
		S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri	ON	100	0,00%					
		P.O. Ospedale del Mare	ON	100	0,00%					
		P.O. San Paolo	ON	100	0,00%					
		UU.OO. di supporto: implementazione di almeno n° 6 audit per Unità Operativa relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate	P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Effettuazione di n° 6 audit per Unità Operativa relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
							P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili	ON	100	0,00%
							S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri	ON	100	0,00%
							P.O. Ospedale del Mare	ON	100	0,00%
							P.O. San Paolo	ON	100	0,00%



Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 7: Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)		
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Aggiornamento e revisione dei protocolli operativi e linee guida 118	COT - 118 Attività territoriali	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di protocolli operativi e linee guida 118 aggiornati	≥ 2,00 = 100% <2,00 = 0%	20,00 %	100	900,00%		
		Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (prestazioni ambulatoriali)	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. prestazioni trasmesse al Fascicolo Sanitario Elettronico / N. totale prestazioni erogate x 100	≥ 95,00% = 100% <95,00% = 0%	100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 25				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 26				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 27				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 28				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 29				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 30				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 31				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 32				100,00 %	100	5,25%		
			Distretto Sanitario di Base 33				99,00 %	100	4,21%		
			Applicazione linee guida della Regione Campania sugli interventi di riordino territoriale in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) recepite dal Decreto Ministeriale n° 77 del 23 maggio 2022 (D.G.R.C. n° 682 del 13/12/2022)	Programmazione attività assistenza primaria	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%	
			Centralizzazione dei fascicoli del personale aziendale afferente alla specialistica ambulatoriale interna	Programmazione attività assistenza primaria	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero di fascicoli centralizzati/ Numero totale di fascicoli x 100	≥ 35,00% = 100% ≥ 30,00% e < 35,00% = 80% ≥ 20,00% e < 30,00% = 60% <20,00% = 0%	50,00 %	100	42,86%	
			Consulenza medico legale di parte su richiesta delle strutture aziendali per la valutazione di sinistri	Cure palliative domiciliari	prot. 88593 del 21/03/2024	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N° di consulenze effettuate/N° richieste di consulenze x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 60% <70,00% = 0%	97,20 %	100	8,00%
		Medicina pubblica valutativa						97,20 %	100	8,00%	
			Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione		numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (tre dosi) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	98,40 %	100	6,95%
		Distretto Sanitario di Base 25		98,54 %				100	7,11%		
		Distretto Sanitario di Base 26		92,93 %				100	1,01%		
		Distretto Sanitario di Base 27		97,80 %				100	6,30%		
		Distretto Sanitario di Base 28		95,50 %				100	3,80%		

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)			
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Distretto Sanitario di Base 29	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (tre dosi) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	97,40 %	100	5,87%			
			Distretto Sanitario di Base 30				95,80 %	100	4,13%			
			Distretto Sanitario di Base 31				92,20 %	100	0,22%			
			Distretto Sanitario di Base 32				94,50 %	100	2,72%			
			Distretto Sanitario di Base 33				92,28 %	100	0,30%			
			Distretto Sanitario di Base 24 e 73				CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00 = 100% <92,00 = 0%	98,60	100	7,17%
		Distretto Sanitario di Base 25	94,90	100	3,15%							
		Distretto Sanitario di Base 26	93,94	100	2,11%							
		Distretto Sanitario di Base 27	96,00	100	4,35%							
		Distretto Sanitario di Base 28	95,30	100	3,59%							
		Distretto Sanitario di Base 29	99,80	100	8,49%							
		Distretto Sanitario di Base 30	98,90	100	7,50%							
		Distretto Sanitario di Base 31	98,00	100	6,52%							
		Distretto Sanitario di Base 32	95,10	100	3,37%							
		Distretto Sanitario di Base 33	95,54	100	3,85%							
		Cure domiciliari Il livello – Verificare il tempo di attesa tra la richiesta UVI e la presa in carico	Assistenza anziani e cure domiciliari	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. giorni tra richiesta UVI e presa in carico	≤ 10,00 = 100% > 10,00 e ≤ 15,00 = 50% >15,00 = 0%				7,40	100	26,00%
		Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali cardiologici in ambito territoriale	Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%				ON	100	0,00%
		Implementazione delle attività di consulenza e/o di sostegno psicoterapeutico a favore di minori e loro nuclei familiari collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna	Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N° di minori/nuclei familiari coinvolti	≥ 135,00 = 100% ≥ 100,00 e < 135,00 = 80% <100,00 = 0%				294,00	100	117,78%
		Implementazione delle attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia e/o mediazione familiare a favore di coppie genitoriali/nuclei familiari multiproblematici altamente conflittuali con figli minori, anche in fase separativa/divorzile	Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N° di nuove coppie/famiglie prese in carico	≥ 35,00 = 100% ≥ 25,00 e < 35,00 = 80% <25,00 = 0%	39,00	100	11,43%			
		Implementazione e gestione personale convenzionato	Programmazione attività assistenza primaria	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%			

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)				
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale-territorio	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Distretto Sanitario di Base 29	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (tre dosi) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00% = 100% <92,00% = 0%	97,40 %	100	5,87%				
			Distretto Sanitario di Base 30				95,80 %	100	4,13%				
			Distretto Sanitario di Base 31				92,20 %	100	0,22%				
			Distretto Sanitario di Base 32				94,50 %	100	2,72%				
			Distretto Sanitario di Base 33				92,28 %	100	0,30%				
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita x 100	≥ 92,00 = 100% <92,00 = 0%	98,60	100	7,11%				
			Distretto Sanitario di Base 25				94,90	100	3,15%				
			Distretto Sanitario di Base 26				93,94	100	2,11%				
			Distretto Sanitario di Base 27				96,00	100	4,35%				
			Distretto Sanitario di Base 28				95,30	100	3,59%				
			Distretto Sanitario di Base 29				99,80	100	8,49%				
			Distretto Sanitario di Base 30				98,90	100	7,50%				
			Distretto Sanitario di Base 31				98,00	100	6,52%				
			Distretto Sanitario di Base 32				95,10	100	3,37%				
			Distretto Sanitario di Base 33				95,54	100	3,85%				
			Cure domiciliari Il livello – Verificare il tempo di attesa tra la richiesta UVI e la presa in carico				Assistenza anziani e cure domiciliari	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. giorni tra richiesta UVI e presa in carico	≤ 10,00 = 100% > 10,00 e ≤ 15,00 = 50% >15,00 = 0%	7,40	100	26,00%
			Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali cardiologici in ambito territoriale				Coordinamento delle attività cardiologiche territoriali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Implementazione delle attività di consulenza e/o di sostegno psicoterapeutico a favore di minori e loro nuclei familiari collocati o dimessi dall'IPM Nisida, CPA e di minori in area penale esterna	Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N° di minori/nuclei familiari coinvolti	≥ 135,00 = 100% ≥ 100,00 e < 135,00 = 80% <100,00 = 0%	294,00	100	117,78%				
		Implementazione delle attività di sostegno psicologico e/o psicoterapia e/o mediazione familiare a favore di coppie genitoriali/nuclei familiari multiproblematici altamente conflittuali con figli minori, anche in fase separativa/divorzile	Tutela della salute della donna del bambino e dell'adolescente	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N° di nuove coppie/famiglie prese in carico	≥ 35,00 = 100% ≥ 25,00 e < 35,00 = 80% <25,00 = 0%	39,00	100	11,43%				
		Implementazione e gestione personale convenzionato	Programmazione attività assistenza primaria	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%				

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale - territorio	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (R1, R2, R3)	Distretto Sanitario di Base 27	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) / popolazione residente di età >75 aa	≥ 24,60% = 100% <24,60% = 0%	1,64 %	*100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 28			*Punteggio rivalutato (verb OIV n°90 del 2024)	1,44 %	*100	0,00%
			Distretto Sanitario di Base 29			1,28 %	*100	0,00%	
			Distretto Sanitario di Base 30			1,35 %	*100	0,00%	
			Distretto Sanitario di Base 31			1,75 %	*100	0,00%	
			Distretto Sanitario di Base 32			1,01 %	*100	0,00%	
			Distretto Sanitario di Base 33			0,92 %	*100	0,00%	
			Omogeneizzazione ed ottimizzazione delle procedure correlate alle attività dermatologiche territoriali			Coordinamento delle attività dermatologiche territoriali	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Definizione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di procedura aziendale	ON = 100% OFF = 0%
		Omogeneizzazione ed ottimizzazione delle procedure correlate alle attività di riabilitazione cardiologica territoriale	Riabilitazione cardiologica territoriale	Protocollo Informatico GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Definizione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di procedura aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Organizzazione corsi di aggiornamento e formazione ECM	COT - 118 Attività territoriali	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. corsi di aggiornamento e formazione ECM organizzati	≥ 20,00 = 100% ≥ 10,00 e < 20,00 = 80% <10,00 = 0%	20,00	100	0,00%
		Percentuale di popolazione over 65 presa in carico dal servizio di cure domiciliari	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	Flusso SIAD	Totale pazienti di età >65 aa assistiti in cure domiciliari / popolazione residente di età >65 aa x 1000	≥4% = 100% ≥3% <4% = 60% <3% = 0%	2,33 %	*50	-41,75%
			Distretto Sanitario di Base 25				2,88 %	*50	-28,00%
			Distretto Sanitario di Base 26				4,99 %	100	24,75%
			Distretto Sanitario di Base 27				3,80 %	60	-5,00%
			Distretto Sanitario di Base 28				5,72 %	100	43,00%
			Distretto Sanitario di Base 29				2,59 %	*50	-35,25%
			Distretto Sanitario di Base 30				4,21 %	100	5,25%
			Distretto Sanitario di Base 31				4,58 %	100	14,50%
			Distretto Sanitario di Base 32				4,51 %	100	12,75%
			Distretto Sanitario di Base 33				3,48 %	60	-13,00%

