



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

[illegible]

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u> La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informativo dell' Azienda dal 03 DIC. 2019 e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato <i>[Signature]</i>	<u>RELATA</u> La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informativo dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato _____	<u>ORDINARIA</u> La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal _____ Il Dirigente _____	<u>IMMEDIATA</u> La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. 27 NOV. 2019 Il Direttore Generale Ing. Germano Sosto <i>[Signature]</i> _____

IL DIRETTORE GENERALE

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

U.O.C. V.R.U. + PERFORMANCE n. 03



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione”

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL' U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 300 del 01.04.2019 e ss.mm.ii., delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso Dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

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

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

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

Premesso che:

- ai sensi dei DD.CC.AA. n. 14/2009 e n. 60/2011 la Direzione aziendale delinea la pianificazione strategica, focalizzando le strategie per l'attuazione degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dalla Programmazione Regionale, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- tale pianificazione prende forma attraverso il Piano della Performance di cui all'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 a valenza triennale e la Direttiva annuale di cui all' art. 14 del D. Lgs.n. 165/2001;
- l'art. 10, comma I, lettera a del D. Lgs. n. 150 del 2009 stabilisce che: *"al fine di*

assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente, un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance da adottare ... in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori

- l'art. 8 del D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 "Modifiche all'art. 10 del decreto legislativo n. 150 del 2009" apporta modificazioni al citato D. Lgs. 150/2009, stabilendo, tra l'altro che: le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art. 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b);
- secondo l'art. 10 del D.L.gs n. 150/2009, il Piano individua, con valenza triennale da aggiornarsi annualmente a scorrimento, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori, dando avvio al ciclo di gestione della performance su cui si baserà poi la misurazione e la rendicontazione dei risultati;
- per dette finalità, gli obiettivi definiti dal Piano devono essere:
- a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
 - b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
 - c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
 - d. riferibili ad un arco temporale determinato, corrispondente ad un anno;
 - e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazione con amministrazioni omologhe;
 - f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
 - g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili;
- ↓ in relazione alla programmazione aziendale, con il richiamato Decreto CA n. 14/2009 è prevista, con cadenza annuale, l'elencazione dei Centri responsabili degli obiettivi strategici e l'individuazione delle strutture per la funzione di supporto alla Direzione Aziendale nella strutturazione del processo e nelle valutazioni sul suo andamento in corso di esercizio;
- ↓ tutte le attività collegate al raggiungimento del L.E.A. sono da intendere compiti istituzionali (vedi Decreto n.99 del 14/12/2018, vedi Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016 e il Decreto n.38 del 01/06/2016), il cui raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, costituiscono il presupposto per

accedere, alla valutazione degli obiettivi del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021, parte integrante e sostanziale del presente atto

Tenuto conto che:

- con nota prot. n. 107004 del 16/07/2019 si trasmetteva, per il seguito di competenza, la proposta di delibera: *"Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021 - direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2018. Approvazione"*;
- la proposta di delibera di cui sopra, veniva ritirata dal Responsabile per motivi di ufficio;
- con nota prot. n. 121071 del 22/08/2019 si ritrasmetteva, per il seguito di competenza, la proposta di delibera: *"Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021 - direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2018. Approvazione"*;
- in data 28/08/2019, veniva restituita la proposta di delibera: *"Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019 – 2021 - direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2018. Approvazione"*, con la seguente motivazione: Si restituisce al proponente affinché venga riproposta al Direttore Generale di nuovo insediamento";
- con nota prot. n. 145509 del 15/01/2019 si convocavano i Direttori delle Strutture Sanitarie ASL Napoli 3 Sud, per la sottoscrizione degli obiettivi performance anno 2019, rimodulati così come chiesto per le vie brevi dal Direttore Sanitario ASL Napoli 3 Sud – Dr. Gaetano D'Onofrio,
- allo stato si è conclusa la fase di sottoscrizione degli obiettivi performance anno 2019.

Visto:

- la delibera del 28 ottobre 2010, n. 112 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, ad oggetto: *"Struttura e modalità di redazione del Piano della performance"*;
- *quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 33/2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" ed in particolare dall'art. 10 c. 8, lett. b) in riferimento al Piano della Performance;*
- la delibera aziendale n. 567 del 19 luglio 2018: *"Presa d'atto ed Approvazione del Piano della Performance A.S.L. Napoli 3 Sud anni 2018/2019/2020"*.

Dato Atto che il Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, su mandato, per le vie brevi, del Direttore Generale, ha provveduto ad elaborare il documento " Piano della Performance anno 2019/2020/2021 dell' A.S.L. Napoli 3 Sud, aggiorna il precedente Piano; che tale Piano, allegato alla presente, ne diventa parte integrante e sostanziale ed è redatto in raccordo con il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nonché in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;

Visto:

- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che contempla norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, e le successive modificazioni del Decreto medesimo;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

Considerato:

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

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di:

- ↓ prendere atto ed approvare il documento "*Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione*", allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- ↓ stabilire che gli obiettivi contenuti nel Piano sono vincolanti per tutti gli operatori e le articolazioni organizzative dell'Azienda, istituite e modificate in conformità al nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n. 735 del 19/10/2017 e approvato dalla Regione Campania con D.C.A. n.39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017;
- ↓ stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei L.E.A. sono da intendere compiti istituzionali, come indicato nel Decreto del Commissario ad Acta n.99 del 14/12/2018 e nel Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, il cui raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, costituiscono il presupposto per accedere, alla valutazione degli obiettivi del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019/2020/2021, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- ↓ dare mandato a tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l'anno 2019, area Sanitaria ed Amministrativa, di raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica Aziendale e quindi declinarli, concordandoli con tutto il personale delle U.O. afferenti, di trasmettere al Responsabile dell'U.O.C.

Valutazione Risorse Umane e Performance il verbale della riunione, firmato da tutti i partecipanti e pubblicarlo sul proprio link del sito istituzionale;

- ↓ stabilire che tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l'anno 2019, trasmettano entro il 31/01/2020, il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2019 e quindi la valutazione di tutto il personale delle U.O. afferenti;
- ↓ dare mandato a tutti i Responsabili delle azioni di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018, di raggiungere, quali compiti istituzionali, gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ↓ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ↓ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto n. 38 del 01/06/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ↓ stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.678 del 22/07/2019 *"Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2019/20/21"*, siano inclusi tra gli obiettivi del *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione"* e nello specifico ob.n.1 e ob. n. 2 di cui alla scheda obiettivi performance anno 2019, adottato con il presente provvedimento;
- ↓ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione"* in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ↓ dare mandato al Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore generale per l'Anno 2019. Approvazione"* a:

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

**Il Dirigente Responsabile dell' U. O. C. Valutazione
Risorse Umane e Performance**
dott. **Ciro Insera**

Il Direttore Generale

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

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

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

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dott. Giuseppe Esposito

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Gaetano Di Onofrio

DELIBERA di:

- ✚ prendere atto ed approvare il documento *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione"*, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- ✚ stabilire che gli obiettivi contenuti nel Piano sono vincolanti per tutti gli operatori e le articolazioni organizzative dell'Azienda, istituite e modificate in conformità al nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n. 735 del 19/10/2017 e approvato dalla Regione Campania con D.C.A. n.39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017;
- ✚ stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei L.E.A. sono da intendere compiti istituzionali, come indicato nel Decreto del Commissario ad Acta n.99 del 14/12/2018 e nel Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, il cui raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica, costituiscono il presupposto per accedere, alla valutazione degli obiettivi del Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2019/2020/2021, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l'anno 2019, area Sanitaria ed Amministrativa, di raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica Aziendale e quindi declinarli, concordandoli con tutto il personale delle U.O. afferenti, di trasmettere al Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance il verbale della riunione, firmato da tutti i partecipanti e pubblicarlo sul proprio link del sito istituzionale;
- ✚ stabilire che tutti i Responsabili delle macro articolazioni aziendali, per l'anno 2019, trasmettano entro il 31/01/2020, il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2019 e quindi la valutazione di tutto il personale delle U.O. afferenti;
- ✚ dare mandato a tutti i Responsabili delle azioni di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018, di raggiungere, quali compiti istituzionali, gli obiettivi contenuti nello stesso;

- ↓ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ↓ dare mandato a tutti i Responsabili/Referenti delle azioni di cui alle attività progettuali del Decreto n. 38 del 01/06/2016, quali compiti da fondi vincolati, di raggiungere gli obiettivi contenuti nello stesso;
- ↓ stabilire che gli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n.678 del 22/07/2019 *"Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2019/20/21"*, siano inclusi tra gli obiettivi del *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione"* e nello specifico ob.n.1 e ob. n. 2 di cui alla scheda obiettivi performance anno 2019, adottato con il presente provvedimento;
- ↓ dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico di curare la pubblicazione del *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2019. Approvazione"* in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- ↓ dare mandato al Dirigente Responsabile dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il *"Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2019 – 2021 – Direttiva annuale del Direttore generale per l'Anno 2019. Approvazione"* a:

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

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

Il Direttore Generale
Ing. Gennaro Sosto

**SERVIZIO VALUTAZIONE RISORSE UMANE
E
PERFORMANCE**

Via A. de Gasperi – Castellammare di Stabia tel. 0818729055

Via M. Spagnuolo – Gragnano tel. 0815352716-01-14-31

PEC: vru.performance@pec.aslnapoli3sud.it

E-mail: vru.performance@aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0145509 del 15/10/2019 - 15:12



Al

Direttore Distretto 34

Direttore Distretto 48

Direttore Distretto 49

Direttore Distretto 50

Direttore Distretto 51

Direttore Distretto 52

Direttore Distretto 53

Direttore Distretto 54

Direttore Distretto 55

Direttore Distretto 56

Direttore Distretto 57

Direttore Distretto 58

Direttore Distretto 59

Direttore P.O. Sorrento e Vico Equense

Direttore P.O. Nola e Stabilimento Pollena

Direttore P.O. Maresca e Boscotrecase

Direttore P.O. Castellammare e Stabilimento di Gragnano

Direttore Dipartimento Area Critica

Direttore Dipartimento Scienze Mediche

Assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Post Acuzie

Oggetto: Obbiettivi Performance 2019.

Le SS.LL. sono convocate presso la Direzione Sanitaria Aziendale sita in Torre del Greco alla Via G. Marconi 66, per la sottoscrizione degli obbiettivi performance anno 2019, modificati su indicazione del Direttore Sanitario Dr Gaetano D'Onofrio con il seguente calendario:

Giorno 21/10/2019

ore 10:00 – 11:00	Direttori Distretti
ore 11:00 – 12:00	Direttori Presidi Ospedalieri e Stabilimenti
ore 12:15	Direttore Dipartimento Area Critica
ore 12:30	Direttore Dipartimento Scienze Mediche
	Assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Post Acuzie

Tanto si doveva.

df

[Circular stamp: DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE, U.S.L. 3, TORRE DEL GRECO, NA, with signature]

Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2019

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

NOMINA DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD.



Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a. la legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 e s.m.i., art. 18-bis, ha disciplinato le procedure di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del S.S.R. in conformità alla disciplina nazionale in materia;
- b. con Decreto Legislativo 4 agosto 2016, n. 171 e s.m.i., (*"Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria."*) è stata, tra l'altro, introdotta la nuova disciplina di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del S.S.R.;
- c. ai sensi dell'art. 1, commi 1 e 2, del D.Lgs. 171/2016:
"1. A decorrere dalla data di istituzione dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1, sono abrogate le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di cui all'articolo 3-bis, comma 1, commi da 3 a 7, e commi 13 e 15. Tutti i riferimenti normativi ai commi abrogati dell'articolo 3-bis devono, conseguentemente, intendersi come riferimenti alle disposizioni del presente decreto.
2. Restano altresì ferme, in ogni caso, le disposizioni recate dai commi 2, 7-bis, 8 per la parte compatibile con le disposizioni del presente decreto, e da 9 a 12 e 14 dell'articolo 3-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, non abrogate dal presente decreto"

PREMESSO altresì che

- a) il Ministero della Salute, in attuazione delle disposizioni sopra richiamate, ha pubblicato in data 12.02.2018 e successivi aggiornamenti, l'elenco nazionale degli idonei all'incarico di direttore generale delle aziende e degli enti del S.S.R., rendendo in tal guisa operative le disposizioni dell'art. 9, comma 1, del D.Lgs. n. 171/2016;
- b) con Delibera di Giunta Regionale n. 76 del 26 febbraio 2019 è stato approvato l'avviso pubblico per la manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui all'art. 1 D.Lgs. n. 171/2016, per il conferimento dell'incarico di direttore generale delle seguenti aziende del SSR;
 1. Azienda Ospedaliera dei Colli;
 2. Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro;
 3. Azienda Sanitaria Locale di Salerno;
 4. Azienda Ospedaliera Cardarelli;
 5. Azienda Sanitaria Locale Avellino
 6. Azienda Sanitaria Locale Benevento;
 7. Azienda Sanitaria Locale Caserta;
 8. Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord;
 9. Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;
 10. Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II";
 11. Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli";
 12. IRCCS Fondazione Pascale di Napoli;
 13. Azienda Ospedaliera "Moscati" di Avellino;



14. Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento.

- c) la predetta Delibera di Giunta Regionale n. 76/2019 ha demandato a successivo decreto presidenziale la nomina della Commissione prevista dall'art. 2 del d.lgs. n. 171/2016, deputata all'espletamento delle procedure per la formazione delle rose dei candidati idonei, distinte per Azienda;
- d) con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 91 del 21.06.2019 è stata costituita la Commissione di esperti deputata all'espletamento delle procedure per la formazione delle rose dei candidati idonei, distinte per Azienda, per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale ai sensi dell'Avviso pubblicato in attuazione della delibera della Giunta regionale n. 76 del 26/02/2019
- e) che con decreto dirigenziale n. 218 del 05.08.2019 il Direttore Generale per la Tutela della Salute ha preso atto dei lavori della Commissione ex DPGR n.91 del 21.06.2019 per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale presso le aziende del Servizio Sanitario Regionale e gli enti dell'SSRR della Regione Campania di cui ai verbali dal n. 1 al n.13 trasmessi, con nota prot. 0487073 del 2 agosto 2019, dal Presidente della Commissione, nonché dell'allegato al verbale n. 13 che individua le rose di candidati alla nomina di Direttore Generale distinti per azienda;

RILEVATO che

alla stregua del delineato quadro normativo di riferimento occorre procedere alla nomina del Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud quale atto da adottarsi nell'esercizio delle funzioni proprie degli organi di governo dell'Ente;

VISTI

- a) Il D.Lgs 30 dicembre 1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- b) la Legge Regionale n. 32/1994 e s.m.i.
- c) la rosa di candidati proposta dalla Commissione di esperti nominata con il citato DPGR n. 91/2019 per l' Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud ed il curriculum del Dott. Gennaro Sosto nato a Corigliano Calabro (CS) il 16.05.1969;

RITENUTO

di poter individuare il Dott. Gennaro Sosto quale Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud sulla base della valutazione espressa dalla Commissione e del curriculum del candidato, tenuto conto dell'esperienza professionale particolarmente significativa in incarichi analoghi a quello da attribuire, svolti al di fuori del contesto regionale campano;

ACQUISITE

- a) la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità all'incarico ai sensi del D.Lgs.vo n. 39/2013, secondo il modello predisposto dal Responsabile per la Trasparenza e l'Anticorruzione della Regione Campania;
- b) la dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di inconferibilità o di incompatibilità previste dalle disposizioni vigenti in materia comprese quelle disciplinate dall'art. 3, comma 7, della Legge Regionale 23 dicembre 2015 n. 20 e quelle previste dall'art. 6, comma 1, della legge n. 114/2014, per non essere soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;

PROPONE e la Giunta in conformità a voti unanimi



DELIBERA

Per i motivi di cui alle premesse che qui si intendono integralmente riportati:

1. di **INDIVIDUARE** il Dott. Gennaro Sosto nato a Corigliano Calabro (CS) il 16.05.1969 quale Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud con decorrenza dalla data di notifica del D.P.G.R.C. di nomina e per la durata di anni tre, ai sensi dell'art. 18 bis, della L.R. n. 32/1994.
2. di **ASSEGNARE** gli obiettivi di carattere generale di seguito indicati:
 - a) gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
 - b) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
 - c) la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale
 - d) l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018)
 - e) la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità.
 - f) Il rispetto dei tempi di pagamento.

Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza del Direttore Generale.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere c), d) ed e) costituisce, invece, grave inadempimento, sanzionabile ai sensi del comma 7, dell' art. 18, della legge regionale 4 novembre 1994, n. 32 e s.m.i..