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)	
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Somma delle prestazioni di classe B (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), erogate entro i tempi massimi previsti / totale prestazioni classe B x 100	≥ 60,00% = 100% <60,00% = 0%	26,00 %	0	-56,67%	
			Distretto Sanitario di Base 25			39,00 %	0	-35,00%		
			Distretto Sanitario di Base 26			37,12 %	0	-38,13%		
			Distretto Sanitario di Base 27			21,00 %	0	-65,00%		
			Distretto Sanitario di Base 28			9,30 %	0	-84,50%		
			Distretto Sanitario di Base 29			27,60 %	0	-54,00%		
			Distretto Sanitario di Base 30			36,00 %	0	-40,00%		
			Distretto Sanitario di Base 31			16,00 %	0	-73,33%		
			Distretto Sanitario di Base 32			30,00 %	0	-50,00%		
			Distretto Sanitario di Base 33			33,01 %	0	-44,98%		
			P.O. San Giovanni Bosco - Presidio Sanitario Intermedio di Barra			26,00 %	0	-56,67%		
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili			57,00 %	0	-5,00%		
			S.O. Santa Maria di Loreto - Capilupi di Capri			65,00 %	100	8,33%		
			P.O. Ospedale del Mare			45,00 %	0	-25,00%		
		P.O. San Paolo	16,00 %	0	-73,33%					
			Perseguimento e sviluppo della rete organizzativa della U.O.C. Psicologia Clinica	Psicologia clinica	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione trimestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Promozione della donazione del sangue da cordone ombelicale in tutte le strutture aziendali	Perinatologia e diagnostica ecografica prenatale	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma / residenti eleggibili (25-64) / 3 x 100	≥ 35,00% = 100% <35,00% = 0%	11,30 %	0	-67,71%
		Distretto Sanitario di Base 25		54,47 %			100	55,63%		
		Distretto Sanitario di Base 26		19,00 %			0	-45,71%		
		Distretto Sanitario di Base 27		20,80 %			0	-40,57%		

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedaliere – territorio	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Distretto Sanitario di Base 28	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma / residenti eleggibili (25-64) / 3 x 100	$\geq 35,00\% = 100\%$ $<35,00\% = 0\%$	19,50 %	0	-44,29%
			Distretto Sanitario di Base 29				21,30 %	0	-39,14%
			Distretto Sanitario di Base 30				14,00 %	0	-60,00%
			Distretto Sanitario di Base 31				17,90 %	0	-48,86%
			Distretto Sanitario di Base 32				21,50 %	0	-38,57%
			Distretto Sanitario di Base 33				18,72 %	0	-46,51%
			Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto				Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma del colon retto / residenti eleggibili (50-74) / 2 x 100
		Distretto Sanitario di Base 25		9,60 %	0	-61,60%			
		Distretto Sanitario di Base 26		12,00 %	0	-52,00%			
		Distretto Sanitario di Base 27		9,90 %	0	-60,40%			
		Distretto Sanitario di Base 28		29,90 %	100	19,60%			
		Distretto Sanitario di Base 29		7,70 %	0	-69,20%			
		Distretto Sanitario di Base 30		15,70 %	0	-37,20%			
		Distretto Sanitario di Base 31		3,70 %	0	-85,20%			
		Distretto Sanitario di Base 32		19,80 %	0	-20,80%			
		Distretto Sanitario di Base 33		9,58 %	0	-61,68%			
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma della mammella / residenti eleggibili (50-69) / 2 x 100	$\geq 25,00\% = 100\%$ $<25,00\% = 0\%$	21,70 %	0	-13,20%
			Distretto Sanitario di Base 25				54,47 %	100	117,88%
			Distretto Sanitario di Base 26				40,79 %	100	63,16%
			Distretto Sanitario di Base 27				28,30 %	100	13,20%
			Distretto Sanitario di Base 28				34,80 %	100	39,20%
			Distretto Sanitario di Base 29				28,60 %	100	14,40%

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)				
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Distretto Sanitario di Base 30	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il carcinoma della mammella / residenti eleggibili (50-69) / 2 x 100	≥ 25,00% = 100% <25,00% = 0%	37,00 %	100	48,00%				
			Distretto Sanitario di Base 31				25,00 %	100	0,00%				
			Distretto Sanitario di Base 32				31,00 %	100	24,00%				
			Distretto Sanitario di Base 33				34,35 %	100	37,40%				
		R.S.A. Adulti non autosufficienti – capacità di accogliere la domanda di assistenza residenziale	Assistenza anziani e cure domiciliari	Protocollo Informativo GEDOC Inserire N° e data protocollo e allegare	Monitoraggio semestrale del tasso di occupazione delle RR.SS.AA-A a gestione diretta dell'A.S.L. Napoli 1 Centro con trasmissione relazione alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%				
		Rispetto del debito informativo file EMUR	COT - 118 Attività territoriali	Relazione del Direttore/Responsabile e della U.O.	Relazione	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%				
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 373,00 = 100% >373,00 = 0%	166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 25				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 26				166,75	100	55,29%				
			Distretto Sanitario di Base 27				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 28				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 29				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 30				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 31				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 32				166,80	100	55,28%				
			Distretto Sanitario di Base 33				166,80	100	55,28%				
			Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite				Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 176,00 = 100% >176,00 = 0%	65,20	100	62,95%
							Distretto Sanitario di Base 25				65,20	100	62,95%
							Distretto Sanitario di Base 26				65,20	100	62,95%
		Distretto Sanitario di Base 27		65,20	100	62,95%							
		Distretto Sanitario di Base 28		65,20	100	62,95%							
		Distretto Sanitario di Base 29		65,20	100	62,95%							

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)				
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Distretto Sanitario di Base 30	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	N. dimissioni / popolazione residente x 100.000 abitanti	≤ 176,00 = 100% >176,00 = 0%	65,20	100	62,95%				
			Distretto Sanitario di Base 31				65,20	100	62,95%				
			Distretto Sanitario di Base 32				65,20	100	62,95%				
			Distretto Sanitario di Base 33				65,19	100	62,96%				
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / popolazione residente x 1000	≥ 2,60 = 100% <2,60 = 0%	2,63	100	1,15%				
			Distretto Sanitario di Base 25				2,30	100	21,05%				
			Distretto Sanitario di Base 26				1,60	100	6,67%				
			Distretto Sanitario di Base 27				2,94	100	13,08%				
			Distretto Sanitario di Base 28				3,08	100	62,11%				
			Distretto Sanitario di Base 29				1,54	100	2,67%				
			Distretto Sanitario di Base 30				4,44	100	70,77%				
			Distretto Sanitario di Base 31				3,20	100	68,42%				
			Distretto Sanitario di Base 32				2,69	100	79,33%				
			Distretto Sanitario di Base 33				3,95	100	51,92%				
			Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)				Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / popolazione residente x 1000	≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	3,40	100	78,95%
							Distretto Sanitario di Base 25				1,80	100	20,00%
							Distretto Sanitario di Base 26				4,50	100	73,08%
		Distretto Sanitario di Base 27		3,70	100	94,74%							
		Distretto Sanitario di Base 28		1,53	100	2,00%							
		Distretto Sanitario di Base 29		2,70	100	3,85%							



Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)			
AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento delle attività territoriali e dell'integrazione ospedale – territorio	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Distretto Sanitario di Base 30	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / popolazione residente x 1000	≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	2,30	100	21,05%			
			Distretto Sanitario di Base 31			≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	1,51	100	0,67%			
			Distretto Sanitario di Base 32			≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	3,20	100	23,88%			
			Distretto Sanitario di Base 33			≥ 1,90 = 100% <1,90 = 0%	3,50	100	84,21%			
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Distretto Sanitario di Base 24 e 73	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / popolazione residente x 1000	≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	1,88	100	25,33%			
			Distretto Sanitario di Base 25			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	2,19	100	46,00%			
			Distretto Sanitario di Base 26			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	3,20	100	23,88%			
			Distretto Sanitario di Base 27			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	2,90	100	52,63%			
			Distretto Sanitario di Base 28			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	5,01	100	92,69%			
			Distretto Sanitario di Base 29			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	2,10	100	10,53%			
			Distretto Sanitario di Base 30			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	2,84	100	89,33%			
			Distretto Sanitario di Base 31			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	3,48	100	33,85%			
			Distretto Sanitario di Base 32			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	2,40	100	26,32%			
			Distretto Sanitario di Base 33			≥ 1,50 = 100% <1,50 = 0%	1,50	100	0,00%			
			Valutazione, pianificazione e realizzazione di nuovi modelli organizzativi per il recupero dei ritardatari/inadempianti per le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale nella fascia d'età 0 – 18 anni			Tutela della salute della donna, del bambino e dell'adolescente	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Realizzazione di almeno un nuovo modello organizzativo per il recupero dei ritardatari/inadempianti	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			Monitoraggio spesa della specialistica ambulatoriale			Monitoraggio e controllo attività assistenza specialistica	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	% di comunicazioni di monitoraggio della spesa trasmesse alle strutture private	≥ 100,00% = 100% ≥ 80,00% e < 100,00% = 60% <80,00% = 0%	100,00	100	0,00%
		Mantenimento dello standard Assistenziale dell'anno 2022 dei pazienti con patologia complessa	Cure palliative domiciliari	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N° Pazienti assistiti nel percorso di cure domiciliari di III livello nel corso dell'anno di riferimento.	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 80% <60,00% = 0%	100,00	100	0,00%			

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 8: Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione Indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA PREVENZIONE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione	Attività a seguito di reclami/segnalazioni relative all'igiene urbana veterinaria (IUV)	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Numero di attività espletate / numero di attività richieste	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 60,00% e < 80,00% = 50% <60,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Attività di restituzione dei cani padronali catturati ai rispettivi proprietari	Dipartimento di Prevenzione	Sistema Informativo Regionale BDU	Allineamento della percentuale dei cani catturati che hanno già il microchip (restituiti ai proprietari) allo standard nazionale del 32,33 %	≥ 32,00% = 100% ≥ 30,00% e < 32,00% = 80% ≥ 26,00% e < 30,00% = 50% <26,00% = 0%	32,00 %	100	0,00%
		Controllo sul mantenimento dello stato sanitario degli allevamenti bovini ed ovicaprini ed avicoli rispetto alla brucellosi (BRC), tubercolosi (TBC), encefalopatie spongiformi (BSE-TSE) e salmonellosi (attività correlata all'indicatore NSG P09Z)	Dipartimento di Prevenzione	Sistema Informativo Regionale GISA	Allevamenti controllati nell'anno/Allevamenti soggetti a controllo nell'anno X 100	≥ 99,80% = 100% ≥ 80,00% e < 99,80% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 50% <70,00% = 0%	99,80 %	100	0,00%
		Copertura delle attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, presenza di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine vegetale e di origine animale - Documento di programmazione DPAR/DPAT in applicazione Piano Nazionale residui (PNR) e PM ricerca additivi alimentari e fitosanitari (attività correlata all'indicatore NSG P12Z)	Dipartimento di Prevenzione	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	Numero di campioni analizzati (PNR)/Numero di campioni programmati X 100 + Numero di campioni analizzati (Piano ricerca additivi) / Numero di campioni programmati X 100 + Numero di campioni analizzati (Piano ricerca fitosanitari)/ Numero di campioni programmati X 100	≥ 90,00% = 100% <90,00% = 0%	90 %	100	0,00%
		Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino (attività correlata all'indicatore NSG P10Z)	Dipartimento di Prevenzione	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Prevenzione	Aziende controllate nell'anno /Aziende soggette a controllo nell'anno X 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 50% <70,00% = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Livello di copertura base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti con particolare riguardo alle fasi di trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT - attività correlata all'indicatore NSG P13Z)	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Numero di controlli ufficiali eseguiti/Numero di controlli ufficiali programmati X 100	≥ 80,00% = 100% ≥ 70,00% e < 80,00% = 80% ≥ 60,00% e < 70,00% = 50% <60,00% = 0%	80,00 %	100	0,00%
		Mantenimento Certificazione ISO 9001/2015 in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	Dipartimento di Prevenzione	Rapporto del Riesame della Direzione	Redazione riesame della Direzione 2023	ON = 100%OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Miglioramento delle segnalazioni/indagini epidemiologiche delle malattie infettive da parte dei MMG/PLS e strutture territoriali	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Strutturazione e sperimentazione di una piattaforma per l'informatizzazione delle segnalazioni/indagini epidemiologiche dei casi di malattie infettive	ON = 100%OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Piano di monitoraggio dei requisiti dei molluschi bivalvi nelle fasi di produzione, stabulazione e banchi naturali (Documento di programmazione annuale DPAR/DPAT)	Dipartimento di Prevenzione	Sistema Informativo Regionale GISA	Numero di campioni analizzati/Numero di campioni programmati X 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00% e < 90,00% = 80% ≥ 70,00% e < 80,00% = 50% <70,00 = 0%	90,00 %	100	0,00%
		Sistema di sorveglianza PASSI ( DGR 962/2007 e DPCM 03/03/2007): analisi epidemiologica dei dati estratti dai questionari relativa agli anni 2017-2020 (attività correlata all'indicatore NSG P14C)	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Stesura e divulgazione del report relativo ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI -anni 2017-2020	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%

Relazione Performance anno 2023

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA PREVENZIONE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di prevenzione	Tutela delle condizioni igieniche delle strutture sanitarie: attività di vigilanza per Legionella nei centri di riabilitazione secondo le "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" - Conferenza stato-regioni del 07.05.2015.	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. sopralluoghi effettuati/ N. strutture esistenti	$\geq 80,00\% = 100\%$ $\geq 70,00\% \text{ e } < 80,00\% = 80\%$ $\geq 50,00\% \text{ e } < 70,00\% = 50\%$ $< 50,00\% = 0\%$	80,00 %	100	0,00%
		Tutela delle condizioni igieniche delle strutture turistico-recettive: attività di vigilanza per Legionella negli impianti balneari/termali con piscine e negli alberghi secondo le "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-recettive e termali" (G.U. n° 28 del 04/02/2005).	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. sopralluoghi effettuati/ N. strutture esistenti	$\geq 30,00\% = 100\%$ $\geq 20,00\% \text{ e } < 30,00\% = 80\%$ $\geq 10,00\% \text{ e } < 20,00\% = 50\%$ $< 10,00\% = 0\%$	30,00 %	100	0,00%
		Uniformità delle procedure in materia di vigilanza della Legionella per la tutela delle condizioni igieniche delle strutture turistico-recettive, termali e sanitarie ("Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" - Conferenza stato-regioni del 07.05.2015)	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Strutturazione di una check-list sulla vigilanza della Legionella	ON = 100%OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Vigilanza sulle unità locali da ispezionare in conformità con gli obiettivi assegnati dalla Regione Campania (obiettivo LEA -Prevenzione nei luoghi di lavoro)	Dipartimento di Prevenzione	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	$\geq 5,00\% = 100\%$ $\geq 2,50 \text{ e } < 5,00 = 80\%$ $< 2,50 = 0\%$	5,00 %	100	0,00%

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 9: Potenziamento e riqualificazione delle attività di salute mentale

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA SALUTE MENTALE	Potenziamento e riqualificazione delle attività di salute mentale	Attività terapeutiche ed assistenziali rivolte alla popolazione in fascia adolescenziale e giovane adulta (18 – 25 anni)	Dipartimento di Salute Mentale	SISTEMA INFORMATIVO DIPARTIMENTALE POTW	Numero di pazienti accolti e in follow-up fascia d'età 18 – 25 nel Dipartimento di Salute Mentale	≥ 300,00 = 100% ≥ 250,00 e < 300,00 = 75% ≥ 200,00 e < 250,00 = 50% <200,00 = 0%	956,00	100	218,67%
		Implementazione Progetti/Percorsi Adozione Scolastica e Sociale (PASS)	Dipartimento di Salute Mentale	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero di PASS attuati	≥ 120,00 = 100% ≥ 100,00 e < 120,00 = 75% ≥ 80,00 e < 100,00 = 50% <80,00 = 0%	175,00	100	45,83%
		Miglioramento qualitativo degli interventi in Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM)	Dipartimento di Salute Mentale	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	Numero delle attività gruppalie effettuate con gli utenti e con gli operatori dell'ATSM/Numero complessivo delle attività dell'ATSM x 100	≥ 20,00% = 100% ≥ 15,00% e < 20,00% = 75% ≥ 10,00% e < 15,00% = 50% <10,00% = 0%	20,00	100	0,00%
		Miglioramento qualitativo degli interventi in SPDC	Dipartimento di Salute Mentale	Relazione del Direttore/Responsabile della U.O.	N. di contenzioni effettuate nei ricoveri/numero totale dei ricoveri x 100	≤ 15,00 = 100% > 15,00 e ≤ 25,00 = 75% > 25,00 e ≤ 35,00 = 50% >35,00 = 0%	15	100	0,00%
		Numero assistiti presso il Dipartimento di Salute Mentale per 1.000 residenti	Dipartimento di Salute Mentale	Sistema Informativo Dipartimentale POTW	Numero assistiti presso il Dipartimento di salute mentale per 1.000 residenti. Continuare a garantire un valore ≥ = 10,82	≥ 11,00% = 100% ≥ 10,80% e < 11,00% = 75% <10,80 = 0%	13,40 %	100	21,82%
		Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Dipartimento di Salute Mentale	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	Numero di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria/Numero totale di ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento x 100	≤ 6,90 = 100% >6,90 = 0%	4,00	100	42,03%
		Presa in carico di esordi psicotici e di disturbi del comportamento in fascia d'età 14 – 17 anni	Dipartimento di Salute Mentale	Sistema Informativo Dipartimentale POTW	Numero di soggetti accolti e in follow-up fascia d'età 14 – 17 anni con esordi psicotici o con disturbi del comportamento	≥ 40,00 = 100% ≥ 35,00 e < 40,00 = 75% ≥ 30,00 e < 35,00 = 50% <30,00 = 0%	159,00	100	297,50%