Al rispetto dei tempi di pagamento è subordinata l'attribuzione dell'indennità di risultato come disciplinato dall' art. 1 comma 865 legge di bilancio per l'anno 2019 che dispone che:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
 - b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni
 - c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
 - d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.
3. di **ASSEGNARE** i seguenti obiettivi specifici di natura preliminare:



- a) erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta 'Griglia LEA' - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) al presente provvedimento che ne forma parte integrante e sostanziale o dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione ;
 - b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
 - c) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.
4. di **ASSEGNARE**, altresì, gli ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B) al presente provvedimento che ne forma parte integrante e sostanziale;
5. di **PRECISARE** che il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di natura preliminare costituisce elemento di valutazione ai fini del giudizio di confermabilità nell'incarico, ai sensi del comma 6, dell'art. 3 bis, del D.lg.vo del 30/12/92 n. 502 e s.m.i., mentre la verifica in ordine al raggiungimento degli ulteriori obiettivi tematici è preordinata al calcolo della percentuale di indennità premiale eventualmente spettante ai sensi del DPCM n. 502/95, come modificato dal DPCM n. 319/2001.
6. di **RINVIARE** ad un successivo provvedimento la definizione del sistema e delle modalità di attribuzione dei punteggi per la verifica dei risultati di gestione del Direttore Generale;
7. di **PRECISARE**, comunque, che nulla è dovuto al Direttore Generale nei casi di cessazione dall'incarico per decadenza, mancata conferma, revoca o risoluzione del contratto, nonché per dimissioni, a titolo di indennità o altro titolo;
8. di **DISPORRE** sull'operato del Direttore Generale:
- a) un monitoraggio trimestrale;
 - b) una pre - verifica sull'andamento dell'Azienda ogni sei mesi;
 - c) una verifica annuale anche ai fini dell'applicazione del sistema di sanzioni stabilito dall'art. 8 della L.R. n. 28 del 24/12/2003, come modificato dalla L.R. n. 15/2016, in aggiunta a quanto previsto dal comma 7, dell'art. 18, della legge regionale n. 321/1994 e s.m.i.;
 - d) la verifica prevista dal comma 6, dell'art. 3 bis, D.lg.vo n. 502, del 30/12/92 e s.m.i., in base alla quale la Regione, dopo 24 mesi dalla nomina del Direttore Generale, verifica i risultati conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, procedendo alla riconferma o meno, sentiti gli organismi di cui all' art. 2, comma 2 bis, ed all'art. 3, comma 14, del citato D.lg.vo;
9. di **STABILIRE** che le incombenze istruttorie necessarie ai fini della valutazione rientrano nelle competenze della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. che potrà avvalersi di una Commissione di Esperti appositamente costituita con successivo Decreto Dirigenziale;
10. di **FARE** espressa menzione nel contratto individuale del Direttore Generale, del complesso di obiettivi, di controlli e di sanzioni sopra esposto, nonché del combinato disposto dell'art. 52, comma 4, lettera d, della L. 289/2002 e art. 3, comma 2, lettera c, della L. 405/2001, in materia di decadenza dei Direttori Generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, per l'applicazione conseguente.



11. di **RICONOSCERE** al predetto il trattamento economico così come previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 520 del 1 agosto 2017.
12. di **PRECISARE** che incombe sul Direttore Generale l'adempimento di cui all'art. 44, 1° comma, della legge regionale 26.7.2002, n. 15.
13. di **AUTORIZZARE** la sottoscrizione di un contratto di diritto privato secondo lo schema tipo approvato con Delibera di Giunta Regionale tra la Regione Campania e il Direttore Generale alle condizioni tutte stabilite dal presente atto, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 8, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.
14. di **INVIARE** il presente provvedimento al Consiglio Regionale ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 48 del vigente Statuto Regionale.
15. di **INVIARE** la presente delibera all'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud per quanto di rispettiva competenza, al Responsabile per la Trasparenza e l' Anticorruzione della Regione Campania e al BURC per la pubblicazione.



ALLEGATO A delibera nomina Direttore Generale della ASL NAPOLI 3 SUD - AZIENDA 206

n.	Definizione	
1	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni.
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 92%
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento di un valore compreso tra il 60 e il 75%
2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella e colon retto con valori superiori rispettivamente al 35%, 25% e 25%.
3	Percentuale di unità focali controllate sul totale da controllare	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompresa tra 2,5% e 5%
4	4.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	Garantire il 100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: - diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è $>0,3\%$ e $<0,9\%$ - diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è $>1\%$ e $<3\%$
	4.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi, Nota 1 le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2 se risultano inseriti in SATIAN < 90 dei controlli serologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)	Garantire un valore ricompreso $<99,9\%$ e $>98\%$ di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende $<0,2\%$ per ciascuna delle 4 specie Oppure: $>98\%$ di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza $>0,2\%$

N.	Definizione	
	4.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Garantire almeno un valore ricompreso tra il 95% - 97,9%
5	5.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) - di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	Garantire almeno valori ricompresi tra il 90% - 97,9%
	5.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	Garantire almeno valori ricompresi tra i <160 e ≥120
	5.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	Garantire valori almeno ≥ 90% in tutte le categorie previsto dal DM
6	6.1 Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2018	- Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 558.9. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.
	6.2 1 Riduzione nel primo anno del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018. Successivo mantenimento per l'intero mandato	- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri Istituti di cura.. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri Istituti di cura.. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15, pazienti provenienti da altri Istituti di cura.. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 495.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri Istituti di cura.
7	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	Garantire un valore ricompreso tra >= 1,56 e < 1,88
8	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Continuare a garantire un valore ricompreso tra 5,10 - 7,50
9	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	Continuare a garantire un valore >= 10,82

N.	Definizione	
10	10.1 Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018	Ricoveri anno 2018 = 1.134
	10.2 Mantenimento per l'intero mandato degli accessi di tipo medico dell'anno 2018	Numero di accessi di tipo medico anno 2018 = 9.851
11	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Rapporto = 0,21
12	Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore compreso tra 20,01% e 24,00%
13	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq$ 60,00%



INDICATORI ALLEGATO B INDICATORI TEMATICI ASL

AREA	Integrazione ospedale territorio
DEFINIZIONE	Percentuale di ultra spassantacumquell' sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera
NUMERATORE	Numero di soggetti dimessi con età >= 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione
DENOMINATORE	Numero di soggetti dimessi con età >= 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	>= 10%
SISTEMA	Sistema informativo SIAD e sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Cure domiciliari
DEFINIZIONE	Percentuale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno
NUMERATORE	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso
DENOMINATORE	Numero totale di prese in carico con data di dimissione nell'anno
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	>= 50%
SISTEMA	Sistema informativo SIAD
LIVELLO	Azienda sanitaria

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici
NUMERATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
DENOMINATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiologia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery. Sono esclusi: Intervento principale di litiopsia (codice ICD- C44 di procedura - 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile) Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM 14/01/04.
RIFERIMENTO	> 25%
SISTEMA	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

INDICATORI ALLEGATO B INDICATORI TEMATICI ASL

AREA	Integrazione ospedale territorio
DEFINIZIONE	Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera
NUMERATORE	Numero di soggetti dimessi con età >= 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione
DENOMINATORE	Numero di soggetti dimessi con età >= 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	>= 10%
SISTEMA	Sistema informativo SIAO o sistema informativo SDO
SOURCE	Assistenza di erogazione
LIVELLO	

AREA	Cure domiciliari
DEFINIZIONE	Percentuale di prese in carico (con date di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno
NUMERATORE	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso
DENOMINATORE	Numero totale di prese in carico con data di dimissione nell'anno
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	>= 50%
SISTEMA	Sistema informativo SIAO
SOURCE	Assistenza sanitaria
LIVELLO	

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici
NUMERATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
DENOMINATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiologia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery. Sono esclusi: Intervento principale di icteripia (codice ICD- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibili). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "14" o senza nessuna indicazione ai sensi del DAt tariffa.
RIFERIMENTO	75 -
SISTEMA	Sistema informativo SDO
SOURCE	Assistenza di erogazione
LIVELLO	

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico

Decreto Presidente Giunta n. 104 del 08/08/2019

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

NOMINA DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL NAPOLI 3 SUD.



IL PRESIDENTE

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 372 del 06.08.2019 con la quale è stato individuato il Dott. Gennaro Sosto, nato a Corigliano Calabro (CS) il 16.05.1969, quale Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud;

CONSIDERATO che occorre procedere alla inmissione nelle funzioni di Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud il Dott. Gennaro Sosto, nato a Corigliano Calabro (CS) il 16.05.1969;

ACQUISITE agli atti d'ufficio della Direzione Generale per la Tutela della Salute le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità all'incarico ai sensi della vigente normativa

Alla stregua della istruttoria compiuta dalla Direzione Generale per la Tutela della salute e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore Generale per la Tutela della Salute a mezzo di sottoscrizione del presente atto

D E C R E T A

per i motivi espressi in preambolo che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

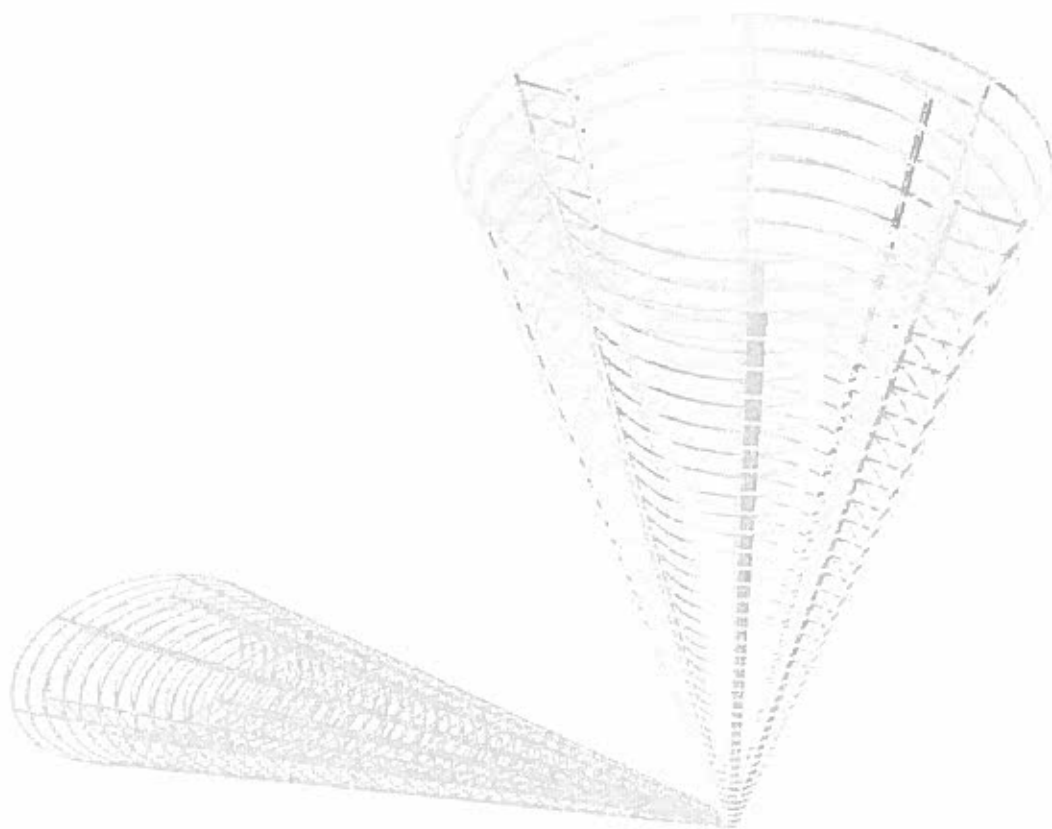
1. di **NOMINARE** Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud il Dott. Gennaro Sosto, nato a Corigliano Calabro (CS) il 16.05.1969, con decorrenza dalla data di notifica del presente D.P.G.R.C. e per la durata di tre anni, ai sensi dell'art. 18 bis della L.R. n. 32/1994;
2. di **IMMETTERE** nelle funzioni di Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud il Dott. Gennaro Sosto, nato a Corigliano Calabro (CS) il 16.05.1969, con decorrenza dalla data di notifica del presente decreto;
3. di **ASSEGNARE** allo stesso gli obiettivi generali, specifici di natura preliminare e tematici, così come individuati nella citata deliberazione della Giunta Regionale;
4. di **RICONOSCERE** al predetto il trattamento economico previsto dalla D.G.R.C. n. 520 del 1° agosto 2017;
5. di **AUTORIZZARE** la sottoscrizione di un contratto di diritto privato con il predetto Direttore, secondo gli schemi tipo approvati dalla Regione Campania, alle condizioni stabilite dalla deliberazione di nomina, ai sensi, dell'art. 3 bis, comma 8, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.;
6. di **PRECISARE** che incombe sul Direttore Generale l'adempimento di cui all'art. 44, 1° comma della Legge regionale 26 luglio 2002 n.15;
7. di **PRECISARE** che l'operato del Direttore Generale è assoggettato ai monitoraggi ed alle verifiche previste nella citata Delibera di Giunta Regionale per le finalità ivi indicate;
8. di **INVIARE** il presente provvedimento alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale per gli adempimenti consequenziali ivi compresa la notifica ai soggetti interessati, alla Segreteria di Giunta per la trasmissione al Consiglio regionale ai

sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 48 del vigente Statuto regionale, agli Uffici di Gabinetto, e al BURC per la pubblicazione.

DE LUCA



Il Piano della Performance 2019 – 2021 ***Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno*** ***2019***



Mostra d'Arte Contemporanea Cuma 4000

Costa Varotsos (Il Teatro Greco 1999)

Una scultura che trova canali di comunicazione tra il passato ed il presente: la trasparenza che si trasmette dal fondo del “cono” fino ad un’altezza di 18 metri, la luce, l’energia che si erge verso l’altro, la stabilità l’equilibrio e allo stesso tempo la possibilità di trarre dall’ombra la consapevolezza delle criticità che necessitano di essere riorganizzate per orientarsi verso mete più alte.

“Siamo consapevoli di presentare alcuni aspetti di criticità. Anche noi siamo cittadini e viviamo il clima di sfiducia abbastanza generalizzato. Veniamo da una realtà difficile, oggi siamo ancora in piano di rientro. Dobbiamo prestare attenzione ai costi in un settore che rappresenta l’80% del bilancio regionale. Usare in modo appropriato le risorse scarse, in un contesto che registra una tendenza crescente all’invecchiamento della popolazione, è etico. La sfida è quindi quella di stabilire sinergie con tutte le forze del territorio, disinvestire risorse per riallocare con un occhio di riguardo ai pazienti fragili”.

Il Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud

Presentazione del Piano

Il Piano della Performance è un documento di programmazione triennale redatto secondo le disposizioni di cui all'articolo 10 del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e nel rispetto della linee guida approvate con delibera n. 112 del 28.10.2010 della CIVIT, con delibera n. 1/2012 (Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei piani della performance) e con delibera n. 6/2013 (linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013) e in sintonia con l'aggiornamento 2015 del PNA (determinazione A.N.A.C. n.12 del 28/10/2015) e successivi aggiornamenti del PNA 2016 (delibera A.N.A.C. n.831/2016), del PNA 2017 (Delibera A.N.A.C. n. 1208 del 22 novembre 2017), e del PNA 2018 (delibera ANAC 1074 del 21/11/2018).

Ha per oggetto la definizione del sistema di valutazione, monitoraggio e misurazione delle azioni da compiere per realizzare il soddisfacimento del bisogno pubblico del bene salute.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del D. Lgs 150/09); è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target*. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* individuale e delle strutture aziendali.

Il Piano della Performance:

- ❖ individua gli obiettivi strategici ed operativi;
- ❖ definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- ❖ definisce gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- ❖ è coerente con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- ❖ dà compimento alla fase programmatoria del ciclo di gestione della performance.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*", che viene sintetizzato nelle tre finalità di seguito descritte:

➤ **Qualità della performance** (art.5 Decreto n.150/09):

Il Piano ha lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della *performance* dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi. Questo consente la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

Il Piano consente la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, esplicita il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli. In particolare, individua ed esplicita i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie e le risorse disponibili ed il collegamento tra questi elementi e gli obiettivi.

➤ **Comprensibilità della performance** (art.11 Decreto n. 150/09):

Il Piano assicura la comprensibilità della rappresentazione della *performance*. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda. Questo rende esplicita e comprensibile la *performance* attesa, ossia il contributo che l'Azienda nel suo complesso e nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

➤ **Attendibilità della performance** (art.10 Decreto n. 150/09):

La terza finalità del Piano è di assicurare l'attendibilità della rappresentazione della *performance*. La rappresentazione della *performance* è attendibile solo se è verificabile *ex post* la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, *target*).

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini siciliani. L'arco temporale di riferimento del presente Piano è il triennio 2019-2021. Detto piano svolge funzioni di programmazione ed è sottoposto a verifica.

I principi generali che hanno indirizzato la redazione del Piano sono stati:

A) IMMEDIATA INTELLEGIBILITÀ

Il Piano è strutturato da una parte principale accessibile e comprensibile a tutti e dagli allegati tecnici dedicati ai cosiddetti "addetti ai lavori".

Per una migliore intelligibilità di seguito si riportano le fondamentali definizioni contenute nel Piano:

- **Performance:** contributo che qualunque soggetto inteso come organizzazione, unità operativa, gruppo o singolo individuo può apportare al raggiungimento degli obiettivi per i quali l'Azienda vive ed opera;
- **Performance Organizzativa:** la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole UU. OO. nelle quali si articola;
- **Performance Individuale:** performance ottenuta dai singoli individui o micro-gruppi di individui;
- **Ciclo di Gestione della Performance:** il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di azione ad essi legati e attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati alla fine del ciclo;
- **Piano della Performance:** l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Amministrazione, approvato e revisionato annualmente dall'Azienda;
- **Misurazione della Performance:** attività di riscontro degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, in base ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici ovvero riferiti a processi di qualità;
- **Valutazione della Performance:** attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, dell'ASL Napoli 3 Sud e del grado di soddisfacimento dei bisogni di utenti e cittadini;
- **Rendicontazione sulla Performance:** descrizione periodica degli esiti dell'attività di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda o dei singoli gruppi o individui, indirizzata alla Direzione Strategica, ai cittadini, agli stakeholder e a tutti gli eventuali competenti in materia;
- **Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance:** l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- **Indicatore:** caratteristica del processo, misurabile, che evidenzia significative informazioni sull'efficacia, efficienza o qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;
- **Benchmarking:** operazione di confronto attraverso cui comprendere ed importare le buone pratiche che si sviluppano in altre organizzazioni o in strutture analoghe;
- **Stakeholders:** gruppo qualificato di individui che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, dalla sua azione;
- **Outcome:** risultato finale dell'azione;
- **Accountability:** il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette agli utenti e tale da permettere l'espressione di un valido giudizio.

B) TRASPARENZA

4

Ai sensi dell'articolo 11, comma 3, del decreto sopracitato questa ASL Napoli 3 Sud assicura la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della *performance*.

C) VERIDICITÀ E VERIFICABILITÀ

I contenuti del Piano sono rispondenti alla realtà e per ogni indicatore è indicata la fonte di provenienza dei dati e sono individuati gli attori coinvolti.