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 10: Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA DIPENDENZE	Potenziamento e riqualificazione delle attività delle dipendenze	Educazione ai cambiamenti rispetto ai fattori di rischio comportamentali o stili di vita nei soggetti in carico alle Strutture Intermedie (Indicatore CORE NSG Id. P14C)	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. di incontri di gruppo trimestrali nelle Strutture Intermedie	$\geq 16,00 = 100\%$ $\geq 15,00$ e $< 16,00 = 80\%$ $\geq 10,00$ e $< 15,00 = 50\%$ $< 10,00 = 0\%$	16,00	100	0,00%
		Implementazione delle reti naturali ed istituzionali (MMG, farmacie, associazioni, ecc) del servizio ad alta privacy rivolto ai consumatori di sostanze socialmente integrati	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. di incontri con soggetti/istituzioni	$\geq 50,00 = 100\%$ $\geq 40,00$ e $< 50,00 = 80\%$ $\geq 10,00$ e $< 40,00 = 60\%$ $< 10,00 = 0\%$	66,00	100	32,00%
		Implementazione screening HIV (riferimento Piano Regionale Prevenzione_ M060508: ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata)	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. di soggetti sottoposti a screening/N. di utenti in trattamento con farmaco sostitutivo per gli oppiacei x 100	$\geq 50,00\% = 100\%$ $\geq 30,00\%$ e $< 50,00\% = 80\%$ $\geq 10,00\%$ e $< 30,00\% = 40\%$ $< 10,00\% = 0\%$	55,80 %	100	11,60%
		Monitoraggio consumo di sostanze psicoattive legali e illegali per l'utenza in carico alle UU.OO. SerD afferenti alle UU.OO.CC. Dipendenze	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. Esami tossicologici su matrice urinaria effettuati nell'anno di riferimento	$\geq 10.000,00 = 100\%$ $\geq 9.000,00$ e $< 10.000,00 = 80\%$ $\geq 7.000,00$ e $< 9.000,00 = 40\%$ $< 7.000,00 = 0\%$	15264	100	52,64%
		Potenziamento attività di osservazione ed intercettazione precoce delle aree a rischio di aggregazione di tossicodipendenti di strada nella città di Napoli (Piano Regionale Prevenzione_ M020505: identificare precocemente e prendere in carico i soggetti di rischio aumentato)	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. di uscite osservazioni con la scheda predisposta dalla UOSD Unità di Strada	$\geq 200,00 = 100\%$ $\geq 80,00$ e $< 200,00 = 80\%$ $\geq 60,00$ e $< 80,00 = 50\%$ $< 60,00 = 0\%$	200,00	100	0,00%
		Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e delle forme di dipendenze rivolti agli studenti delle scuole superiori (Piano Regionale di Prevenzione M060521 pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/IST)	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. di interventi effettuati nelle scuole nell'anno di riferimento	$\geq 40,00 = 100\%$ $\geq 30,00$ e $< 40,00 = 80\%$ $\geq 11,00$ e $< 30,00 = 60\%$ $< 11,00 = 0\%$	40,00	100	0,00%
		Programmi di presa in carico di cittadini con Disturbo da Gioco d'azzardo (2 Poli Territoriali e Progetto ATENA)	Dipartimento Dipendenze	Relazione del Direttore/Responsabili e della U.O.	N. prestazioni (accettazione, colloqui, visite mediche) effettuate nell'anno di riferimento	$\geq 100,00 = 100\%$ $\geq 80,00$ e $< 100,00 = 80\%$ $\geq 50,00$ e $< 80,00 = 50\%$ $< 50,00 = 0\%$	100,00	100	0,00%

Relazione Performance anno 2023

Obiettivo Strategico 11: Sviluppo appropriatezza ed uso corretto dei farmaci e dei dispositivi medici

Area Strategica	Descrizione Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Nome struttura	Fonte dati obiettivo	Descrizione indicatore	Target	Valore raggiunto	% raggiungimento obiettivo 2023	Scostamento (valore obiettivo/valore raggiunto)
AREA FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI	Sviluppo appropriatezza ed uso corretto dei farmaci e dei dispositivi medici	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Farmaceutica convenzionata e territoriale	CRUSCOTTO - Monitoraggio Area Distrettuale	Monitoraggio e relazione trimestrale, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con proposta di azioni di miglioramento	ON = 100%OFF = 0%	ON	100	0,00%
		Controlli tecnico – contabili sulle ricette SSN/DPC/AIR	Farmaceutica convenzionata e territoriale	Piattaforma informatica GECOR WEB	N. controlli effettuati/N. ricette SSN/DPC/AIR x 100	≥ 90,00% = 100% ≥ 80,00 e < 90,00 = 80% ≥ 70,00 e < 80,00 = 60% <70,00 = 0%	100,00 %	100	11,11%
		Corretta implementazione ed aggiornamento inventario magazzino farmaceutico	P.O. San Giovanni Bosco	Relazione del Direttore/Responsabili della U.O.	Relazione trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale	ON = 100% OFF = 0%	ON	100	0,00%
			P.O. Pellegrini - Santa Maria del popolo degli Incurabili			ON	100	0,00%	
			S.O. Santa Maria di Loreto Nuovo - Capilupi di Capri			ON	100	0,00%	
			P.O. Ospedale del Mare/Stabilimento Barra			ON	100	0,00%	
			P.O. San Paolo			ON	100	0,00%	
		Monitoraggio annuale della spesa farmaceutica convenzionata e DPC	Farmaceutica convenzionata e territoriale	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100%OFF = 0%	ON	100	0,00%
Monitoraggio spesa dispositivi medici ad alto costo	Monitoraggio consumi farmaci e dispositivi medici e fabbisogni aziendali	Protocollo Informatico GEDOC	Relazione semestrale sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale, con monitoraggio, analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento	ON = 100%OFF = 0%	ON	100	0,00%		

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

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

Persiste, in un unico presidio ospedaliero dell'azienda, la criticità relativa all'obiettivo "Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario"; tale criticità è anche, tra l'altro, correlata alla notevole attività di emergenza e di elezione svolta nei presidi ospedalieri aziendali.

Persistono, inoltre, tra l'altro, criticità relativamente agli obiettivi "Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni" e "Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione: giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico". L'azienda prende atto di tali criticità e si propone di mettere in atto una serie di azioni finalizzate alla loro riduzione/eliminazione.

Relativamente all'area territoriale si registra ancora una criticità relativamente agli obiettivi concernenti la proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, soprattutto quelli per la cervice uterina ed il colon retto, con un netto miglioramento per i test di screening per mammella.

Si registra, inoltre, una criticità relativa all'obiettivo "Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (R1, R2, R3)", sostanzialmente correlata alla scarsa presenza in azienda di posti letto relativi.

Si registrano criticità anche relativamente all'obiettivo "Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica), garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B". Anche

in questo caso l'azienda prende atto di tali criticità e sta mettendo in atto una serie di azioni finalizzate alla loro riduzione/eliminazione.

Sempre nell'ambito dell'area territoriale, è necessario sottolineare l'ottima performance registrata dalle strutture aziendali nel corso dell'anno 2023 relativamente agli obiettivi "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)", "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)" e "Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)".

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

### **3.4 Obiettivi individuali**

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

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

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

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



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

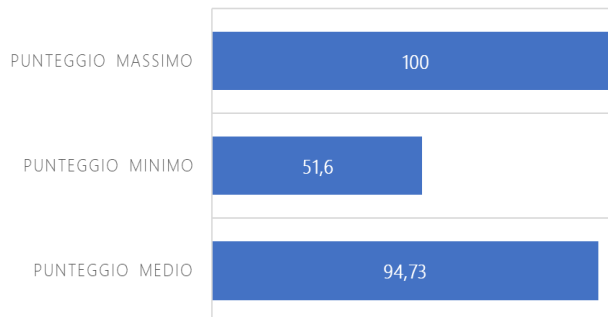
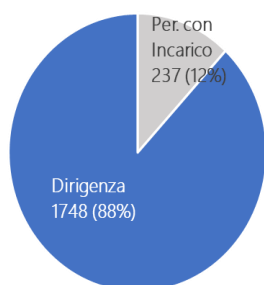
Si riportano di seguito i risultati di performance individuale dei Dirigenti valutati nel corso dell'anno 2023 (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2023, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede di valutazione della performance individuale).

	N° dip. valutabili	N° dip. valutati	Media	Min	Max
<b>DIRIGENZA RUOLO SANITARIO MEDICO</b>	<b>1414</b>	<b>1392</b>	<b>94,15</b>	<b>51,6</b>	<b>100</b>
Dirigenza Medica	1342	1320	93,92	51,6	100
Dirigenza Veterinaria	72	72	98,38	90	100
<b>DIRIGENZA RUOLO SANITARIO NON MEDICO</b>	<b>244</b>	<b>243</b>	<b>97,02</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
Farmacista	74	74	97,57	84,8	100
Biologo	69	68	97,63	89	100
Fisico	4	4	95,2	92	100
Psicologo	96	96	95,81	80	100
Prof. sanitarie infermieristiche e ostetriche	1	1	96,5	96,5	96,5
<b>DIRIGENZA RUOLO TECNICO PROFESSIONALE</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>97,86</b>	<b>79,75</b>	<b>100</b>
<b>DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>59</b>	<b>57</b>	<b>96,28</b>	<b>83,5</b>	<b>100</b>
<b>TOTALE DIRIGENTI</b>	<b>1772</b>	<b>1748</b>	<b>94,73</b>	<b>51,6</b>	<b>100</b>

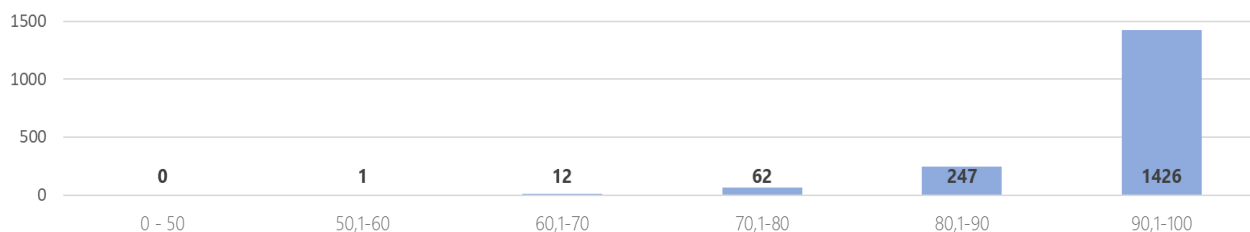
	FASCE PUNTEGGIO INDIVIDUALE						TOTALE
	0 - 50	50,1-60	60,1-70	70,1-80	80,1-90	90,1-100	
<b>DIRIGENZA RUOLO SANITARIO MEDICO</b>	-	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>57</b>	<b>225</b>	<b>1097</b>	<b>1392</b>
Dirigenza Medica	-	1	12	57	224	1026	1320
Dirigenza Veterinaria	-	--	-	-	1	71	72
<b>DIRIGENZA RUOLO SANITARIO NON MEDICO</b>				<b>4</b>	<b>12</b>	<b>227</b>	<b>243</b>
Farmacista	-	-	-	-	1	73	74
Biologo	-	-	-	-	2	66	68
Fisico	-	-	-	-	-	4	4
Psicologo	-	-	-	4	9	83	96
Prof. sanitarie infermieristiche e ostetriche	-	-	-	-	-	1	1
<b>DIRIGENZA RUOLO TECNICO PROFESSIONALE</b>	-	-	-	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>56</b>
<b>DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	-	-	-	-	<b>8</b>	<b>49</b>	<b>57</b>
<b>TOTALE DIRIGENTI</b>	-	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>62</b>	<b>247</b>	<b>1426</b>	<b>1748</b>

### Focus Aggregato Dirigenza

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

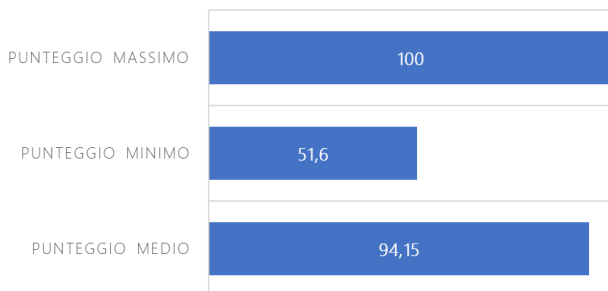
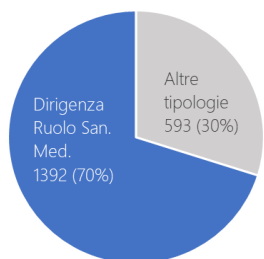


Distribuzione punteggi

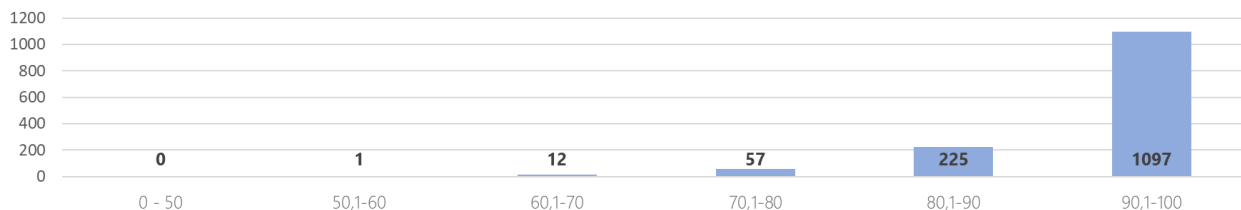


### Focus Aggregato Dirigenza Ruolo Sanitario Medico (Dir. Med. – Dir. Vet.)

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

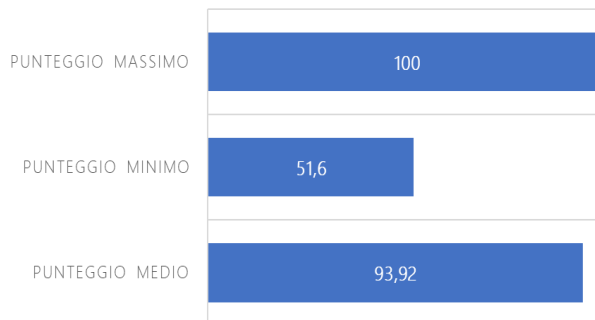
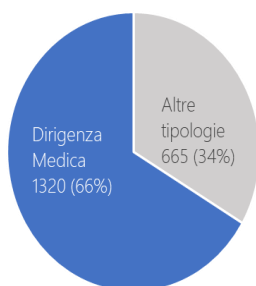


Distribuzione punteggi

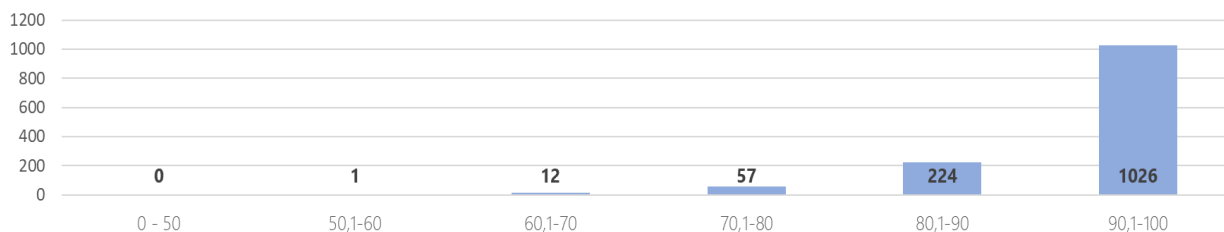


### Focus Dirigenza Medica

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

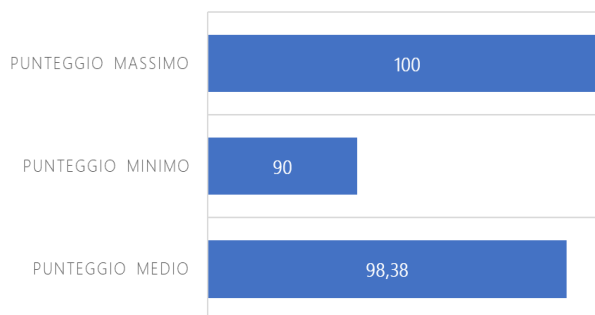
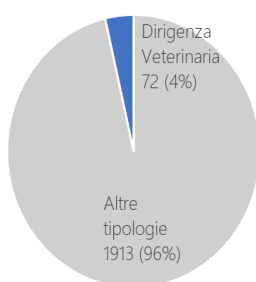


### Distribuzione punteggi

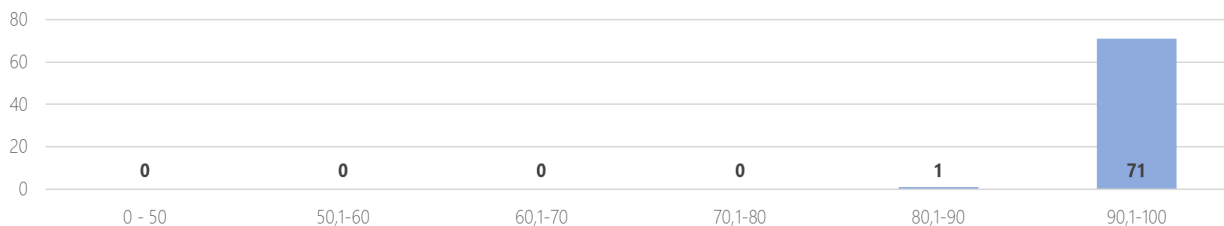


### Focus Dirigenza Veterinaria

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

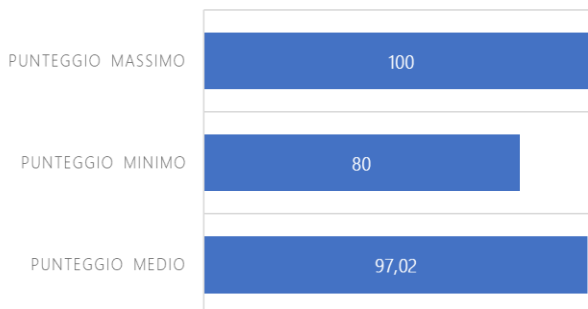
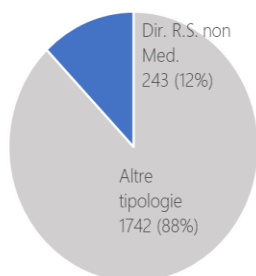


### Distribuzione punteggi

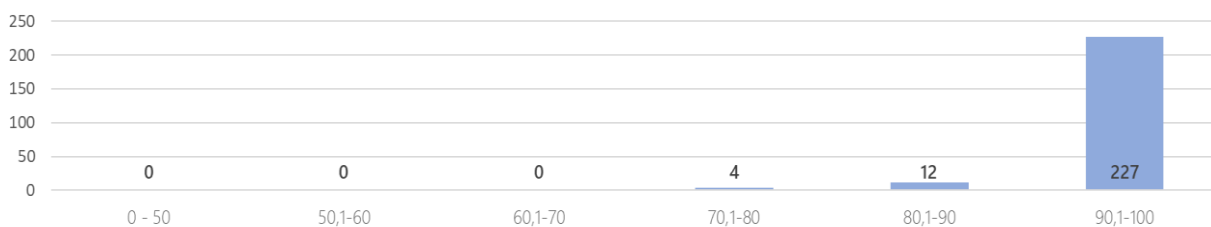


### Focus Aggregato Dirigenza Ruolo Sanitario non Medico

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

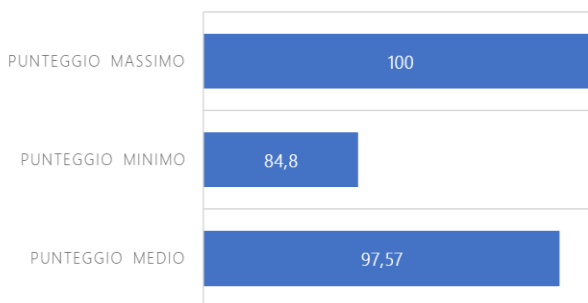
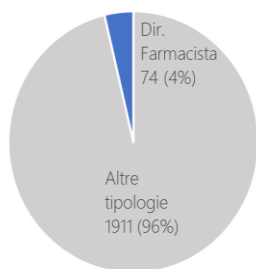