D) PARTECIPAZIONE

Il prodotto finale, che si auspica sia qualitativamente un buon risultato, è frutto di un complesso processo di coinvolgimento degli attori dell'Azienda e rappresenta il momento di sintesi di distinte analisi dei problemi, di elaborazioni di proposte e di discussioni.

La metodologia utilizzata per mappare i processi è stata l'analisi e la rappresentazione dei seguenti elementi: input-origine del processo, fasi di realizzazione, tempi, risorse e vincoli, eventuali collegamenti con altri processi, responsabilità e strutture organizzative a supporto del processo, output-risultato atteso. La mappatura così realizzata costituisce il documento base per l'individuazione degli obiettivi da perseguire.

Con l'approvazione dell'Atto Aziendale con deliberazione n.735/2017, risulta fondamentale avviare una nuova fase di mappatura dei processi che devono trasformarsi in strumenti di autoanalisi al fine di realizzare una miglior organizzazione delle strutture coinvolte e per individuare le misure di prevenzione dei rischi che sono state tradotte in obiettivi misurabili sia individuali che dell'organizzazione, proprio perché si è convinti che la corruzione è un concetto che va inteso in un senso più ampio come "*maladministration*".

I risultati di un'organizzazione complessa come quella di un'Azienda Sanitaria, misurati nella capacità di fornire servizi appropriati e tempestivi secondo i bisogni e le attese dei pazienti, sono dipendenti dalle strategie, dai modelli di governo e dallo sviluppo delle politiche del personale operante in azienda che con le conoscenze, capacità, attitudini, competenze e modalità relazionali rappresentano la qualità del prodotto offerto.

La metodologia da utilizzare deve realizzare la valorizzazione e la crescita professionale dei dipendenti, infatti, ciascun individuo nell'offrire l'apporto richiesto nell'eseguire il proprio lavoro dovrà sentirsi parte, se non essenziale, sicuramente fondamentale di questa grande Azienda.

Al fine di strutturare il documento in modo da semplificare la lettura, preliminarmente viene presentata l'ASL Napoli 3 Sud e dopo vengono descritte le modalità di assegnazione alla stessa da parte degli organi sovraordinati degli obiettivi da raggiungere, vengono definiti gli obiettivi strategici che devono guidare l'azione dell'azienda ed infine, tali indicazioni vengono contestualizzate negli obiettivi annuali che devono corrispondere con i risultati della Relazione sulla Performance, redatta a consuntivo di ciascun anno. Il seguente Piano, verrà opportunamente aggiornato e revisionato a seguito di eventuali altri obiettivi stabiliti dallo Stato Nazionale e quindi da quello Regionale

PARTE PRIMA

Il nuovo Piano della Performance triennale 2019-2021 pone le sue basi in un contesto di cambiamento, sia a livello nazionale, sia in ambito regionale e quindi in ambito aziendale.

La disciplina statale introdotta dalla "Riforma Madia" (D. Lgs. 74/2017), intervenuta modificando il D. Lgs. 150/2009, e le normative regionali vigenti presentano impatti notevoli sull'organizzazione, la gestione del personale ed in particolare sulla valutazione della performance dei dirigenti e del comparto.

Una riforma che modifica del tutto il contenuto di quanto riportato dalla pag. 11/347 alla pagina 117/347 dell'Atto Aziendale ASL Napoli 3 Sud approvato con Decreto del Commissario Ad Acta n.39 del 25/09/2017 e quindi deliberato dalla direzione Strategica con deliberazione del Direttore Generale n. 372 del 06/08/2019.

Le principali novità relative al ciclo della performance ed alla valutazione del personale dirigente/comparto, quale naturale conseguenza al Decreto Legislativo n.74/2017, si esplicitano di seguito:

1. Viene ampliato il perimetro di attività e di responsabilità dell'Organismo Indipendente di Valutazione all'interno dell'ente pubblico in cui opera.

In particolare l'OIV ha accesso a tutti gli atti e documenti in possesso dell'amministrazione, utili all'espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali. L'Organismo ha altresì accesso diretto a tutti i sistemi informativi dell'amministrazione ivi incluso il sistema di controllo di gestione, e può accedere a tutti i luoghi all'interno dell'amministrazione, al fine di svolgere le verifiche necessarie all'espletamento delle proprie funzioni, potendo agire anche in collaborazione con gli organismi di controllo di regolarità amministrativa e contabile dell'amministrazione. Nel caso di riscontro di gravi irregolarità, l'Organismo Indipendente di Valutazione effettua ogni opportuna segnalazione agli organi competenti. (art. 14, comma 4-ter del D. Lgs. n. 150/2009).

Inoltre si prevede che il sistema di misurazione e valutazione della performance sia adottato e aggiornato annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, così assicurando un controllo ex ante sulla correttezza metodologica dei contenuti di tale documento (art. 7, comma 1 del D. Lgs. 150/2009).

Si conferma altresì che la nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione è effettuata dall'organo politico-amministrativo.

L'OIV dell'ASL Napoli 3 Sud, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 10 del 07/01/2019 e n. 96 del 29/01/2019, è composto da un collegio di tre esperti esterni.

L'Organismo Indipendente di Valutazione, così come stabilito nell'incontro tra la Delegazione Trattante con le OO.SS. della Dirigenza ASL Napoli 3 Sud (verbale n.18/2019 del 17/06/2019), porterà a compimento la valutazione degli obiettivi anno 2018 entro il 30/09/2019.

Con il d.lgs. 74/2017, correttivo del D. Lgs. n. 150/2009, sono state ridefinite le competenze dell'OIV.

2. Viene definita una correlazione diretta fra le modalità/gli esiti valutativi e gli incarichi/le responsabilità dirigenziali.

In particolare (artt. 20, 23, 24, 25 D. Lgs. 150/2009) viene precisato che il rispetto delle disposizioni in materia di valutazione sia non solo condizione necessaria per l'erogazione di premi e componenti del trattamento retributivo legati alla produttività, ma rilevante anche ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione degli incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali. E' stato altresì previsto che la valutazione negativa rilevi ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e dell'irrogazione del licenziamento disciplinare secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 165 del 2001.



Inoltre sono previste specifiche sanzioni in caso di mancata adozione del Piano o della relazione annuale. In caso di ritardo nell'adozione degli stessi, è stato previsto che l'Amministrazione comunichi tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 10, comma 5, D. Lgs. 150/2009).

3. In materia di obiettivi e indicatori, viene introdotta la categoria degli obiettivi generali.

In particolare (art. 5, comma 01 del D. Lgs. 150/2009) è stata introdotta la categoria degli obiettivi generali, che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli indirizzi adottati dal Governo Regionale, le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini.

Tale previsione normativa è indirizzata, al momento, solo agli enti statali. L'ASL Napoli 3 Sud include tali linee guida nell'ambito della performance organizzativa.

4. Viene definito un ruolo attivo dei cittadini nelle risultanze della valutazione.

In particolare (art. 19 bis del D. Lgs. 150/2009) si prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino al processo di misurazione delle performance organizzative, sia comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo, sia tramite sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati che ciascuna amministrazione dovrà adottare, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi.

Nel 2019 l'ASL Napoli 3 Sud, nel definire gli obiettivi di performance dei propri operatori, intende rafforzare il proprio impegno su temi trasversali quali l'efficienza e la trasparenza, il contenimento dei costi, il perseguimento della legalità ed il contrasto della corruzione.

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

Il Piano della Performance risulta inoltre strettamente connesso ai documenti di programmazione economico-finanziaria: gli obiettivi di performance organizzativa ed individuali sono allineati agli obiettivi presenti negli atti di cui sopra.

Il Piano della Performance evidenzia un forte collegamento anche al Piano Triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (PTPC), ed in particolare gli obiettivi di performance organizzativa includono elementi valutativi legati alla prevenzione del rischio corruzione.

La metodologia annuale di valutazione della performance dei dirigenti pone inoltre l'attenzione sul rispetto delle pari opportunità.



L' ASL NAPOLI 3 SUD

1. ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI

L'ASL Napoli 3 Sud nasce il 20 marzo del 2009, giusta legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul BURC n° 48 ter del 01 dicembre 2008, "MISURE STRAORDINARIE DI RAZIONALIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE PER IL RIENTRO DAL DISAVANZO", è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

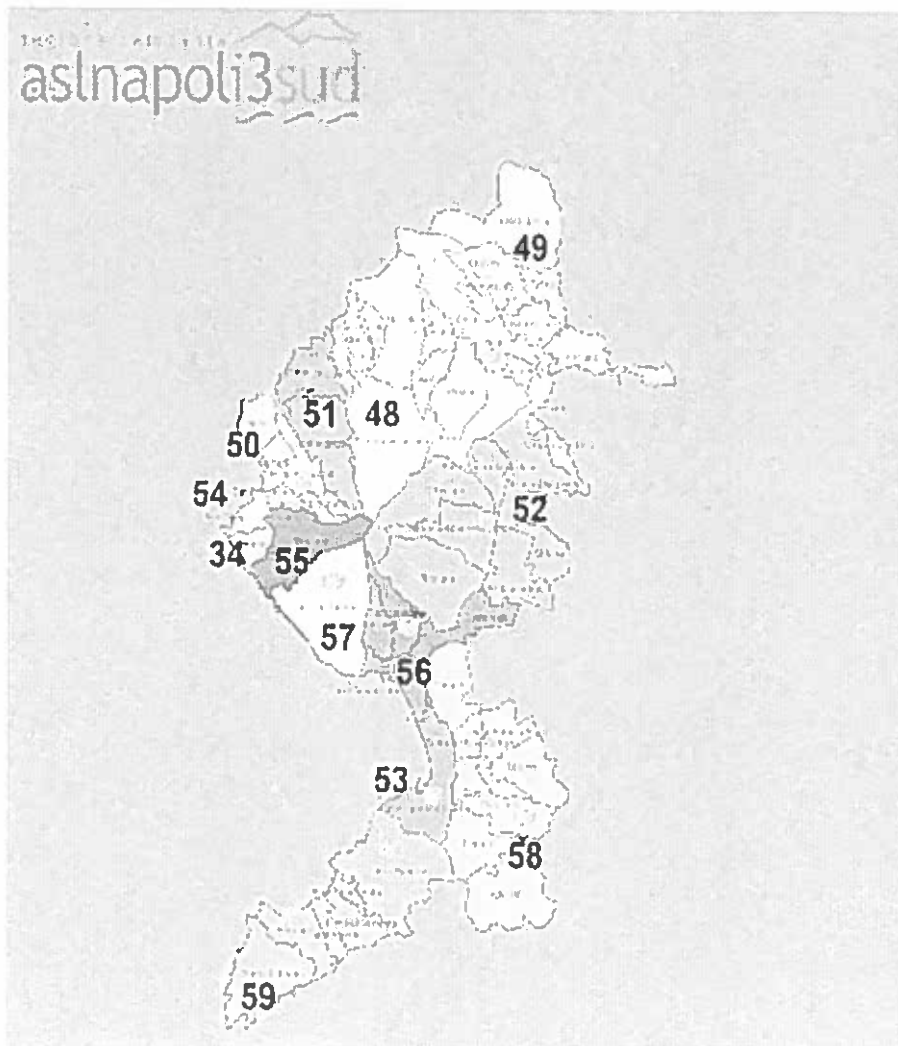
L'atto aziendale, che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento, è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017.

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

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



Il sito web è: www.aslnapoli3sud.it



A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

Fig. n. 1 Territorio ASL Napoli 3 Sud

2. SCOPO, MISSION E PRINCIPI

L'Azienda persegue le finalità di tutela della salute individuate dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari. Tali finalità sono perseguite attraverso interventi di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo. A tal fine l'ASL ritiene di vitale importanza che l'operato di tutte le componenti dell'organizzazione e dei singoli operatori sia improntato ai seguenti principi ed obiettivi specifici:

Centralità del cittadino. Nel rispetto dei reali bisogni di salute dei cittadini, delle normative vigenti e delle risorse a disposizione, l'ASL persegue i seguenti obiettivi: – garantire i livelli essenziali di assistenza; una garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni attraverso precisi percorsi sanitari e una corretta e precisa informazione; – monitorare le esigenze di sanità delle fasce più deboli e a rischio di salute (malati cronici, anziani, disabili, malati terminali, malati con pluripatologie) al fine di adeguare l'offerta di prestazioni. Tutti i livelli di intervento sopra indicati sono perseguiti nel rispetto della dignità della persona e della sua privacy.

Qualità dei servizi. La qualità dei servizi erogati rappresenta l'obiettivo primario per tutta l'organizzazione e considera tutte le dimensioni: in riferimento ai processi, agli esiti ed alla soddisfazione degli utenti esterni ed interni. In particolare l'ASL orienta il sistema qualità sui seguenti principi di riferimento.

1. Efficacia ed appropriatezza clinica: a livello aziendale vengono sviluppati linee guida, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, protocolli e procedure che hanno come riferimento scientifico l'evidence based medicine, l'evidence based nursing, l'evidence base health care. L'audit clinico ed assistenziale ovvero l'azione di valutazione sistematica degli esiti consente di evidenziare le principali criticità e di mettere in atto specifici interventi di ottimizzazione.
2. Sicurezza e gestione del rischio: nella consapevolezza che la valutazione e la gestione del rischio rappresentano un dovere etico irrinunciabile per un'organizzazione che opera nel campo della salute, l'ASL si pone l'obiettivo di proteggere il cittadino/utente e gli operatori nei confronti di rischi prevedibili e prevenibili, anche attraverso l'attivazione di apposita funzione di Risk Management.
3. Efficienza ed appropriatezza organizzativa: per offrire servizi di qualità al cittadino è necessario utilizzare al meglio le risorse a disposizione. In tale ottica l'ASL Napoli 3 Sud persegue i seguenti obiettivi:
 - a. diminuire i ricoveri impropri negli ospedali potenziando e riorganizzando i servizi territoriali;
 - b. incrementare l'utilizzo dei ricoveri a ciclo diurno e delle prestazioni ambulatoriali;
 - c. diminuire l'utilizzo improprio delle prestazioni diagnostiche e specialistiche;
 - d. razionalizzare la spesa farmaceutica attraverso una maggiore congruità tra patologia e trattamento;
 - e. promuovere la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
4. Soddisfazione degli utenti e degli operatori: il "cliente" (esterno ed interno) rappresenta il fondamentale interlocutore dell'Azienda e pertanto va costantemente ascoltato. A tal fine l'organizzazione realizza un sistema di ascolto finalizzato a raccogliere le informazioni necessarie per migliorare la qualità dei servizi.
5. Attenzione costante alle relazioni, consapevoli che la qualità relazionale incide anche sull'esito clinico della prestazione stessa. Tali obiettivi verranno perseguiti attraverso l'applicazione costante di sistemi e metodologie di miglioramento della qualità governati da una specifica funzione "Qualità" all'interno dell'organizzazione aziendale.

Continuità terapeutica. L'Azienda assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità dei percorsi di cura.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, l'integrazione massima

dei singoli momenti, che si realizza praticamente attraverso l'uso integrato delle risorse necessarie, sia umane che strumentali o finanziarie.

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso diversi momenti di integrazione: tra i servizi di guardia medica territoriale e la medicina generale, tra quest'ultima e l'assistenza domiciliare, nei percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera, nella stessa assistenza ospedaliera e, infine, fra l'assistenza sanitaria e quella sociale territoriale.

Imparzialità e trasparenza. L'azione dell'organizzazione è rivolta all'uguaglianza di trattamento degli utenti nonché alla trasparenza dell'operato dell'ASL da realizzarsi promuovendo la conoscenza dei servizi aziendali anche attraverso gli strumenti di informazione e comunicazione in grado di raggiungere il maggior numero di cittadini e agevolando processi di semplificazione. L'ASL fa propri i principi di cui al D.lgs 33/2013 in materia di trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASL, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Responsabilizzazione sui risultati aziendali e responsabilità diffusa. L'ASL Napoli 3 Sud definisce le specifiche responsabilità decisionali, di coordinamento e controllo dei processi organizzativi e gestionali affinché i dirigenti aziendali perseguano la piena responsabilizzazione nell'assunzione delle scelte e delle decisioni, orientando i comportamenti secondo logiche di gestione per processi.

L'ASL Napoli 3 Sud adotta uno stile di direzione che promuove la responsabilità diffusa, facendo ampio ricorso all'istituto della delega. Nell'osservanza del principio del decentramento decisionale l'Azienda individua le tipologie di atti con cui i singoli dirigenti possono impegnare l'amministrazione verso l'esterno.

Integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e razionalizzazione dei costi a livello sovrazonale. L'ASL Napoli 3 Sud deve operare in una visione sistemica, perseguendo la massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e la razionalizzazione dei costi.

Per il perseguimento degli obiettivi generali suddetti, l'ASL Napoli 3 Sud ritiene strategica la caratterizzazione della sua organizzazione nelle seguenti linee di gestione:

Massimo sviluppo delle risorse umane. L'azienda considera le risorse umane (operatori del comparto e dirigenti, dipendenti e convenzionati) l'elemento qualificante ed essenziale per realizzare i propri obiettivi di salute. Le persone che compongono l'azienda rappresentano la principale risorsa della stessa. Esse sono portatrici di caratteristiche umane e di professionalità che costituiscono la ricchezza dell'azienda. Per tale ragione sono considerate di vitale importanza la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori, il reclutamento e la selezione del personale, l'accoglimento e la cura nell'inserimento del nuovo ingresso nell'organizzazione e l'utilizzo degli strumenti utili alla motivazione del personale. Fra questi: i sistemi premianti gestiti secondo logiche effettivamente meritocratiche, la cura di un clima aziendale positivo, la responsabilizzazione e l'autonomia dei singoli attraverso la gestione per obiettivi ed una corretta comunicazione interna.