Distribuzione punteggi

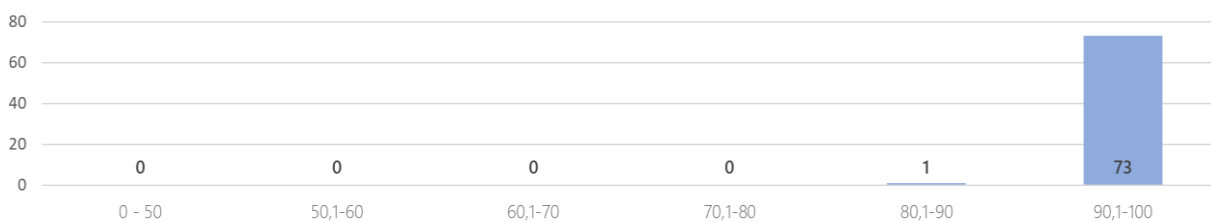


### Focus Dirigenza R.S. non Medico - Farmacista

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

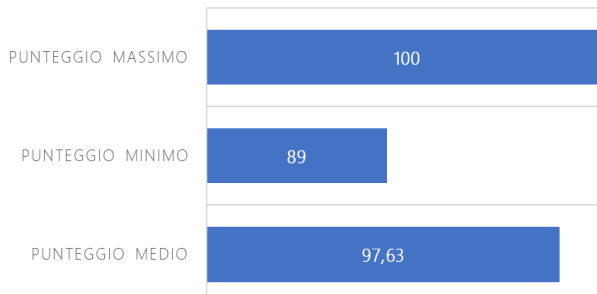
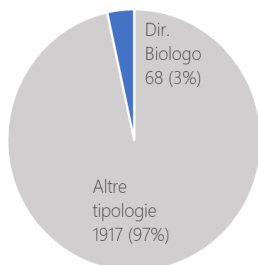


Distribuzione punteggi

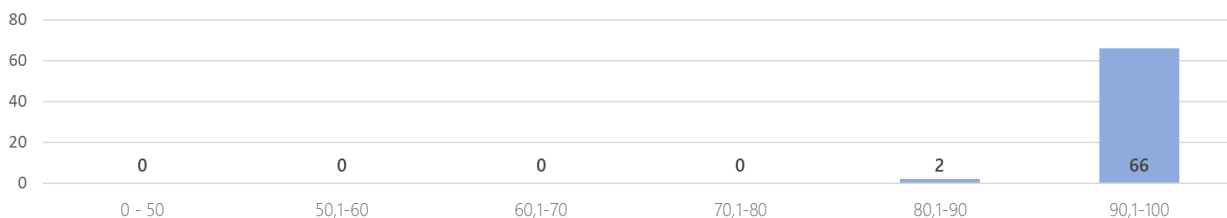


### Focus Dirigenza R.S. non Medico - Biologo

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

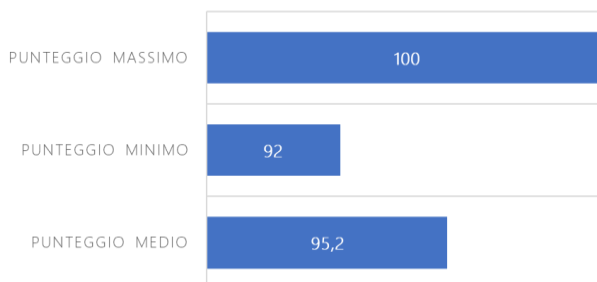
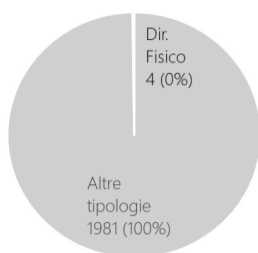


Distribuzione punteggi

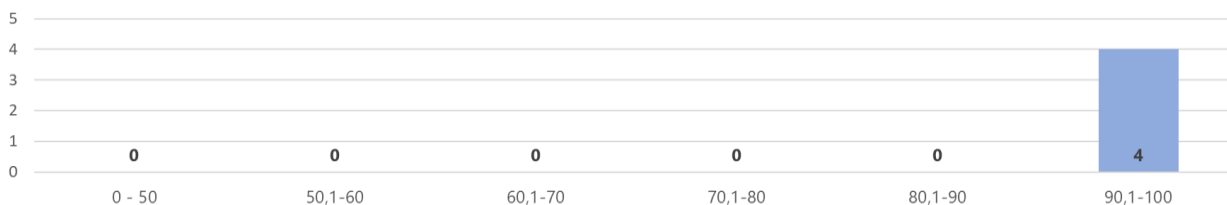


### Focus Dirigenza R.S. non Medico - Fisico

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

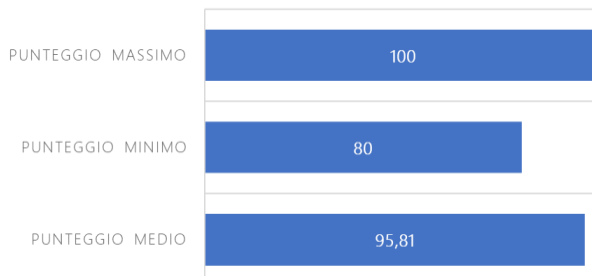
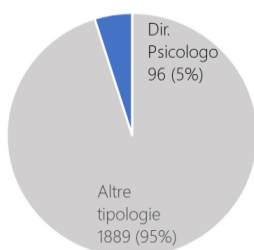


Distribuzione punteggi

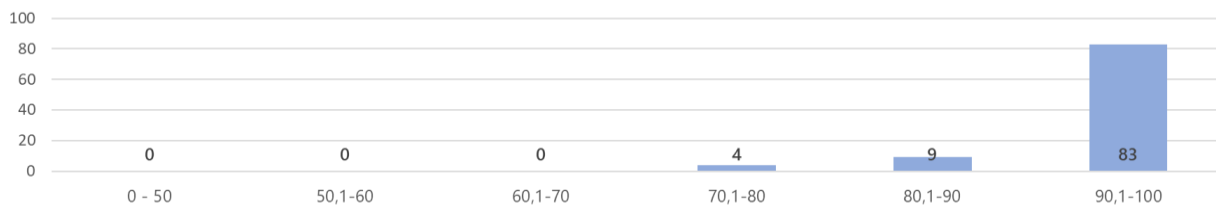


### Focus Dirigenza R.S. non Medico - Psicologo

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

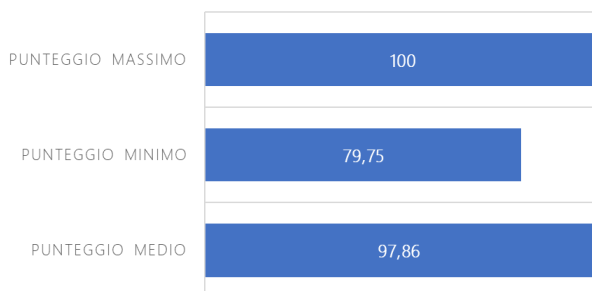
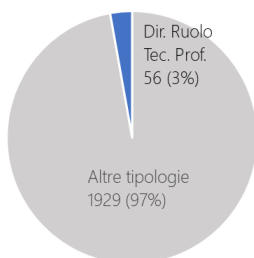


Distribuzione punteggi

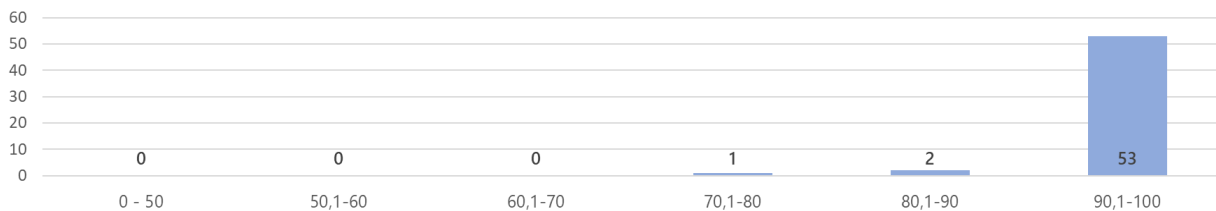


### Focus Dirigenza Ruolo Tecnico Professionale

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

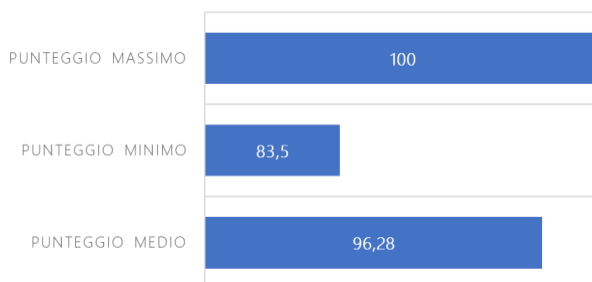
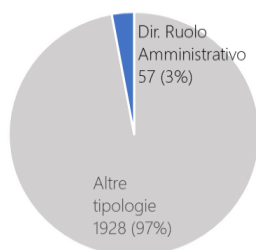


Distribuzione punteggi

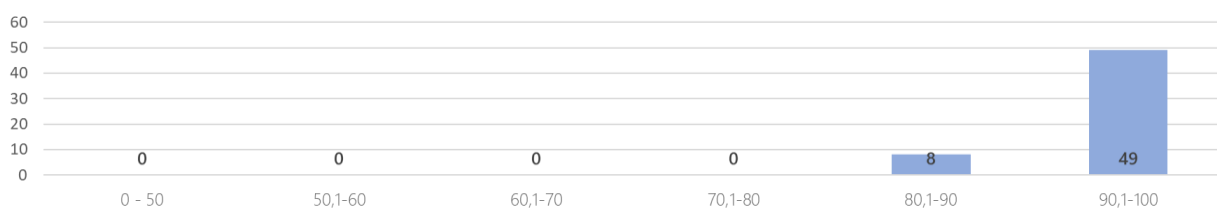


### Focus Dirigenza Ruolo Amministrativo

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



### Distribuzione punteggi



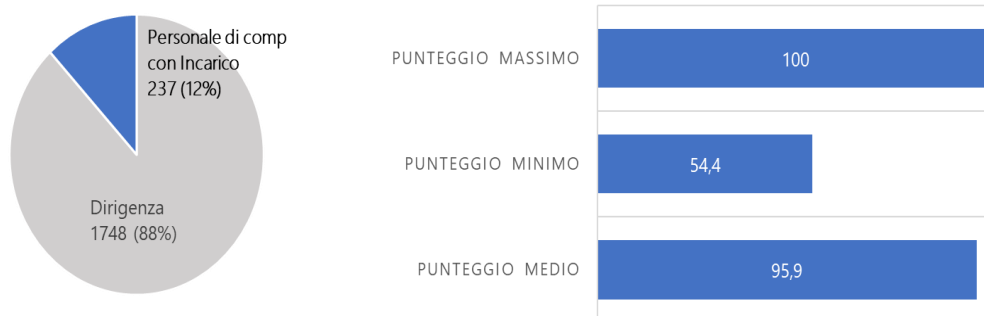
Si riportano di seguito i risultati di performance individuale del Personale del Comparto con incarico di funzione valutati nel corso dell'anno 2023 (rif. **Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020, e Obiettivi specifici di performance anno 2023, assegnati con la delibera del Direttore Generale n° 1140 del 28.06.2023**), così come risulta dalla documentazione disponibile agli atti di questa Azienda (verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione o schede di valutazione della performance individuale).

	N° dip. valutab.	N° dip. valutati	Media	Min	Max
<b>Incarichi Organizzativi di coordinamento di reparto</b>	<b>209</b>	<b>208</b>	<b>95,50</b>	<b>54,4</b>	<b>100</b>
I.O.C.R. Ospedaliero	102	101	98,08	54,4	100
I.O.C.R. Territoriale	107	107	93,05	59	100
<b>Incarichi Organizzativi ruoli amministrativo, tecnico e professionale (servizi centrali-ospedalieri - territoriali)</b>					
I.O.S.C.-I.O.S.O.-I.O.S.T.	30	29	98,83	91	100
<b>TOTALE COMPARTO CON INCARICO</b>	<b>239</b>	<b>237</b>	<b>95,90</b>	<b>54,4</b>	<b>100</b>

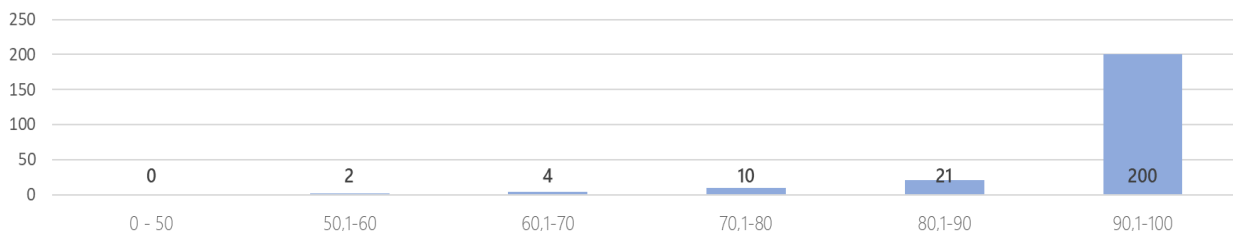
	FASCE PUNTEGGIO INDIVIDUALE						
	<u>0 - 50</u>	<u>50,1-60</u>	<u>60,1-70</u>	<u>70,1-80</u>	<u>80,1-90</u>	<u>90,1-100</u>	<u>TOTALE</u>
Incarichi Organizzativi di coordinamento di reparto	-	2	4	10	21	171	208
I.O.C.R. Ospedaliero	-	1	-	1	2	97	101
I.O.C.R. Territoriale	-	1	4	9	19	74	107
Incarichi Organizzativi ruoli amministrativo, tecnico e professionale (servizi centrali-ospedalieri - territoriali)							
I.O.S.C.-I.O.S.O.-I.O.S.T.	-	-	-	-	-	29	29
<b>TOTALE COMPARTO CON INCARICO</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>200</b>	<b>237</b>

### Focus Aggregato Personale di Comparto con incarico

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



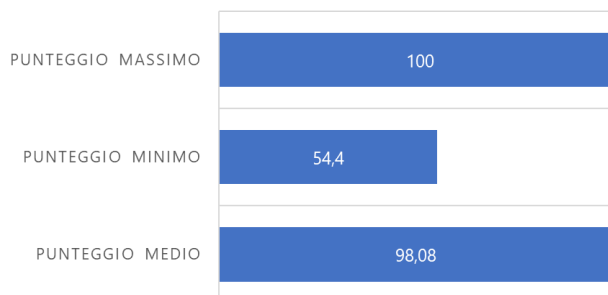
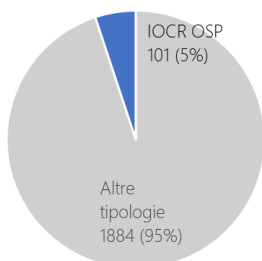
Distribuzione punteggi



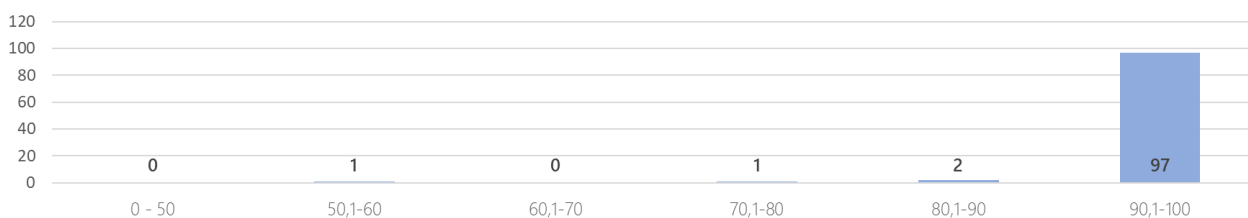


Focus Personale di comparto con incarico: IOCR OSPEDALIERO

N° e % di valutati

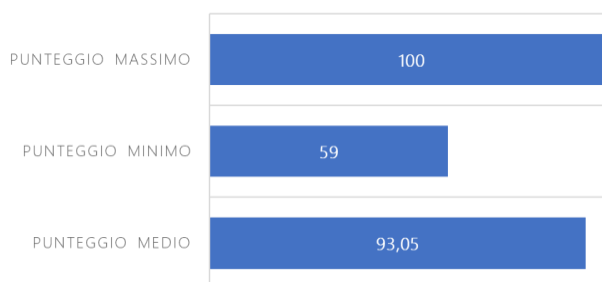
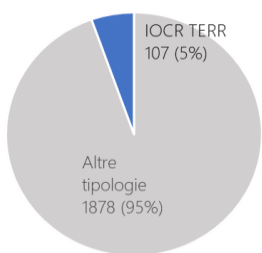


Distribuzione punteggi

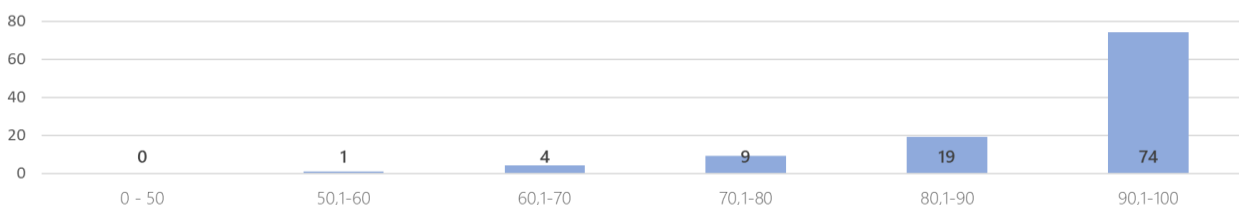


Focus Personale di comparto con incarico: IOCR TERRITORIALE

N° e % di valutati

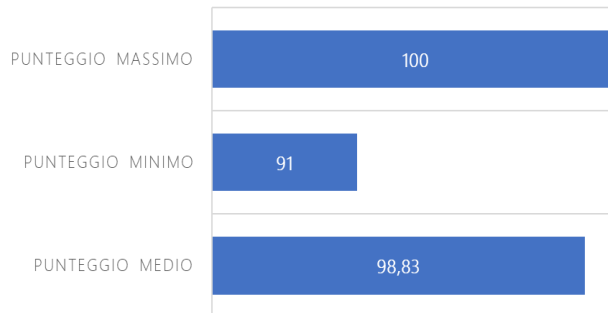
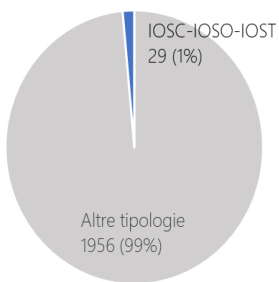


Distribuzione punteggi

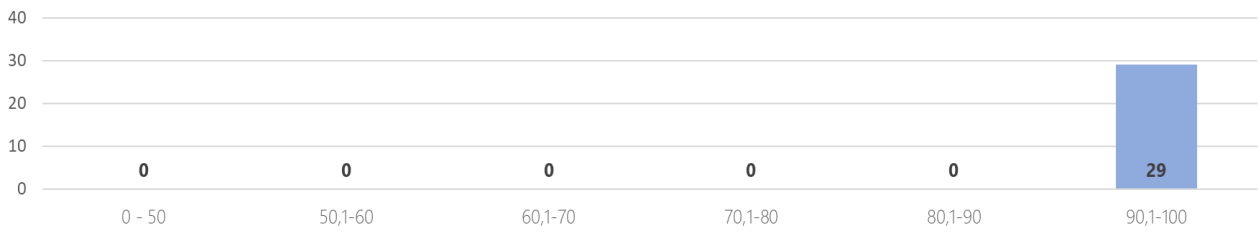


Focus Personale di comparto con incarico: IOSC-IOSO-IOST

N° e % di valutati



Distribuzione punteggi



#### **4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'**

Con delibera del Direttore Generale n° 1882 del 03 novembre 2022 è stato adottato il bilancio economico preventivo dell'A.S.L. Napoli 1 Centro per l'anno 2023 composto dal Conto Economico preventivo 2023, dal Rendiconto finanziario 2023, dalla Nota Illustrativa al Conto economico preventivo 2023, dal Piano degli investimenti predisposto della UU.OO.CC. competenti, dalla Relazione programmatica delle attività predisposta dal Direttore dell'UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale e dal Modello CE redatto secondo lo schema ministeriale.