Pari opportunità. L'ASL Napoli 3 Sud adotta soluzioni affinché sia assicurata l'effettiva parità tra i propri operatori, senza alcuna discriminazione, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Aggiornamento tecnologico. Il veloce progresso tecnico-scientifico nel campo sanitario ed il continuo aggiornamento dei profili diagnostico terapeutici che rende di uso frequente tecnologie precedentemente con rare indicazioni determinano rispettivamente una veloce obsolescenza del patrimonio tecnologico di un'azienda sanitaria e la necessità di acquisizione di nuove tecnologie prima non presenti in azienda. Per questa ragione l'ASL, compatibilmente alle risorse disponibili, affronta con particolare attenzione questo problema, destinando risorse agli investimenti compatibilmente alle risorse assegnate, con attenzione particolare all'evoluzione delle tecnologie e alla modificazione dei bisogni.

Innovazione organizzativa e tecnologica. L'ASL promuove modelli organizzativi moderni ed avanzati che superino la tradizionale organizzazione "divisionale" verso forme di maggiore integrazione, dirette a creare reti quali, a puro titolo esemplificativo, l'organizzazione per processi di cui ai fondi vincolati. Tale modello pur non potendo avere evidenza nella struttura organizzativa disegnata nell'atto aziendale,

vedrà la sua costruzione attraverso un percorso di ri-disegno dei sistemi operativi aziendali e da un parallelo percorso formativo per il personale.

2.1. - PARTECIPAZIONE

a) Nei confronti dei cittadini singoli ed associati

L'Azienda orienta la valorizzazione del processo partecipativo proprio del cittadino singolo e delle sue associazioni garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività.

A tal fine l'ASL Napoli 3 Sud promuove la costituzione del Comitato Consultivo e Partecipativo.

L'Azienda rende pubblici, con la Carta dei Servizi, gli impegni che assume nei confronti dei cittadini, ai fini della qualità e quantità delle operazioni erogate.

L'Azienda al fine di rispondere agli impegni assunti nei confronti dei cittadini, mette in campo anche le funzioni/compiti sovvenzionati dai fondi vincolati.

b) Nei confronti delle istituzioni

L'Azienda, nell'esercizio della propria autonomia, attiva la piena collaborazione con tutte le istituzioni ricercando le possibili sinergie al fine di dare le giuste e appropriate risposte ai bisogni della popolazione di competenza.

Si impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nello spirito di leale collaborazione istituzionale, quale strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

c) Nei confronti degli operatori

L'Azienda, riconosce il significato strategico e di valore degli operatori e professionisti dipendenti e convenzionati, nei quali individua il vero capitale, al di là delle scelte operate nella determinazione del modello organizzativo.

Promuove e tutela forme di valorizzazione del personale, favorendone la partecipazione decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, la formazione e l'aggiornamento.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda.

d) Nei confronti del contesto socio-economico

L'Azienda è consapevole della sua appartenenza al contesto sociale, economico e culturale dell'ambito territoriale di suo riferimento e si impegna a esserne diretta espressione istituzionale, mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione.

Nell'attività di gestione di servizi non finalizzati direttamente alla tutela della salute, l'ASL Napoli 3 Sud si avvale delle forme di esternalizzazione consentite dalla legge, valorizzando l'apporto del privato sociale non lucrativo.

2.2 ASSETTO ISTITUZIONALE

↳ Gli Organi dell'Azienda

Sono Organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione.

Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore sanitario con periodicità, di norma, mensile.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza con quanto previsto dalla pianificazione regionale in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio - breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda.

L'Azienda, per una costante verifica e monitoraggio della propria attività complessiva, si dota di idonei strumenti di controllo avvalendosi allo scopo delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di verifica del raggiungimento degli obiettivi strategici anche in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali.

Il Controllo di Gestione è deputato alla verifica dell'attuazione della programmazione operativa di breve periodo ed annuale e dell'efficacia, efficienza ed economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti.

L'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance con il Controllo di Gestione e con tutte le UU.OO.CC. Centrali (Staff aziendale): - supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi strategici definiti dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale; supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi annuali definiti dalla programmazione operativa; - supporta i Direttori delle strutture organizzative funzionali di livello generale.

Il Controllo di Gestione - fornisce le informazioni di base necessarie ai Dirigenti responsabili per valutare la compatibilità e congruenza tra piani di attività finalizzati agli obiettivi di salute e risorse richieste, al fine di permettere interventi di correzione.

↳ Le funzioni e le attività

I Servizi e le attività che l'ASL Napoli 3 Sud deve garantire a tutti i cittadini, avvalendosi delle risorse umane e strumentali presenti sul territorio, sono compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I servizi e le prestazioni previsti dai LEA sono articolati in 3 aree di offerta come segue:

- **Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro**, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli;
- **Assistenza Distrettuale**, vale a dire le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio;

- **Assistenza Ospedaliera**, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e per la riabilitazione ecc.

Le strutture della prevenzione

La struttura operativa che eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo gli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività è il **Dipartimento di Prevenzione (D.I.P.)**.

Il D.P. effettua funzioni di analisi e descrizione epidemiologica dei fattori di rischio e di danno per la salute, di controllo e di vigilanza, di informazione e comunicazione al fine di favorire la diffusione della cultura della prevenzione e l'adozione di comportamenti orientati alla tutela della salute, nei seguenti ambiti di intervento:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività di prevenzione rivolte alla persona: vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce.

Spetta in particolare al Dipartimento di Prevenzione, attraverso le sue articolazioni, di assicurare l'erogazione dei seguenti LEA:

- Igiene e Sanità Pubblica;
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale;
- Sanità Animale;
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;
- Epidemiologia;
- Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
- Sicurezza impiantistica ed infortunistica negli ambienti di vita e di lavoro;

I Distretti Sanitari

I Distretti rappresentano l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud per lo svolgimento delle attività di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione tramite le risorse integrate dell'Azienda e degli Enti Locali.

Essi assicurano l'erogazione dei seguenti LEA:

- Assistenza sanitaria di base (medicina di base e pediatria di libera scelta in forma ambulatoriale e domiciliare, continuità assistenziale notturna e festiva, guardia medica turistica);
- Assistenza farmaceutica erogata direttamente o attraverso le farmacie territoriali;
- Assistenza integrativa: fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito, ai soggetti con incontinenza sfinterica, ai soggetti con stomie cutanee, ai soggetti che necessitano di alimenti dietetici particolari (celiachia, insufficienza renale cronica);
- Assistenza specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio);
- Assistenza protesica (fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali);
- Assistenza territoriale ambulatoriale (consultori familiari, servizi di salute mentale, servizi di riabilitazione ai disabili, servizi a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool) e assistenza domiciliare (assistenza domiciliare sanitaria, socio-sanitaria e riabilitativa a

persone non autosufficienti di qualunque età, a disabili, a pazienti in fase terminale, alle persone con infezione da HIV);

- Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale (residenze e centri diurni per persone anziane non autosufficienti, comunità terapeutiche e centri diurni per persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, comunità terapeutiche e centri diurni per persone con problemi psichiatrici, residenze e centri diurni per la riabilitazione di persone disabili, hospice per pazienti nella fase terminale, residenze per le persone con infezione da HIV).

I Distretti possono essere definiti Centri di Salute, suddivisi in Punti di Erogazione Servizi per facilitare i cittadini nella fruizione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel territorio.

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

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

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

<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>Pomigliano D'Arco</u>	<u>N25</u>	<u>51</u>
<u>Ottaviano</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
	<u>Vesuviano</u>		
<u>Palma Campania</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
	<u>Vesuviano</u>		
<u>Poggiomarino</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
	<u>Vesuviano</u>		
<u>San Gennaro</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Vesuviano</u>	<u>Vesuviano</u>		
<u>San Giuseppe</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
<u>Vesuviano</u>	<u>Vesuviano</u>		
<u>Striano</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
	<u>Vesuviano</u>		
<u>Terzigno</u>	<u>San Giuseppe</u>	<u>N26</u>	<u>52</u>
	<u>Vesuviano</u>		
<u>Castellammare di</u>	<u>Castellammare di</u>	<u>N27</u>	<u>53</u>
<u>Stabia</u>	<u>Stabia</u>		
<u>San Giorgio a Cremano</u>	<u>San Giorgio a</u>	<u>N28</u>	<u>54</u>
	<u>Cremano</u>		
<u>San Sebastiano al</u>	<u>San Giorgio a</u>	<u>N28</u>	<u>54</u>
<u>Vesuvio</u>	<u>Cremano</u>		
<u>Ercolano</u>	<u>Ercolano</u>	<u>N29</u>	<u>55</u>
<u>Boscoreale</u>	<u>Torre Annunziata</u>	<u>N30</u>	<u>56</u>
<u>Boscotrecase</u>	<u>Torre Annunziata</u>	<u>N30</u>	<u>56</u>
<u>Torre Annunziata</u>	<u>Torre Annunziata</u>	<u>N30</u>	<u>56</u>
<u>Trecase</u>	<u>Torre Annunziata</u>	<u>N30</u>	<u>56</u>
<u>Torre del Greco</u>	<u>Torre del Greco</u>	<u>N31</u>	<u>57</u>
<u>Casola di Napoli</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Gragnano</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Lettere</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Pimonte</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Pompei</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Santa Maria la Carità</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>Sant'Antonio Abate</u>	<u>N32</u>	<u>58</u>
<u>Massa Lubrense</u>	<u>Sorrento</u>	<u>N33</u>	<u>59</u>
<u>Meta</u>	<u>Sorrento</u>	<u>N33</u>	<u>59</u>
<u>Piano di Sorrento</u>	<u>Sorrento</u>	<u>N33</u>	<u>59</u>
<u>Sant'Agnello</u>	<u>Sorrento</u>	<u>N33</u>	<u>59</u>
<u>Sorrento</u>	<u>Sorrento</u>	<u>N33</u>	<u>59</u>
<u>Vico Equense</u>	<u>Sorrento</u>	<u>N33</u>	<u>59</u>

Tab. n. 1 - Ambiti sociali

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

Le Strutture a gestione diretta:

- 38 Ambulatori / Presidi;

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

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

I Presidi Ospedalieri

I Presidi Ospedalieri (P.O.) contribuiscono alla promozione, al mantenimento ed al ripristino delle condizioni di salute della popolazione, assicurando prestazioni specialistiche in regime di ricovero, di Day Hospital e Day Surgery, nonché di tipo ambulatoriale.

Le prestazioni rese in ambito ospedaliero possono essere sintetizzate attraverso l'erogazione dei seguenti LEA:

- ricovero d'urgenza o emergenza;
- ricovero ordinario;
- ricovero in day hospital e day surgery;
- ricovero in attività libero professionale;
- prestazioni in regime ambulatoriale sia istituzionale che in libera professione intramuraria.

Strutture a gestione indiretta - Case di Cura accreditate.

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

Tab. n. 2 – Case di Cura Accreditate

L'attuale assetto dei n. 6 Presidi Ospedalieri aziendali e dei n. 2 Stabilimenti, a gestione diretta, sarà adeguato, all'organizzazione descritta nell'Atto Aziendale, alle previsioni del DCA 08/2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 - Aggiornamento".

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

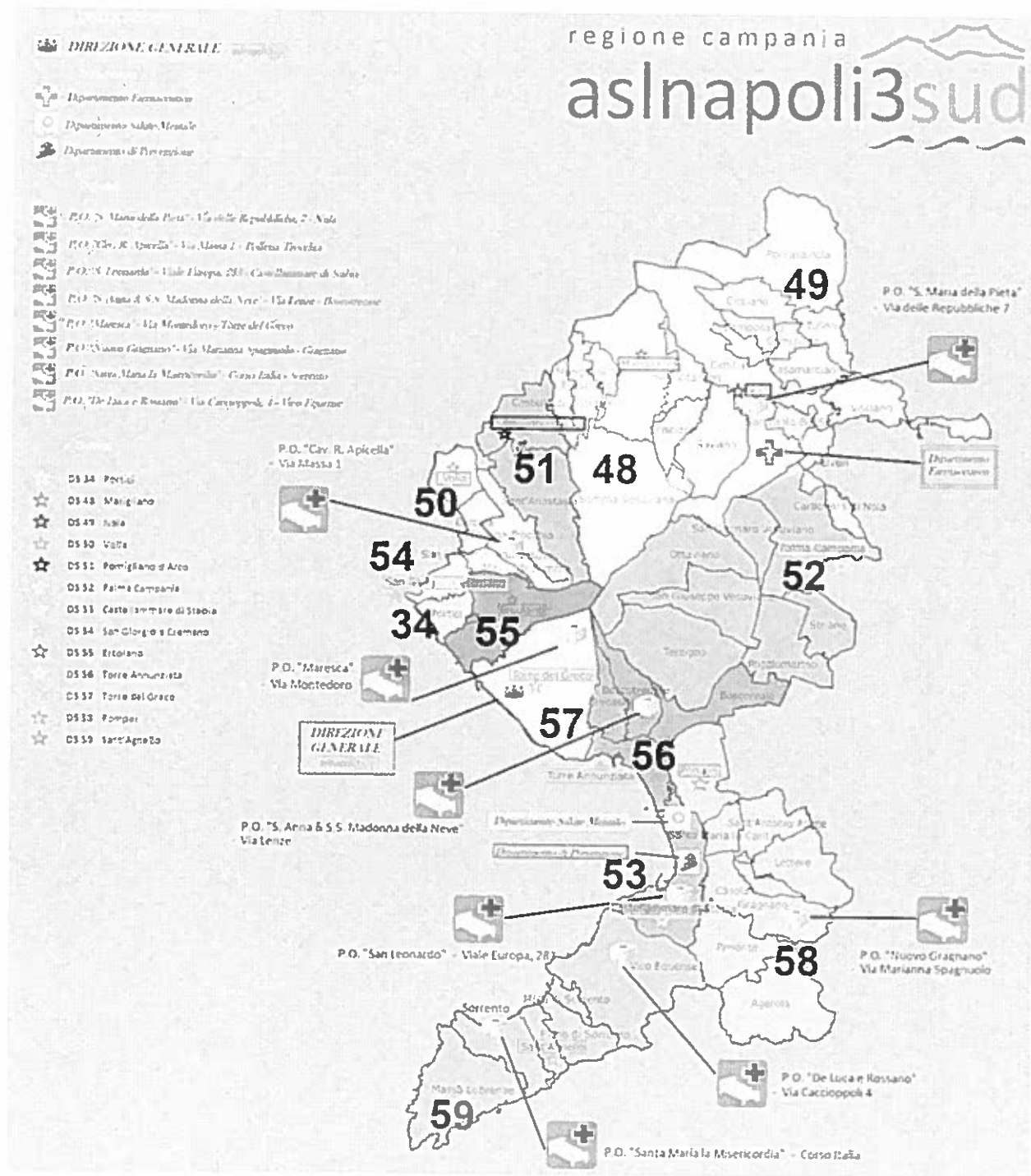


Fig. n. 2 Allocazione punti erogativi prestazioni sanitarie ASL Napoli 3 Sud

L'organizzazione

L'Azienda garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale.

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali in cui si concentrano le competenze professionali e le risorse finalizzate all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari mediante produzione di prestazioni e allo svolgimento di funzioni tecnico amministrative e di committenza.

Le strutture organizzative professionali sono strutture monoprofessionali che si identificano nelle Aree

AA

Omogenee dipartimentali.

Le Reti professionali, si caratterizzano come strutture di coordinamento tecnico – professionale, quali quelle che si costituiscono per le attività collegate ai fondi vincolati (DCA 105/2014, DCA 134/2016, ecc.).

Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività. Sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi. Sono strutture organizzative funzionali:



Lo Staff

Macrostruttura

UU.OO. della Direzione Aziendale

Dipartimenti funzionali

Dipartimento Integrato Materno Infantile

Dipartimento Scienze Mediche, assistenza Riabilitativa Ospedaliera e Post acuzie

Dipartimento di Laboratorio e Anatomia Patologica

Dipartimento Diagnostica per Immagini

Dipartimento Attività territoriale e integrazione Socio - sanitaria

Dipartimento Area Critica

Dipartimento Area Chirurgica (in fase di istituzione)

La pubblicazione del regolamento dei predetti Dipartimenti, stabilirà le funzioni organizzative degli stessi, appena enunciati nell'Atto aziendale

Dipartimenti strutturali

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento delle Dipendenze

Dipartimento di Salute Mentale

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
	Dipartimento Farmaceutico

Macrostruttura

Distretti Sanitari

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

Macrostruttura

Ospedali

	Presidio Ospedaliero di Nola Stabilimento di Pollena Trocchia
	Presidio Ospedaliero di Castellammare di Stabia Stabilimento di Pollena Trocchia
	Presidio Ospedaliero di Bosco Trecase
	Presidio Ospedaliero di Torre del Greco
	Presidio Ospedaliero di Vico Equense
	Presidio Ospedaliero di Sorrento

Macrostruttura	
I Servizi Amministrativi, Tecnici e Professionali	
	UOC AFFARI GENERALI
	UOC AFFARI LEGALI
	UOC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
	UOC AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA NORD
	UOC AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA AREA SUD
	UOC GESTIONE RISORSE UMANE
	UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE
	UOC GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE (INGEGNERIA CLINICA)
	UOC SVILUPPO E GESTIONE TELECOMUNICAZIONI ED IMPIANTISTICA
	UOC COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO D.P. ASSISTENZA TERRITORIALE SOCIO-SANITARIA
	UOC AMMINISTRATIVA DIP. PREV

Tab. n. 3 Assetto Organizzativo ASL Napoli 3 Sud

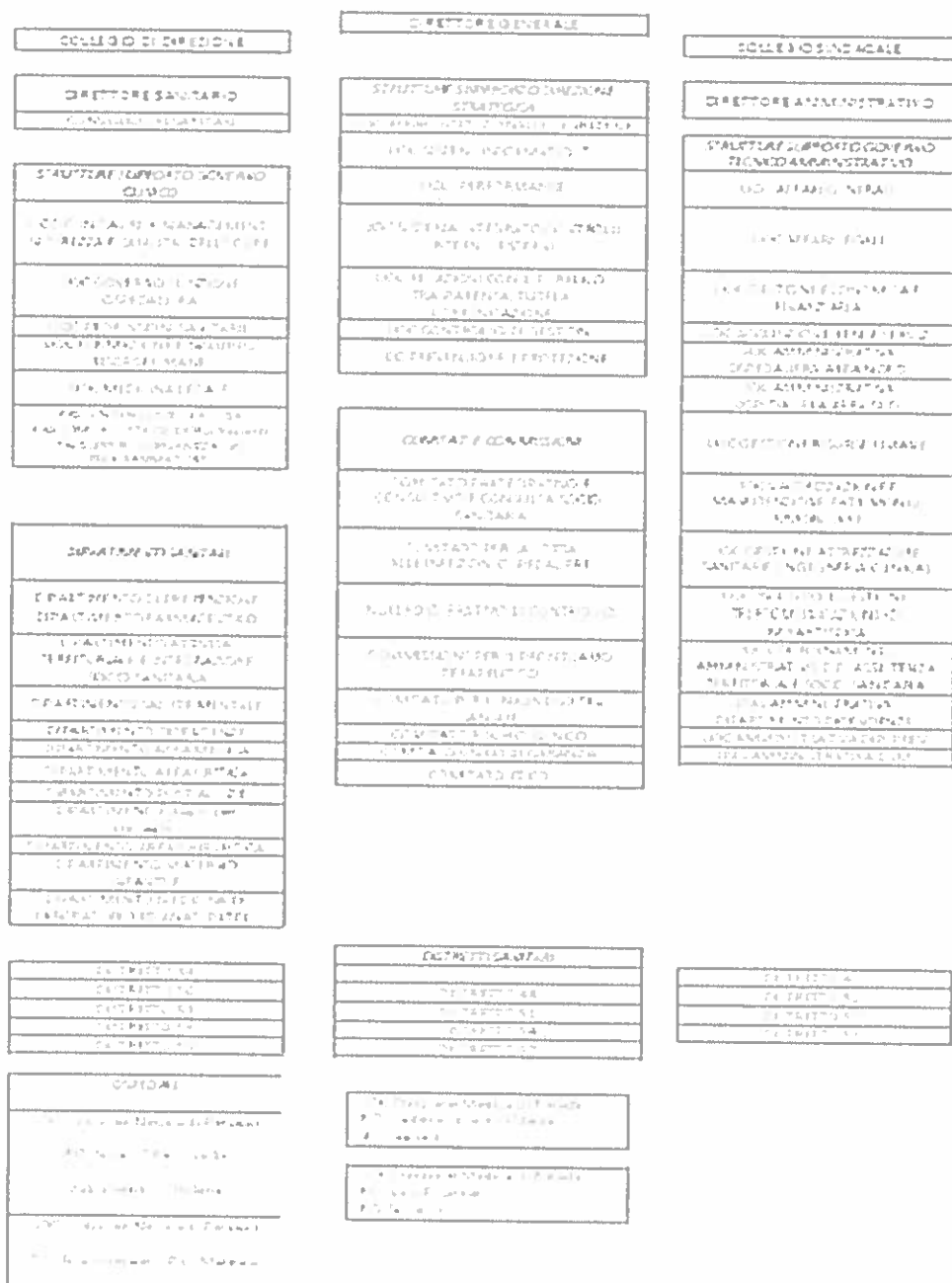
L'attuale assetto organizzativo dell'ASL Napoli 3 Sud, sarà titolare degli obiettivi da perseguire per il periodo 2019 – 2021, accelerando la piena attuazione dell'Atto Aziendale.

Infatti, l'attuazione dell'Atto Aziendale, determinerà inevitabilmente la rimodulazione del presente piano Performance.

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

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

aslnapoli3sud



In pubblicazione dal

Fig. n. 3 Organigramma alla completa attuazione dell'atto azienda



Personale

Personale dipendente

I dipendenti, stando ai dati in possesso sono poco più di 4.500 a tempo indeterminato a cui si aggiunge il numero dei dipendenti a vario titolo presenti in azienda.

(non si è possesso di dati aggiornati)

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

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

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

Ruolo Tecnico

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

Operatore Tecnico Idraulico	2
Operatore Tecnico Imbianchino	1
Operatore Tecnico Magazziniere	10
Operatore Tecnico Muratore	1
Operatore Tecnico Personal Computer	7
Operatore Tecnico Spec. Esperto Custode	1
Operatore Tecnico spec.esperto -conduttore di caldaia	2
Operatore Tecnico Special. Autista Ambulanze	28
Operatore Tecnico Special. Centralinista	10
Operatore Tecnico Specializzato	3
Operatore Tecnico specializzato conduttore di caldaia	2
Operatore Tecnico specializzato cuoco	2
Operatore Tecnico Specializzato Elettricista	2
Operatore Tecnico Specializzato Esperto autista Ambulanza	13
Operatore Tecnico Specializzato Esperto Centralinista	2
Operatore Tecnico specializzato Esperto elettricista	1
Operatore Tecnico Specializzato Esperto -idraulico	1
Operatore Tecnico Specializzato Guardia Giurata	1
Operatore Tecnico Termo/Idraulico/Meccanico	1
Operatore Tecnico -videoterminalista-	25
Ausiliario Specializzato	46
Totale Parziale	410

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

Professioni	
Architetti	1
Avvocati e Procuratori Legali	7
Dirigenti Professionali (Ingegneri)	2
Totale Parziale	10
Totale Generale	4.584

Tab. n. 4 – Dotazione Organica al 02/09/2016 (ultimi dati disponibili)

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

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

Con nota prot. n. 72720 del 15/05/2019, l'U.O.C. GRU, trasmette la tabella che segue:

Anno	Ruolo	Cessati	Assunti	Saldo
		(A)	(B)	(B-A)
2012	Dirigenza	80	30	50
	Comparto	210	77	133
	Totale	290	107	183
2013	Dirigenza	34	32	2
	Comparto	105	98	7
	Totale	139	130	9
2014	Dirigenza	49	6	43
	Comparto	127	46	81
	Totale	176	52	124
2015	Dirigenza	65	15	50
	Comparto	142	30	112
	Totale	207	45	162
2016	Dirigenza	70	34	36
	Comparto	109	76	33
	Totale	179	110	69
2017	Dirigenza	59	100	-41
	Comparto	156	48	108
	Totale	215	148	67
2018	Dirigenza	165	162	3
	Comparto	190	89	101
	Totale	355	251	104

Tab. n. 5 – Personale Assunto/Cessato al 31/12/2018

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

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

Totale	802	155	957
---------------	------------	------------	------------

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

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

2.3 IL CONTESTO

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

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

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

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

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

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

In questo senso, anche gli sforzi di identificare livelli omogenei di servizi sul territorio, devono tener conto della differenziazione non solo, com'è ovvio, legata alla differente presenza di stati di disagio – misurati sulla presenza-assenza di risorse fondamentali per il benessere –, ma anche dei differenti contesti in cui questi stati si collocano, che possono rendere più o meno adeguata un'uguale combinazione di interventi. Una connessione rilevante tra salute della popolazione e contesto socio-economico viene anche posta al centro del Libro Bianco Europeo *"Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-20"*, che sottolinea come "la speranza di vita in buona salute", dipendente da una varietà di politiche sociali, sia un "fattore chiave per la crescita economica", e quindi come la spesa in tali politiche rappresenti "un investimento", necessario per assicurare condizioni di sviluppo.

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

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

2.4 LA POPOLAZIONE

Al 31 dicembre 2017 la popolazione residente nei territori inclusi nell'ASL Napoli 3 Sud è di 1.073.493 abitanti, in calo per il terzo anno consecutivo.

Dalle tabelle e grafici che seguono si evidenzia un incremento della popolazione > 65 anni, come a livello nazionale, ma le previsioni demografiche indicano un ulteriore inasprimento del processo di invecchiamento per i prossimi decenni.

Il numero di stranieri residenti, al 31 dicembre 2017, è pari a 33.414

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

Distretto 34 - (Ambito territoriale n. 11) – Comuni n. 1 - Portici

Estensione Territoriale 4,60 km² - Densità Abitativa 11.959,13 ab./km²

Portici



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

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

Marigliano



Brusciano



Castello di Cisterna



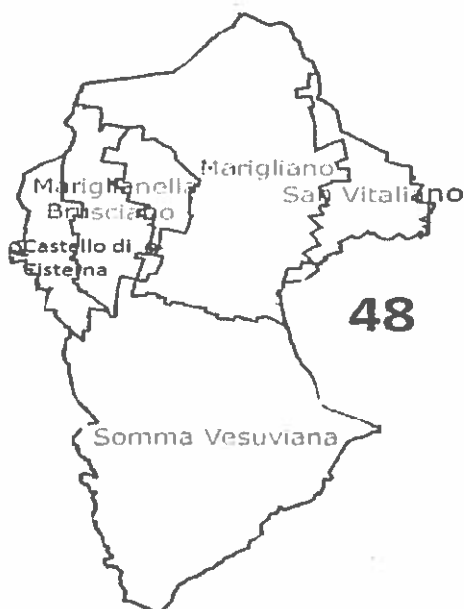
Mariglianella



San Vitaliano



Somma Vesuviana



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

Distretto 49 – (Ambito territoriale n. 23) – Comuni n. 14 - NOLA
 Estensione Territoriale 134,55 km² - Densità Abitativa **816,43 ab./km²**

Nola



Camposano



Carbonara di Nola



Casamarciano



Cicciano



Cimitile



Comiziano



Liveri



Roccarainola



San Paolo Bel Sito



Saviano



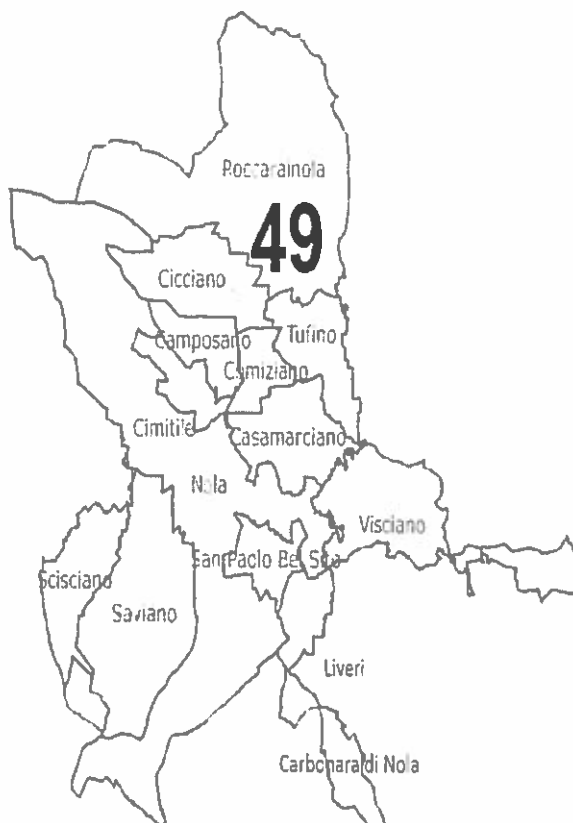
Scisciano



Tufino



Visciano



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

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

Volla



Cercola



Massa di Somma



Pollena Trocchia



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

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

Pomigliano d'Arco



Sant'Anastasia



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

Distretto 52 – (Ambito territoriale n. 26) – Comuni n. 7 – PALMA CAMPANIAEstensione Territoriale 106,22 km² - Densità Abitativa 1.246,20 ab./km²

Palma Campania



Ottaviano



Poggiomarino

San Gennaro
VesuvianoSan Giuseppe
Vesuviano

Striano



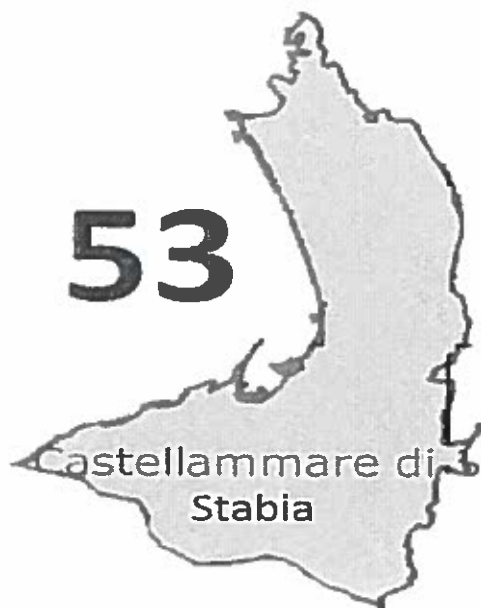
Terzigno



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

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

Castellammare di
Stabia



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

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

San Giorgio a
Cremano



San Sebastiano al
Vesuvio



San Sebastiano al Vesuvio

54 Giorgio a Cremano

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

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

Ercolano



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

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a final flourish.

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

Torre Annunziata



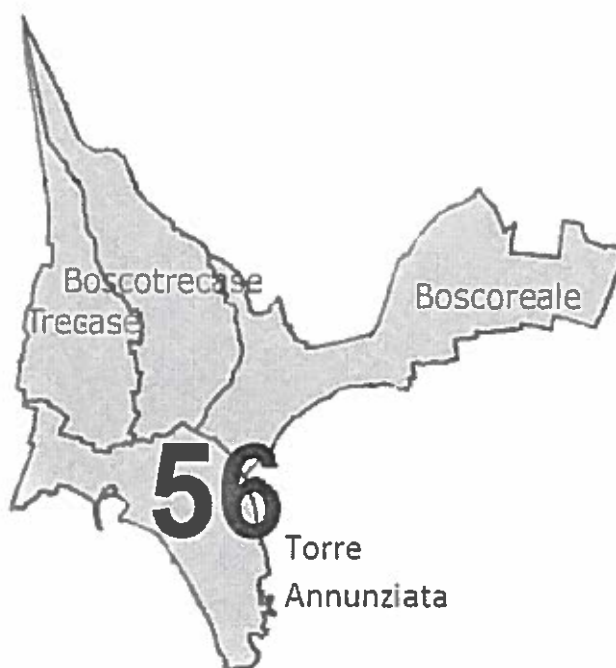
Boscoreale



Boscotrecase



Trecase



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

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

Torre del Greco



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

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

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



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



Distretto 59 – (Ambito territoriale n. 33) – Comuni n. 6 – SANT'AGNELLOEstensione Territoriale 72,92 km² - Densità Abitativa 1.123,96 ab./km²

Sant'Agnello



Massa Lubrense



Meta



Piano di Sorrento



Sorrento



Vico Equense



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

Gli indicatori demografici

L'analisi di seguito riportata è stata effettuata utilizzando la popolazione al 01_01_°2017

La piramide dell'età

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

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

Tab. n. 5 La piramide dell'età

Piramide dell'Età

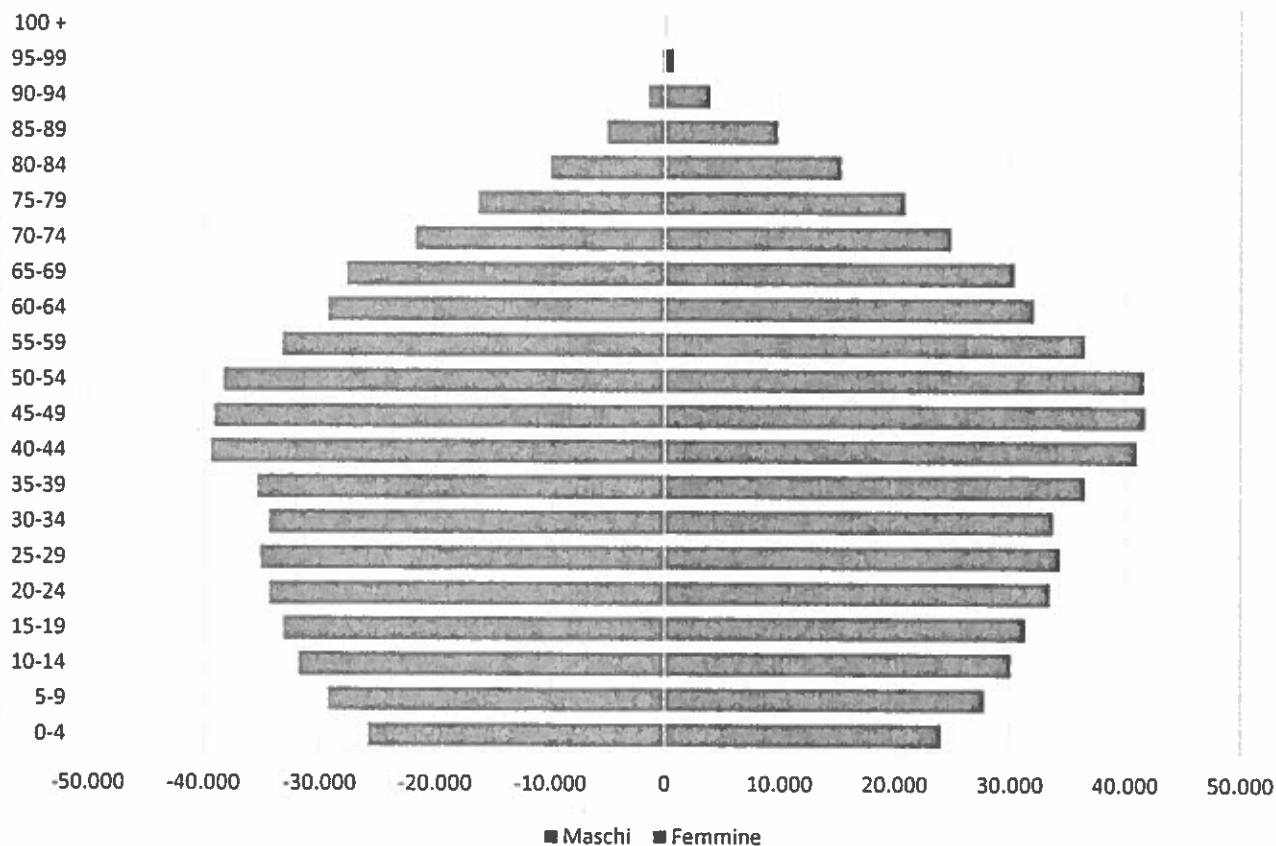


Fig. n. 4 La piramide dell'età

Distribuzione per fasce e sesso

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

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

Tab. n. 6 Distribuzione per fasce e sesso

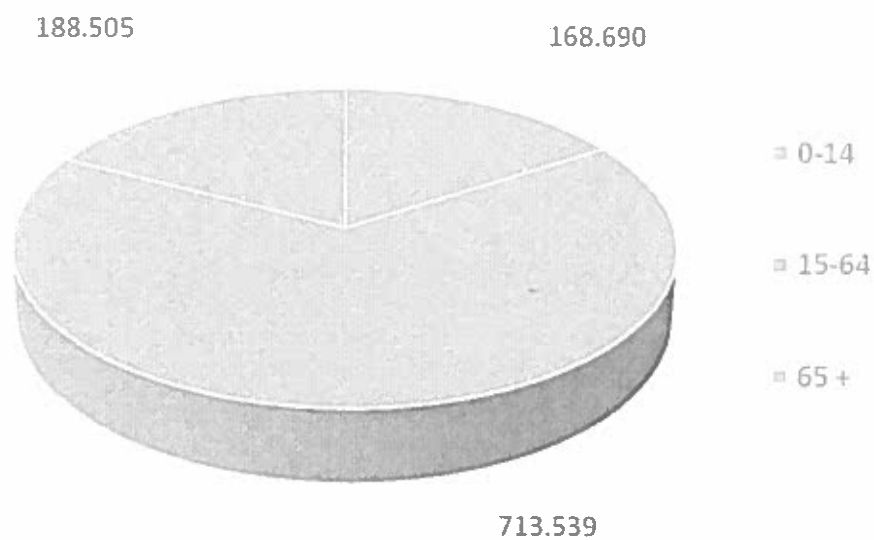


Fig. n.5 Distribuzione per fasce di età



Fig. n. 6 Distribuzione per fasce e sesso

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

	Popolazione Totale al 01/01/2017	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	75 + anni
ASL Napoli 3 Sud	1.070.734	111,75	26,42	50,06	49.817	168.690	713.539	104.580	83.925