Con delibera del Direttore Generale n° 1835 del 14 ottobre 2024 è stato riadottato il bilancio di esercizio 2023 composto dalla Relazione del Direttore Generale, dallo Stato patrimoniale al 31/12/2023, dal Conto Economico 2023, dalla nota integrativa al bilancio 2023, dal SP e CE ministeriale secondo il nuovo modello approvato con Decreto del Ministero della Salute il 24/05/2019 e dal Rendiconto finanziario 2023.

#### **5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE**

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

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

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

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

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

Al CUG sono assegnati i seguenti obiettivi:

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

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

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

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

Con delibera n. 1774 del 28/08/2018 l'A.S.L. Napoli 1 Centro ha preso atto del Protocollo d'Intesa sottoscritto tra la Consigliera di Pari Opportunità della Regione Campania ed i Presidenti dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) del Settore Sanità del territorio della Regione Campania, finalizzato

all'implementazione delle iniziative tese a favorire le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

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

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

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

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

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

## **5.2 Benessere Organizzativo**

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

Ciò è necessario ed indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;

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

## 6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

### 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

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

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

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

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

La funzione di valutazione di prima istanza della performance per l'anno 2023 è svolta, ai sensi del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale, adottato con la delibera n. 962 del 28.09.2020:

- dai Direttori/Responsabili di U.O.C./U.O.S.D./U.O.S. e U.O.S. in staff per il personale, sia dirigenziale che di comparto, quest'ultimo con e senza incarico di funzione, afferente alle proprie unità;
- dai Direttori di U.O.C., per quanto concerne i Responsabili delle U.O.S. loro afferenti;

- dai Direttori dei Dipartimenti Strutturali, per quanto concerne i Direttori/Responsabili delle U.O.C./U.O.S.D. loro afferenti. In caso di assenza del Direttore di Dipartimento Strutturale, il valutatore sarà il Direttore Sanitario Aziendale.
- dai Direttori Medici di Presidio, per quanto concerne i Direttori/Responsabili delle U.O.C./U.O.S.D. loro afferenti. In caso di assenza del Direttore Medico di Presidio, il valutatore sarà il Direttore Sanitario Aziendale.
- dal Direttore Sanitario Aziendale per quanto concerne:
  - ✓ i Direttori/Responsabili delle U.O.C./U.O.S. in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale;
  - ✓ i Direttori dei Dipartimenti strutturali;
  - ✓ i Direttori Medici di Presidio;
  - ✓ i Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari di Base;
  - ✓ i Direttori/Responsabili delle U.O.C./U.O.S.D. dei Dipartimenti funzionali non afferenti ad un Presidio Ospedaliero;
  - ✓ i Referenti di linee di attività di particolare complessità e rilevanza aziendale di propria competenza.
- Dal Direttore Amministrativo Aziendale per quanto concerne:
  - ✓ i Direttori delle U.O.C. in staff alla Direzione Amministrativa Aziendale;
  - ✓ i Referenti di linee di attività di particolare complessità e rilevanza aziendale di propria competenza.

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

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

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

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

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

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

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

- proseguire il lavoro di potenziamento del sistema informatico per la messa a punto di una gestione informatizzata dei dati e della reportistica, anche nell'ottica dell'effettuazione del monitoraggio intermedio, finalizzato all'avvio di eventuali azioni correttive utili e opportune per la rimodulazione degli obiettivi; allo stato, come detto, continua la progressiva implementazione del nuovo sistema informatico aziendale che prevede, tra l'altro, un modulo relativo alla gestione del ciclo della performance che automatizzi il processo di gestione e valutazione della performance organizzativa e individuale in tutte le fasi in cui esso si svolge e la digitalizzazione di tutta la documentazione sanitaria; l'Azienda, inoltre, si è dotata di un sistema di cruscotto direzionale, con particolare ma non esclusivo riferimento agli indicatori L.E.A. del Nuovo Sistema di Garanzia, che consentirà di monitorare l'andamento degli obiettivi di performance assegnati, anche a livello delle singole macrostrutture ed unità operative aziendali, al fine di avviare eventuali azioni correttive;
- proseguire il lavoro sulla condivisione e piena attuazione del modello organizzativo proposto, nella consapevolezza che in una organizzazione complessa come la A.S.L. Napoli 1 Centro, un tale cambiamento richiede tempo e messa in campo di risorse;
- proseguire il lavoro finalizzato a conferire una sempre maggiore stabilità all'assetto organizzativo aziendale e delineare una chiara configurazione aziendale. A tal riguardo si sottolinea la prosecuzione del percorso già attuato dall'Azienda con l'assegnazione con procedure formali e trasparenti degli incarichi ai Direttori/Responsabili delle articolazioni interne aziendali. Inoltre, relativamente al comparto, si evidenzia che, con Delibera n° 180 del



14.10.2019, è stato approvato il modello organizzativo del Servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e delle altre professioni tecnico-sanitarie. Con Delibera n° 1399 del 06.10.2021 è stato adottato il documento “Accordo su incarichi di funzione personale non dirigente. Accordo su applicazione artt. Da 14 a 23 CCNL 21/05/2018 Comparto Sanità. Istituzione nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale degli incarichi di funzione. Individuazione – Graduazione – Valutazione – Conferimento incarico”. Successivamente, con selezione interna, si è proceduto al conferimento degli Incarichi di Funzione Organizzativi nell’ambito dei ruoli Amministrativo, Tecnico, Professionale e Sanitario dei Servizi Centrali (IOSC), dei Servizi Territoriali (IOST) e dei Servizi Ospedalieri (IOSO);

- nel 2022, inoltre, l’assetto organizzativo aziendale si va progressivamente completando anche con l’assunzione, per la prima volta nell’A.S.L. Napoli 1 Centro, del Dirigente delle Professioni Infermieristiche e della Professione di Ostetrica, che collabora alla definizione della mission, della vision e dei valori guida dell’azienda e persegue il loro raggiungimento attraverso il razionale uso delle risorse umane e materiali disponibili, contribuendo all’erogazione di un’assistenza efficace, efficiente e di qualità.

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

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

Da diversi anni l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro considera il tema delle pari opportunità un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse professionali e strutturali dell'Azienda, quale elemento trasversale orientato a modificare il funzionamento organizzativo. La gestione delle pari opportunità, quindi, non intende rispondere soltanto ai fondamentali obiettivi di equità e a un corretto riconoscimento del merito, ma costituisce, altresì, una leva importante per il potenziamento dell'efficienza organizzativa e, di conseguenza, per l'incremento progressivo della qualità delle prestazioni erogate al pubblico, nel momento in cui valorizza le differenze di genere in ordine a rigore, sensibilità, attenzione alle esigenze degli utenti e alla condivisione delle informazioni.

In considerazione di un elevato grado di maturità raggiunto, il tema delle pari opportunità nell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro è stato affrontato in maniera sistematica, sia nella prospettiva interna (in quanto datore di lavoro), sia nella prospettiva esterna (in quanto produttore di beni e servizi), sia esplodendo le molteplici dimensioni che caratterizzano tale tema (genere, disabilità, ecc). Pertanto, risulta possibile contribuire, da un lato, al benessere organizzativo (interno), dall'altro lato, al benessere sociale (esterno).

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

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

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

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

Al CUG sono assegnati i seguenti obiettivi:

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

## **ALLEGATO 2: TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI**

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 642 del 14/04/2022 avente ad oggetto “Organismo Indipendente di Valutazione della performance in forma collegiale dell’ASL Napoli 1 Centro – nomina componenti”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 320 del 24/02/2022 avente ad oggetto “Sostituzione componenti Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) a supporto dell’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell’A.S.L. Napoli 1 Centro”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1947 del 08/10/2018 avente ad oggetto “Regolamento di funzionamento dell’Organismo Indipendente di Valutazione dell’ASL Napoli 1 Centro - Approvazione”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 962 del 28/09/2020 avente ad oggetto <Adozione “Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale – Rev. 1 – Settembre 2020” dell’A.S.L. Napoli 1 Centro. Revoca Delibera n. 2206 del 16/11/2018>;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1127 del 26/06/2023, avente ad oggetto “Adozione del Piano della Performance 2023-2025”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1140 del 28/06/2023 avente ad oggetto “Assegnazione obiettivi specifici di performance anno 2023”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 530 del 30/03/2023 avente ad oggetto “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023-2025. Approvazione”;
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1882 del 03/11/2022 avente ad oggetto “Adozione Bilancio Economico Preventivo 2023”.
- ✓ delibera del Direttore Generale A.S.L. Napoli 1 Centro n° 1835 del 14/10/2024 avente ad oggetto “Bilancio Consuntivo 2023. Riadozione”.