Tab. n. 7 Indici Asl Napoli 3 Sud

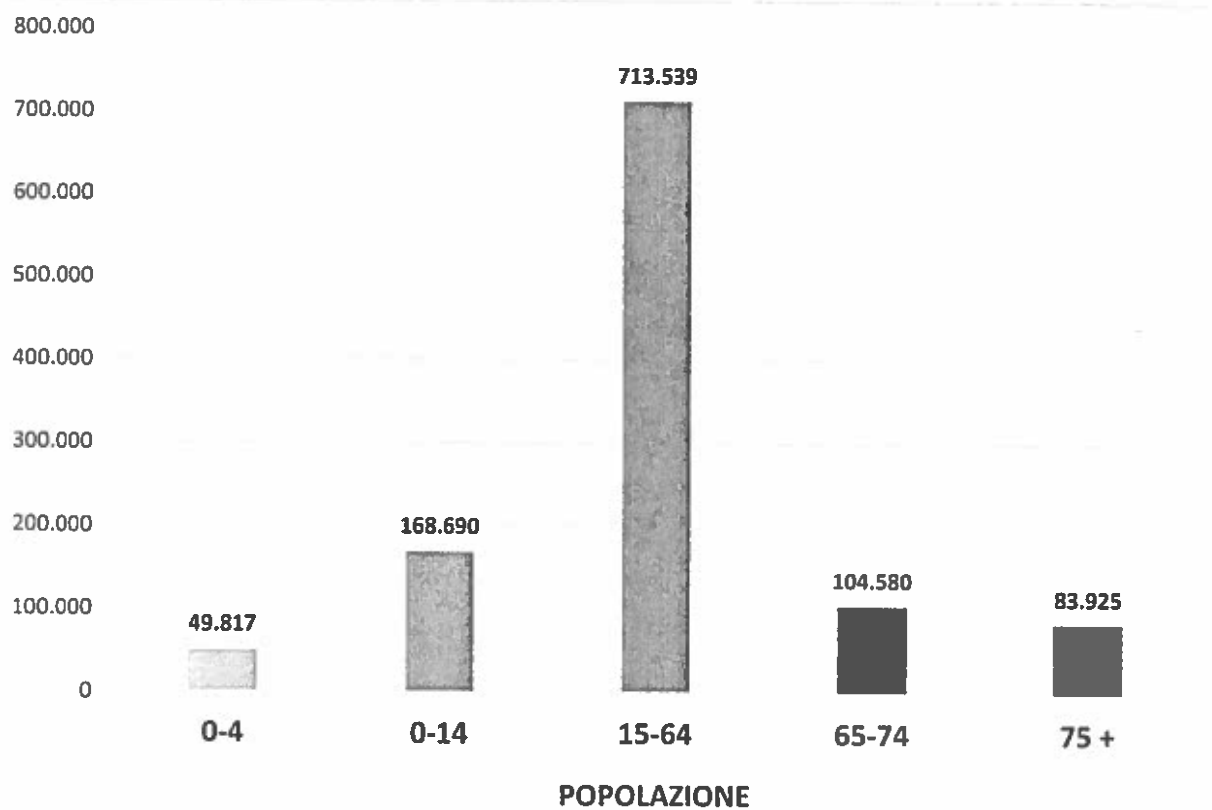
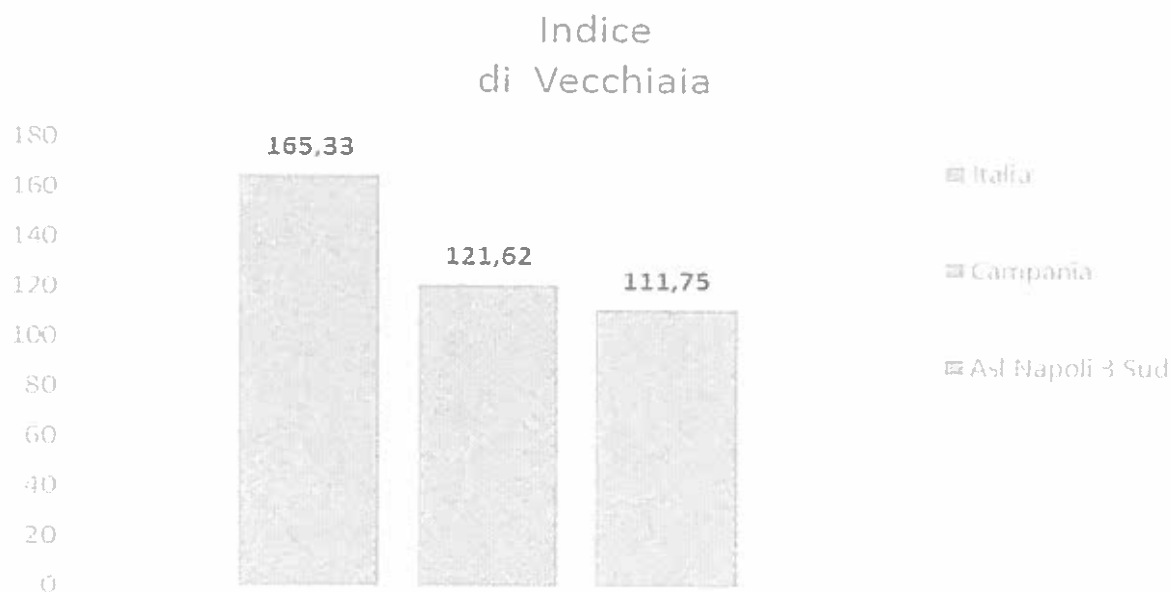


Fig. n. 7 Indici Asl Napoli 3 Sud - Distribuzione per fasce di età

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

Tab. n. 8 Raffronto con dati Nazionali e Regionali

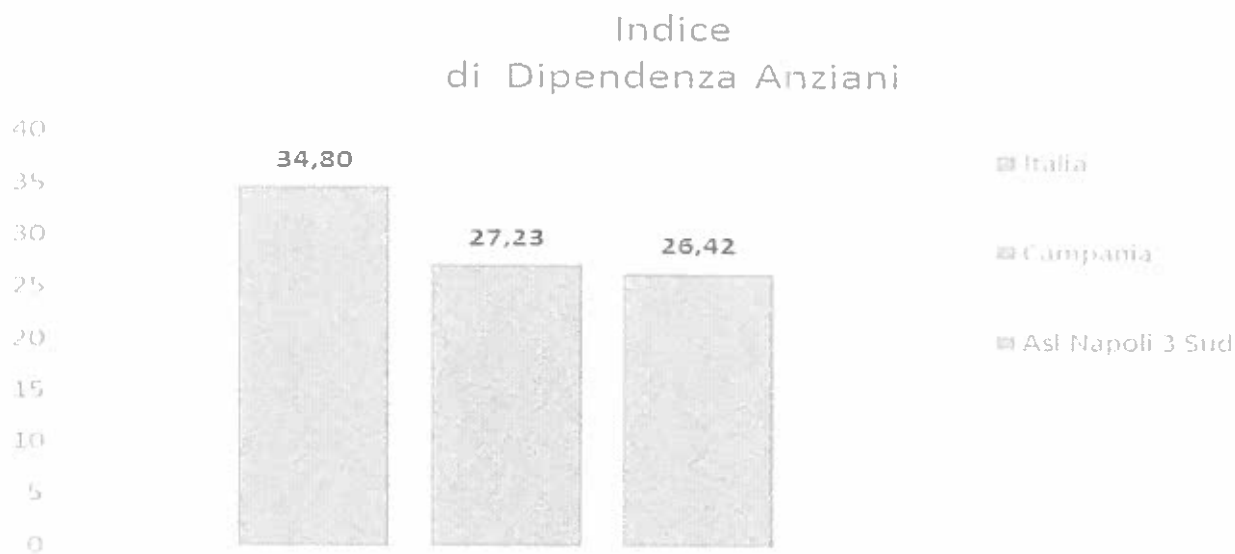
Indice di vecchiaia



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

Fig. n. 8 Indice di vecchiaia

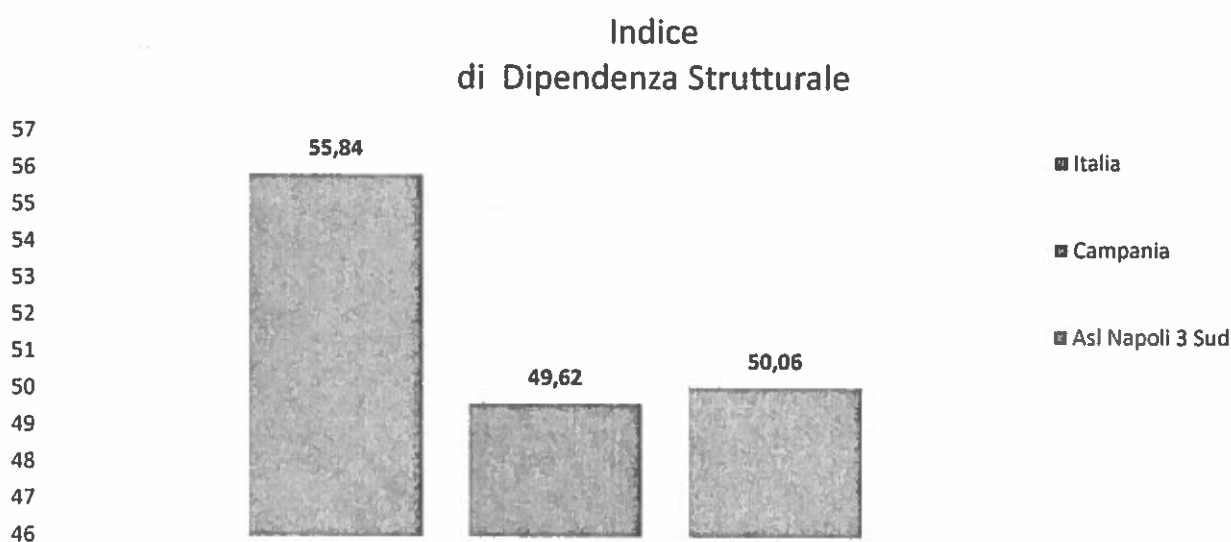
Indice di dipendenza



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

Fig. n. 9 Indice di dipendenza anziani

Indice di dipendenza strutturale



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

Fig. n. 10 Indice di dipendenza strutturale

Cittadini stranieri

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

Cittadini stranieri nei Distretti ASL Napoli 3 Sud

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

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

Tab. n. 9 Cittadini stranieri nei Distretti ASL Napoli 3 Sud



Fig. n. 11 Cittadini stranieri territorio ASL Napoli 3 Sud distribuzione per paese di provenienza

Paese di Origine	M/F
Ucraina	7.529
Cina	4.744
Romania	4.470
Bangladesh	3.825
Marocco	3.313
Polonia	1.621
Bulgaria	1.253
India	652
Albania	548
Sri Lanka (ex Ceylon)	470
Russia	453
Algeria	335
Nigeria	300
Brasile	284
Tunisia	265
Pakistan	235
Moldova	231
Filippine	209
Regno unito	179
Cuba	156
Gambia	154
Senegal	125
Mali	110
Ghana	103
Germania	98
Bielorussia	91
Indonesia	83
Costa d'Avorio	78
Francia	69
Spagna	64
Georgia	63
Stati Uniti	62
Perù	56
Colombia	55
Dominicana, Repubblica	51
Venezuela	37
Croazia	36
Egitto	34
Thailandia	31

Paese di Origine	M/F
Burkina Faso (ex Alto Volta)	23
Messico	22
Serbia, Repubblica di	22
Capo Verde	22
Kirghizistan	22
Portogallo	22
Ungheria	21
Belgio	21
Congo (Repubblica del)	21
Giappone	19
Eritrea	18
Ecuador	17
Slovacchia	17
Niger	17
Austria	16
Svizzera	16
Turchia	15
Siria	15
Ceca, Repubblica	14
Canada	13
Svezia	13
Cile	11
Dominica	11
Benin (ex Dahomey)	10
Sud Africa	10
Ciad	10
Armenia	9
Guatemala	9
Togo	9
Somalia	9
Lettonia	9
Myanmar (Ex Birmania)	9
Irlanda	8
Danimarca	8
El Salvador	7
Kenya	7
Oceania	6
Uzbekistan	6
Norvegia	6

Paese di Origine	M/F
Malta	4
Panama	4
Timor-Leste	4
Libano	4
Etiopia	4
Guinea-Bissau	4
Tanzania	3
Apolide	3
Slovenia	3
Angola	3
Uruguay	3
Cambogia	3
Uganda	3
Honduras	3
Nepal	3
Israele	3
Congo, Rep. Democ.(ex Zaire)	3
Burundi	2
Taiwan (ex Formosa)	2
Mauritius	2
Libia	2
Sierra Leone	2
Santa Sede (Città del Vaticano)	2
Iraq	2
Montenegro	2
Iran, Repubblica islamica dell'	2
Nuova Zelanda	2
Kosovo	2
Seychelles	2
Malaysia	1
Lussemburgo	1
Terr.Autonomia Palestinese	1
Mauritania	1
Nicaragua	1
Corea del sud	1
Mongolia	1
Ruanda	1
Giordania	1
Centrafricana, Repubblica	1

Guinea	29	Vietnam	6	Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea del Nord)	1
Macedonia, ex Jugoslava	28	Sudan	6	Totali	33.414
Lituania	28	Liberia	6		
Grecia	27	Kazakhstan	5		
Argentina	27	Costa Rica	5		
Paraguay	26	Finlandia	5		
Afghanistan	25	Estonia	5		
Paesi Bassi	24	Australia	4		
Camerun	23	Bolivia	4		
Madagascar	23	Bosnia-Erzegovina	4		

Tab. n. 10 Paese di Origine M/F

Comuni più popolosi della ASL Napoli 3 Sud

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

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

Tab. n. 11 Comuni più popolosi della ASL Napoli 3 Sud

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

Inoltre, l'Asl Na3 Sud presenta un'alta densità abitativa (DA) pari a 1.737 abitanti/ Km²: con una



popolazione di circa 1.073.493 abitanti distribuiti in 57 comuni su una superficie pari a 620 Km², tale DA è una delle più alte della Regione ed è di gran lunga superiore a quella media nazionale. Alcuni comuni, in particolare, mostrano densità abitative estremamente elevate come S. Giorgio a Cremano 11.500 ab/ Km², Torre Annunziata 6.000 ab/ Km² e Castellammare di Stabia 3.600 ab/ Km².

Demografia e salute

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

Infatti le tabelle di cui al punto precedente dimostrano quanto sia rilevante l'invecchiamento demografico progressivo e il miglioramento della sopravvivenza che comporta un incremento della domanda e conseguente la necessità di un adeguamento dell'offerta diagnostico assistenziale; inoltre per contrastare tale andamento è utile anche rafforzare gli interventi di prevenzione primaria volti a limitare l'esposizione ai principali fattori di rischio. Gli indicatori di salute perinatale (mortalità infantile, allattamento al seno e ricorso al parto cesareo) indicano la necessità di attivazione di programmi specifici per la protezione della maternità

E il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrica nel periodo perinatale, l'ottimizzazione del numero di punti nascita e la riduzione del tasso di parti cesarei ed intensificare gli interventi di sorveglianza e promozione della salute nei luoghi di lavoro; sussistono indicazioni per una valutazione attenta dei bisogni assistenziali in relazione alle disabilità e alla non autosufficienza.

Dati sanitari

Patologie oncologiche: sono ben note e documentate le problematiche oncologiche nella popolazione regionale, oggetto di specifici studi da parte dell'ISS, ma sovrapponibili per la popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud. L'analisi dei trend temporali dell'incidenza oncologica contribuisce in modo significativo a comprendere l'andamento della patologia sul territorio, il suo modificarsi nel tempo e le cause che ad esso sottendono. In tre tumori, mammella della donna, prostata e colon - sia nei maschi che nelle donne- è stato rilevato un trend in progressivo e significativo aumento dei tassi di incidenza, nonostante che gli stessi siano tutt'ora più bassi rispetto al Pool. Una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica sul territorio regionale evidenzia due aspetti principali:

- 1) un trend in aumento di alcuni tumori quali mammella, colon retto, tiroide, prostata, seppure in linea con i corrispettivi trend rilevati a livello nazionale;
- 2) il persistere di una minore sopravvivenza oncologica che rende palpabile la contraddizione tra una minore incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però ad una maggiore mortalità osservata rispetto a quella attesa in relazione all'incidenza.

Sul deficit di sopravvivenza, pesano notevolmente:

- 1) la perdurante bassa compliance degli screening della cervice uterina e della mammella e il solo recente avvio di quello del colon retto;
- 2) le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
- 3) l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari (migrazione sanitaria, notevole presenza di strutture sanitarie private convenzionate) in assenza di uno standard di qualità di riferimento, sia di tipo diagnostico che terapeutico; ciò impedisce, tra l'altro, la realizzazione di una analisi, oltre che dei costi, anche della qualità delle prestazioni rese.

Il tasso di mortalità per il complesso dei tumori maligni osservato anche per la nostra azienda risulta nelle donne quasi sovrapponibile al valore nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per tumore del fegato, della laringe e della vescica

Altre patologie: Quando si analizzano le cause specifiche di mortalità, tra gli uomini vi è in Campania una larga prevalenza di tassi superiori alla media nazionale. Sono infatti più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattia dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito. Per quanto riguarda i tumori maligni nel loro complesso, i tassi osservati in Campania sono superiori al dato nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per i tumori nelle seguenti sedi: fegato, laringe, trachea, bronchi e polmone, prostata, pancreas, vescica.

Tra le donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente.

Risalta il tasso di mortalità per diabete mellito (4.88) quasi doppio di quello italiano (2.58).

La mortalità generale risulta essere più alta del valore medio nazionale ed in entrambi i generi.

Per quanto riguarda la mortalità, la situazione in Campania è piuttosto critica: il tasso di mortalità generale in Campania è superiore al tasso italiano in entrambi i generi ed è il più elevato in Italia. In Campania, nell'ASL Napoli 3 Sud, come in Italia, sono le malattie del sistema circolatorio a rappresentare la quota maggiore di mortalità, circa il 40%.

Prevalenza delle principali patologie croniche

Pazienti in Trattamento Dialitico

Anno 2016		
	N. Pazienti	% Sulla Popolazione
ASL Napoli 3 Sud	925	0,1%
Dati Regione Campania	4.869	0,1%

Pazienti che utilizzano presidi per diabetici

Anno 2016		
	N. Pazienti	% Sulla Popolazione
ASL Napoli 3 Sud	47.469	4,4 %
Dati Regione Campania	263.079	4,7%

Pazienti che utilizzano statine

Anno 2016			
	N. Pazienti	N. Assistibili	% su totale ass.
ASL Napoli 3 Sud	120.791	1.072.919	11,26
Dati Regione Campania	647.378	5.869.180	11,03

Pazienti con BPCO

Anno 2016		
	N. Pazienti	% Sulla Popolazione
ASL Napoli 3 Sud	193.871	18 %
Dati Regione Campania	976.765	17%

Prestazioni sanitarie

Assistenza Domiciliare Integrata

Anno 2017			
	Casi Trattati	Casi Trattati Anziani	Casi Trattati terminali.
ASL Napoli 3 Sud	6.136	5.069	305
Dati Regione Campania	52.123	44.173	4.441

Assistenza Residenziale e Semi - Residenziale

Anno 2017						
		Residenziale			Semi - Residenziale	
	Posti	Utenti	Giornate	Posti	Utenti	Gionate
Assistenza agli Anziani						
ASL Napoli 3 Sud	123	127	42.563	-	-	-
Assistenza ai Disabili Fisici						
ASL Napoli 3 Sud	50	39	13.993	-	-	-
Assistenza ai Disabili Psicici						
ASL Napoli 3 Sud	216	207	74.509	-	-	-
Assistenza ai Malati Terminali						
ASL Napoli 3 Sud	-	-	-	-	-	-
Assistenza Psichiatrica						
ASL Napoli 3 Sud	80	78	24.541	130	492	17.975
Dati Regione Campania	3.124	4.198	778.114	1.485	3.097	278.606

ANALISI SWOT

Si presenta di seguito un'analisi SWOT connessa allo scenario di contesto, esterno ed interno, ove vengono evidenziati i punti di forza e i punti di debolezza che hanno caratterizzato le condizioni in cui questa Azienda ha operato nel periodo corrente:



<u>PUNTI DI FORZA (Strength)</u> • Sempre maggiore integrazione socio – sanitaria • Crescente integrazione tra Ospedale e Territorio. • Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa con risparmi ed economie. • Promozione della salute degli immigrati. • Potenziamento delle RSA per pazienti “fragili”. • Incremento delle attività di screening oncologici in particolare per la mammella, l’utero e il colon-retto. • Avvio integrazione e potenziamento della rete informatizzata aziendale. • Programmazione e potenziamento degli interventi di Promozione della Salute e di Prevenzione • Crescente sinergia tra interventi formativi e livelli operativi di intervento	<u>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</u> • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Notevole riduzione del personale, non sostituito, e blocco delle assunzioni • Riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane. • Risorse umane non stabilizzate e con contratti a termine. • Alta spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata. • Presenza di alcuni indicatori di salute negativi. • Sistema informatico in fase di implementazione in azienda con conseguenti problematiche di change management (resistenza al cambiamento) su nuove metodologie e nuove procedure informatizzate
<u>OPPORTUNITA’ ESTERNE (Opportunities)</u> • Legislazione Regionale centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio. • Piano Nazionale di Prevenzione, quindi Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 • Sviluppo di nuove tecnologie di informazione. • Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governance</i>, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell’efficienza ed efficacia dei servizi. • Fondi e opportunità finanziarie vincolate per l’attuazione di progetti specifici per target critici. • Attuazione del Piano Ospedaliero.	<u>EVENTI/MINACCE ESTERNE (Threats)</u> • Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo). • Stato di indigenza e di forte disagio sociale di parte della popolazione. • Difficoltà per i medici prescrittori ad operare ulteriori restrizioni sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche. • Carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio.

Gli elementi dell’analisi SWOT, devono essere valutati nella loro integrità e non considerati separatamente; occorre avere un “quadro generale” della reale situazione per poter decidere e orientare al meglio le azioni dell’Azienda al fine di raggiungere gli obiettivi fissati eliminando le difficoltà che possano impedire, nella fattispecie, il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione.

Dall’analisi SWOT si evidenziano caratteristiche di particolare complessità per il momento “storico” e congiunturale che si sta attraversando e che richiede a tutti gli operatori un impegno sempre maggiore per poter raggiungere le performance attese.



3. Parte terza

L'attività di pianificazione strategica illustrata dal Piano della Performance 2019-2021 prevede la definizione di obiettivi strategici annuali che si desumono da:

- A. Il programma di mandato del Direttore Generale;
- B. Il collegamento con i documenti di programmazione economico-finanziaria;
- C. Il collegamento col Piano anticorruzione e trasparenza (PTPC);
- D. Il ruolo dell'amministrazione sanitaria (la sua vision, la mission ed i valori espressi) rispetto alla comunità e ai cittadini;
- E. L'evoluzione del contesto esterno di riferimento:
 1. l'evoluzione delle aspettative dei cittadini, degli operatori, ecc.;
 2. i vincoli di risorse e le linee guida che derivano dalla gestione e dalle norme nazionali;
 3. l'evoluzione delle normative nazionale e regionali di riferimento;
- F. La congiuntura economica e le priorità che ne derivano in termini di intervento socio – sanitario aziendale.

3.1 Albero della performance ASL Napoli 3 Sud

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche che si declinano in obiettivi operativi.

Rappresentazione grafica dell'albero della *performance*:

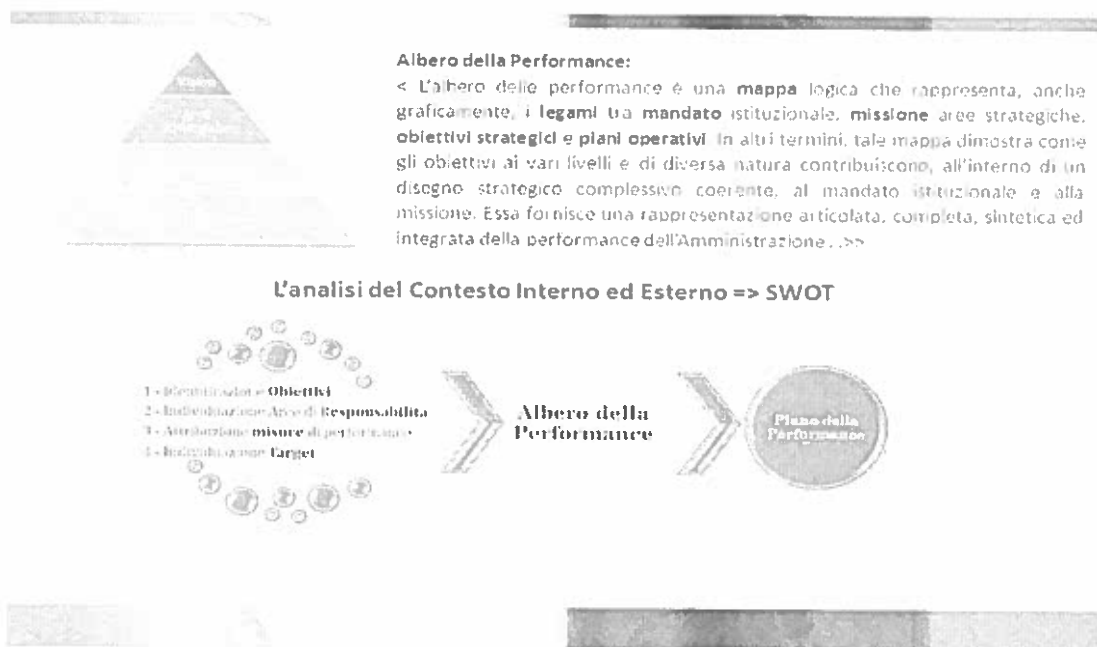


Fig. n. 12 Albero della Performance

[Firma]

Il sistema adottato dall'ASL Napoli 3 Sud, nel piano della performance 2019 – 2021, seguendo un percorso timidamente iniziato nel 2017, si pone nella strada di Kaplan e Norton alla ricerca delle principali aree chiave di performance, seguendo la sequenza logica delle relazioni di causa ed effetto, per ottenere i risultati strategici attesi facendo leva sui determinanti degli stessi. L'organizzazione, che è stata adottata anche per il corrente anno, individua prospettive, dimensioni e obiettivi, in una struttura a cascata:

- le prospettive caratterizzano i processi di erogazione dei servizi;
- le dimensioni stabiliscono i fattori da monitorare;
- gli obiettivi definiscono i progetti dal punto di vista operativo, che poi vengono caratterizzati da indicatori e target di riferimento.

La Direzione strategica dell'ASL Napoli 3 Sud ha stabilito un Piano delle Azioni, nel quale sono state definite le specifiche aree di intervento (strutturali; implementazione di nuove attività; appropriatezza delle prestazioni; redistribuzione di risorse e riorganizzazione territoriale; percorsi per pazienti fragili, critici e psichiatria; attuazione del piano di prevenzione) e le azioni con riferimento a quanto già eventualmente avviato e/o completato nel corso dell'anno 2017/2018.

L'albero della performance nasce dalla traduzione di quanto sopra descritto in obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2019. Si propone di seguito lo schema sintetico delle prospettive per l'anno 2019:

- ✓ APPROPRIATEZZA;
- ✓ EFFICACIA CLINICA;
- ✓ EFFICIENZA;
- ✓ EQUILIBRIO FINANZIARIO;
- ✓ INTEGRAZIONE/COORDINAMENTO;
- ✓ LEGALITA';
- ✓ PREVENZIONE SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO.

Gli obiettivi aziendali vengono strutturati, in schede descrittive che stabiliscono innanzitutto le caratteristiche dell'obiettivo (il risultato atteso, il target e le scadenze), individuando nel Direttore di Dipartimento/Direttore P.O./ Direttore Distretto Socio sanitario/Direttore U.O.C. e nel responsabile S.S.D., in qualità di "esperto", il titolare del processo di specifica competenza.

Il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del più complesso processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'ASL Napoli e Sud.

Nel caso dell'ASL Napoli 3 Sud, gli attuali obiettivi del mandato triennale del Direttore Generale, definiti con la D.G.R. n. 375/2016, sono distinguibili nelle seguenti categorie:

1. Obiettivi che richiedono l'adeguamento della Rete Ospedaliera, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità;
2. Obiettivi relativi allo sviluppo della rete relativa alle prestazioni ambulatoriali, secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio;
3. Obiettivi di riqualificazione territoriale, con particolare riferimento alla Continuità Assistenziale;
4. Obiettivi di equilibrio economico-finanziario, da perseguire attraverso il monitoraggio attivo del contenzioso e la progressiva riduzione nel triennio della quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata a titolo di riequilibrio programmato;
5. Obiettivi relativi alla realizzazione e implementazione del Programma delle attività territoriali distrettuali;
6. Obiettivi relativi all'attuazione degli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

Questi obiettivi sono stati oggetto di verifica di metà mandato, come da Relazione del Direttore Generale, redatta sulla base dell'art. 3 bis comma 6 del D.Lgs. 502/92, sull'attività svolta, trasmessa in Assessorato.

Obiettivi di mandato del Direttore Generale sono anche quelli di cui al decreto n.99 del 14/12/2018 del

Commissario ad Acta, approvati dall'ASL Napoli 3 Sud con Deliberazione del Direttore n. 135/2019.

Obiettivi di mandato sono anche tutte le attività collegate ai fondi vincolati.

Il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, di specifica competenza di ogni dirigente, consentirà l'accesso al processo di valutazione del piano della performance 2019 – 2021.

L'albero della performance declina le linee strategiche delle direttive nazionali e regionali nel programma del Direttore Generale, costituendo le basi per la definizione degli obiettivi di performance organizzativa e individuale dell'ASL Napoli 3 Sud.

3.1.1 Definizione degli obiettivi strategici ed individuali

Il processo di fissazione degli obiettivi è un percorso che coinvolge tutta l'organizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud, secondo le seguenti fasi:

Definizione Obiettivi di performance organizzativa

- Adozione del Piano 2019-2021 da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, con definizione delle linee guida strategiche e definizione degli obiettivi strategici trasversali, "performance organizzativa", validi per tutte le strutture (ed inseriti, con pesi diversi, sia nelle schede di valutazione dei Dirigenti e quindi nelle schede del Comparto).
- Illustrazione del Piano performance 2019-2021, ai Direttori di Dipartimenti (Strutturali e Funzionali), ai Direttori di PP.OO., ai Direttori di Distretti Socio Sanitari, ai Direttori UU.OO.CC. (Area Med/Vet e STAP) e ai Responsabili di UU.OO.SS.DD..
- Declinazione degli obiettivi di performance organizzativa attraverso una serie di colloqui con i Direttori di cui sopra, i quali a seguire provvedono ad assegnarli ai propri Dirigenti.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono indirizzati al miglioramento dell'efficienza, all'ottimizzazione dell'economicità e allo sviluppo della qualità del servizio ai cittadini.

Obiettivi di performance organizzativa ed individuale 2019 - misuratori

Gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale 2019 sono assegnati, in linea con gli obiettivi di Piano 2019-2021, con il Programma di mandato del Direttore Generale, nel rispetto delle normative vigenti.

In questa fase di attuazione dell'Atto Aziendale va colta l'opportunità di:

- Aggiornamento della mappatura dei processi della Struttura, in ottica di razionalizzazione e semplificazione
- Individuazione tra i processi mappati, quelli che comportano il trattamento dei dati personali - normativa privacy
- Aggiornamento dell'analisi del rischio corruzione, secondo il Piano Nazionale Anticorruzione
- Rispetto delle norme sulla trasparenza
- Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione individuate dai dirigenti in sede di valutazione e trattamento dei rischi specifici di processo.

Definizione Obiettivi di performance individuale

Conclusa la fase di definizione, inserimento e validazione degli obiettivi di performance organizzativa, si procede con la fase di inserimento degli obiettivi di performance individuale:

- I Dirigenti valutatori inseriscono gli obiettivi individuali a sistema, nelle schede di ciascun Dirigente. Fondamentale prevedere il collegamento fra gli obiettivi di performance individuale assegnati ai dirigenti e gli obiettivi strategici e gestionali dell'Azienda.

Nel 2019, questa U.O. avvia una fase di sperimentazione con la Direzione del P.O. San Leonardo - Stabilimento di Gragnano e con il Distretto Socio Sanitario n. 58, per la valutazione individuale, relativa ai comportamenti, alle attitudini, all'allineamento alle linee guida dell'organizzazione:

- Capacità di gestione delle risorse umane
- Capacità manageriali
- Capacità di comunicazione
- Gestione degli strumenti di valutazione dipendenti.

Si allega modello scheda (cfr. all. n. 1).

Si prevede inoltre che, ai sensi del D. Lgs 74/2017, il sistema di misurazione e valutazione della performance sia adottato e aggiornato annualmente, previo **parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione**, che verifica il rispetto della metodologia di valutazione (annualmente aggiornata, secondo le normative vigenti e le condizioni interne/esterne), la coerenza e la significatività degli obiettivi inseriti e il rispetto delle tempistiche.

Anche per il 2019, sono stati individuati obiettivi collegati al processo della trasparenza e della anticorruzione. La novità del 2019 è l'obiettivo di "Lean Management", che potrà supportare anche la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro, il dialogo fra dirigente e collaboratori, e fornire nuove idee e nuovi spunti operativi per il miglioramento continuo dell'organizzazione aziendale.

Nella definizione degli obiettivi, strategici ed individuali, è stato posto l'accento sullo **sviluppo della managerialità** dei Dirigenti, sia in termini di progettualità e risultati operativi, sia in termini di gestione e motivazione del proprio gruppo di lavoro.

Si è tenuto conto dell'esigenza di includere tra gli obiettivi organizzativi quello del miglioramento dell'efficienza di ciascuna struttura aziendale.

La metodologia di valutazione 2019 presuppone che, ove gli obiettivi di performance individuale assegnati ai dirigenti siano correlati agli obiettivi strategici o gestionale del DEFR, gli indicatori e i target siano i medesimi.



4. Parte quarta

4.1. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della *performance*

4.1.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

In questa sezione e nei paragrafi che seguono, si richiama ai processi contenuti nel ciclo della performance, con focus in particolare al raccordo del Piano con gli altri documenti di programmazione e processi chiave di monitoraggio dell'amministrazione regionale.

4.1.2. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

Nel 2019 il ciclo di gestione della performance sarà sottoposto a successivi affinamenti in ottica di miglioramento continuo, in funzione della nuova normativa nazionale e del rinnovato contesto organizzativo in cui l'Amministrazione opera.

Il primo obiettivo di performance organizzativa 2019 conferma ed amplia il processo di mappatura ed efficienza dei processi, a livello di singola struttura dirigenziale, per tutta l'ASL Napoli 3 Sud.

Tali processi vengono "clusterizzati" in macroprocessi, per identificarli in modo più chiaro e fruibile.

Segue quindi l'analisi del rischio corruttivo, e la proposta, da parte della dirigenza, di misure di prevenzione del rischio stesso.

Si introduce, per la prima volta, ed alla luce della più recente normativa in materia di privacy, la verifica di tutti i processi che presentano analisi e tutela dei dati personali.

Un ulteriore obiettivo di performance organizzativa 2019, è indirizzato al dialogo fra dipendenti e dirigenti e tra questi e l'Azienda Sanitaria, la conoscenza degli obiettivi raggiunti e il peso raggiunto dal singolo operatore e quindi dalla struttura.

Per quanto concerne gli obiettivi individuali, assegnati al dirigente valutatore, si rende necessario per il 2020, attivare il sistema informativo Skema, "Cruscotto della Performance", che potrà fornire alcuni dati, indicatori ed informazioni fungibili alla valutazione della performance, con particolare riferimento agli obiettivi del LEA, riducendo la discrezionalità nella valutazione.

I tre principali documenti di programmazione dell'ASL Napoli 3 Sud, in orizzonte triennale sono:

- *Bilancio di Previsione;*
- *PTPC;*
- *Piano Performance.*

Documenti strettamente collegati tra loro, ma distinti per competenze e quindi non sovrapponibili.

La Valutazione della Performance Organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Atto Aziendale:

- Dipartimenti Strutturali;
- Dipartimenti Funzionali
- Direzioni Sanitarie di Presidio;
- Direzioni Sanitarie di Distretto;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.),
- Strutture Semplici.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di norma annuale. Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono verificate dalla U.O.C. Controllo di

Gestione, che attuerà le dovute iniziative al fine di individuare le motivazioni che hanno determinato gli scostamenti e quindi li trasferisce all' U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance.

La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'O.I.V.

La valutazione della performance organizzativa costituisce "conditio sine qua non" per il conseguimento della retribuzione di risultato.

L'ASL Napoli 3 Sud per l'assegnazione degli obiettivi di performance anno 2019, utilizza il modello che segue:

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1						
2						
3						
4						
n...						
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario/
Il Direttore amministrativo

Per accettazione
Il Direttore

4.1.3. Trasparenza del ciclo di gestione della *performance*

Al fine di garantire una piena visibilità del processo complessivo del ciclo di misurazione e valutazione della performance e una piena condivisione da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, si prevedono due distinti piani, quello rivolto all'esterno e quello rivolto all'interno.

Trasparenza verso l'esterno

Per quanto riguarda l'esterno, la comunicazione e la trasparenza riguardano in primo luogo il rapporto fra amministrazione e cittadini: trasparenza significa accessibilità totale ed ha lo scopo di "favorire forme diffuse di controllo".

Per tali motivi è necessario che l'apposita sezione del sito istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud: quella destinata alla "Amministrazione trasparente", accessibile dalla home page del sito istituzionale, sia resa di facile accesso, che gli operatori addetti, assunti per tali funzioni, siano dedicati solo ed esclusivamente al supporto di tutti i Direttori per rendere meno farraginosi le fasi per la pubblicazione.

Si ricorda che la normativa prevede che l'OIV operi in affiancamento al responsabile prevenzione

della corruzione, comunicando al Dipartimento Funzione Pubblica i dati di competenza dello stesso, sovrintendendo agli obblighi di pubblicazione degli stessi su web (trasparenza), con competenza specifica del Presidente dell'OIV alla firma annuale delle griglie elaborate dall'Autorità Anticorruzione.

La normativa prevede anche l'istituzione di una "**Giornata della trasparenza**" annuale, a cura dell'Amministrazione, che esplicita i propri obiettivi e risultati, rivolgendosi agli stakeholders a tutti i livelli.

Anche per il 2019, l'ANAC ha individuato il termine del 31 marzo come scadenza per predisporre gli adempimenti sulla trasparenza, a cura dell'OIV, e il termine del 30 aprile per la pubblicazione delle griglie predisposte.

Questo aspetto risulta particolarmente importante, anche alla luce degli indirizzi desumibili dalla Riforma Madia che prevedono che *"i cittadini e le organizzazioni della società civile partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione"* il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati. I risultati della rilevazione del grado di soddisfazione di cittadini e utenti "sono pubblicati dall'Organismo indipendente di valutazione, con cadenza annuale, sul sito dell'amministrazione" e gli "esaminatori" ne terranno conto "ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulla performance".

Gli strumenti operativi per un dialogo fra cittadini ed OIV saranno oggetto di attenzione e l'avvio di una fase di sperimentazione: la PA più vicina al cittadino, che diventa parte attiva di un processo di valutazione e quindi di miglioramento.

Comunicazione verso l'interno

Per quanto riguarda la comunicazione interna, ovvero la comunicazione a dirigenti e dipendenti, l'azione deve essere sviluppata su due ambiti:

- incontri informativi e formativi indirizzati ai Dirigenti/personale di comparto per garantire una corretta comunicazione e diffusione delle informazioni relative al ciclo di valutazione della performance; infatti, è intenzione di questa U.O., se messa nelle condizioni, di avviare almeno nel IV° trimestre 2019, giornate formative d'aula, con lo scopo di testare, attraverso alcune esercitazioni, la conoscenza degli strumenti di valutazione, ed approfondire le tematiche propedeutiche alla conclusione del ciclo della performance 2019. Analogamente, tali iniziative, saranno proposte anche nel corso dell'anno 2020 e 2021.
- quello informativo/mail/telefonico indirizzato (da qualunque dipendente, a qualunque livello) all' IPAS - STP; forme di comunicazione che consentiranno di rispettare tempi e scadenze;

4.2. Raccordo con gli strumenti della programmazione regionale

L'art. 1 co. 8 bis della L. n. 190/2012 come novellato dal D. Lgs. n. 97/2016 ha sottolineato la necessità *"che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza"*. La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento delle attività che pongono in essere per l'attuazione della Legge n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nei Piani della Performance (PdP) e negli analoghi strumenti di programmazione previsti nell'ambito ASL Napoli 3 Sud.

4.2.1 Raccordo con gli strumenti della programmazione strategica

Risulta fondamentale che il PTPC sia adeguatamente e concretamente collegato con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale dell'ASL Napoli 3 Sud

Coerentemente, il tema della prevenzione della corruzione tra i “Servizi istituzionali, generali e di gestione”.

In coerenza con quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, così come modificata dal D. Lgs. n. 97/2016, l'ASL Napoli 3 Sud con cadenza annuale definisce gli obiettivi strategici ed adotta il Piano Triennale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione. La coerenza con il Piano degli Obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione e con quelli indicati nel Piano della Performance è oggetto di valutazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale. In tale contesto, l'ASL Napoli 3 Sud si impegna a rafforzare l'integrazione tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, di programmazione, di controllo e di valutazione dell'Azienda stessa. Tale impostazione è in linea con l'esigenza di rafforzare l'efficacia del sistema di controllo interno con un'immediata ricaduta sulle misure di prevenzione della corruzione.

4.2.2 Raccordo con il ciclo della performance

Come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, risulta fondamentale che il PTPC sia adeguatamente e concretamente collegato con il ciclo della *performance* dell'ASL Napoli 3 Sud. Quindi l'Amministrazione procederà ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC). Sarà necessario, come già avvenuto negli anni scorsi, introdurre tra gli strumenti previsti dal ciclo della *performance*, in qualità di obiettivi 2019, quelli utili ai fini della prevenzione del fenomeno della corruzione.

Il Piano della Performance 2019-2021 di durata triennale, deve essere coordinato ed integrato, nella sua attuazione 2019, con il PTPC 2019-2021, prendendo in considerazione quegli obiettivi che preventivamente sono stati concordati e quindi individuati nel PTPC, legati alla prevenzione del rischio di corruzione, nonché alle azioni (cd. misure trasversali e non) atte a ridurre tale rischio.

Si ricorda che le attività, svolte dal personale Asl, individuate per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPC, se concordate a priori con l'U.O.C. VRU e Performance, vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, come previsto dal PNA, nel duplice versante della:

- ☐ *performance organizzativa*, come definita dall'articolo 8 del D. Lgs. 150/2009, modificato dal D. Lgs. 74/2017;
- ☐ *performance individuale*, come definita dall'articolo 9 del D. Lgs. 150/2009, modificato dal D. Lgs. 74/2017.

Nel piano delle Performance 2019 – 2021, obiettivi 2019, vista l'assenza della fase propedeutica tra l'U.O.C. VRU e Performance e il Settore Trasparenza e Anticorruzione, la scheda obiettivi performance 2019, individua nell' ob. n. 1 e nell' ob n. 2 la somma degli obiettivi collegati alla trasparenza e all'anticorruzione:

DIPARTIMENTO/DIST.SAN/P.O./U.O.C./U.O.S.D.						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3						
4						
5						
6						
n..						
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

II Direttore Superiore

Per accettazione

Nel Piano della Performance per il 2019, si rafforzerà, come obiettivo di *performance* organizzativa, lo *step* di monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione, avviato negli anni precedenti.

Inoltre, la novità consisterà nella razionalizzazione dei processi che andranno raggruppati in pochi "macroprocessi", consentendo, in tal modo, una più efficace omogeneizzazione anche delle misure trasversali correlate al macroprocesso stesso.

Dell'esito del raggiungimento degli obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel PTPC (e dunque dell'esito della valutazione delle performance organizzativa ed individuale) occorrerà dare specificamente conto nell'ambito della Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, l'amministrazione dovrà verificare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Dei risultati emersi nella Relazione delle performance il responsabile della prevenzione della corruzione dovrà tener conto:

- effettuando un'analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165 del 2001 ed i referenti del responsabile della corruzione;
- inserendo le misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il PTPC.

Anche la performance individuale del responsabile della prevenzione deve essere valutata in relazione alla specifica funzione affidata, a tal fine inserendo nel PdP la diretta responsabilità degli obiettivi affidati.

4.3. Attuazione di un modello di "Ciclo di gestione della performance" – Analisi componenti del sistema

Nell'accezione prevista dal D.lgs 150/2009 il ciclo della performance è il processo che collega la pianificazione, la definizione degli obiettivi, la misurazione dei risultati e la valutazione della performance declinata con riferimento all'Azienda nella sua globalità, alle unità organizzative e al singolo dipendente. Tale processo, che vede coinvolto l'ASL nel suo complesso (il vertice direzionale con il servizio valutazione risorse umane e performance, controllo di gestione e controllo interno ed esterno, i dirigenti e tutto il personale) nonché gli stakeholder (cittadini/utenti, professionisti, associazioni, imprese, etc.), è collegato all'utilizzo di un sistema di valutazione premiante.

In particolare, la norma si prefigge la costituzione di **un sistema globale di gestione della performance con 4 attori principali**, tre interni alle amministrazioni ed uno esterno: il vertice aziendale, la dirigenza, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e all'esterno il Dipartimento della Funzione Pubblica (e ANAC per gli aspetti relativi alla trasparenza e prevenzione della corruzione).

In sintesi, il Titolo II prevede la seguente dinamica per il ciclo di gestione della performance:

FASE

Individua le metodologie di base del ciclo di gestione delle performance

RESPONSABILE

Dipartimento della Funzione pubblica



Definisce le priorità politico-amministrative dell'ente di riferimento	Vertice aziendale
Attua le priorità strategiche traducendole, attraverso l'attività di gestione, in servizi per i cittadini	Dirigenti e Dipendenti
Supporta metodologicamente lo svolgimento del ciclo di gestione delle performance, assicura l'applicazione delle metodologie predisposte da Funzione Pubblica e ANAC	Organismo Indipendente di Valutazione

Gli obiettivi sottesi sono quelli di migliorare: i processi di pianificazione, di misurazione, di valutazione, di premialità e di rendicontazione.

Prevalgono l'ottica di risultato (la verifica di un concreto miglioramento in tutti questi ambiti) e di trasparenza (la messa a disposizione, anche su internet, delle risultanze di questo sistema).

4.4 Ruoli e responsabilità nel ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle seguenti fasi:

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

Si realizza dunque un **ciclo di gestione della performance** che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione (ed allocazione di risorse), monitoraggio, misurazione e valutazione, esiti della valutazione e rendicontazione.

Il **concetto di performance** non è la versione inglese del "rendimento" o della "produttività", ma rappresenta il **passaggio fondamentale dalla logica di mezzi a quella di risultato**. La produttività è collegata all'efficienza, la performance è collegata ad un insieme di elementi (efficienza, efficacia, economicità e qualità dei servizi al cittadino).

La valutazione viene dunque intesa non come un adempimento di fine periodo, ma come uno strumento manageriale che, dalla fase di fissazione degli obiettivi alla valutazione dei loro esiti di periodo, consente all'organizzazione di crescere, migliorare ed innovare.

Le finalità del sistema di misurazione e valutazione

Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a misurare e valutare i risultati raggiunti sia dall'amministrazione nel suo complesso, sia dalle strutture che la compongono.

In sanità queste misurazioni e valutazioni sono strettamente correlate al sistema budgetario e, conseguentemente, ai livelli di raggiungimento degli obiettivi definiti nell'applicazione del sistema. L'assegnazione degli obiettivi di budget e la valutazione del loro raggiungimento è effettuata a livello centralizzato tramite apposita metodologia come di seguito illustrata.

Percorso differente segue il piano della performance, prettamente collegato agli obiettivi dati al Direttore Generale, dati dall'organo regionale.

I criteri e gli esiti del processo di valutazione, sono proposti dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e approvati dalla Direzione Strategica. Il documento finale è pubblicato nel sito istituzionale.

L'ASL Napoli 3 Sud misura e valuta la performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle direzioni in cui si articola e ai singoli dipendenti, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti nonché la crescita delle competenze professionali, con la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dalle UU.OO. e direzioni (performance organizzativa) e dagli individui (performance individuale).

4.5 La performance organizzativa

La Performance Organizzativa prevede i seguenti ambiti principali, indirizzati dalle linee guida di efficienza, economicità, qualità dei servizi al cittadino:

- l'attuazione delle politiche di soddisfazione dei bisogni della collettività,
- lo sviluppo degli strumenti offerti dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione,
- lo sviluppo manageriale dell'organizzazione,
- la riduzione dei costi e dei tempi,
- la quantità e qualità dei servizi offerti,
- gli obiettivi delle pari opportunità.

4.6 La performance individuale

- La performance individuale, per dirigenti e comparto, prevede i seguenti ambiti principali: indicatori di performance operativa di struttura/servizio, specifica per attività e progetti chiave (fondi vincolati),
- la qualità del contributo (in termini di comportamento organizzativo - fattori di prestazione) al raggiungimento degli obiettivi dell'ente,
- il grado di differenziazione delle valutazioni dei collaboratori.

La valutazione del personale (comparto) deve considerare i seguenti ambiti principali:

- il raggiungimento degli obiettivi di gruppo o individuali
- il contributo al raggiungimento degli obiettivi complessivi del servizio.

4.7 I soggetti competenti del sistema di valutazione

La funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta:

- dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance che assicura il rispetto della metodologia e la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, partecipandovi nei termini di cui al presente documento, e valida gli esiti della performance;
- dai dirigenti, che valutano le performance del personale assegnato comprese gli operatori di comparto.

In particolare, l'OIV propone alla Direzione Generale la valutazione dei Direttori di dipartimento, di UU.OO.CC., di UU.OO.SS. DD., nel rispetto della metodologia e della normativa vigente (art. 14, comma 4, lett. e), del D.Lgs. n. 150/2009).

4.8 Integrazione con il sistema attuale

La definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori ed il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse si realizza attraverso i seguenti strumenti di programmazione:

- Le linee guida contenute nel programma di mandato del Direttore Generale con un orizzonte temporale di tre anni;
- Documento di Economia e Finanza che fissa su una base triennale gli indirizzi strategici della programmazione aziendale che è di base per la programmazione finanziaria dell'ASL Napoli 3 Sud.
- Piano triennale della Prevenzione della Trasparenza e della Corruzione (PTPC 2019-2021) che, tra gli obiettivi a valenza triennale, deve individuare la mappatura dei processi e la loro realizzazione, nonché l'analisi, la valutazione e il trattamento del rischio corruttivo.
- Gli obiettivi devono essere in linea con i bisogni della collettività, con la missione istituzionale e le priorità strategiche dell'ente. Devono essere specifici e misurabili in termini concreti e chiari, determinare un miglioramento della qualità dei servizi, definiti su standard comparati a livello nazionale e ove possibile internazionale, confrontati con le tendenze del triennio precedente e collegati alle risorse disponibili.

4.9 Monitoraggio e misurazione in corso

Il monitoraggio degli aspetti metodologici e delle scadenze è realizzato continuativamente dall'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, dall'IPAS – STPA e dall'Organismo Indipendente di Valutazione, attraverso la predisposizione degli stati di avanzamento nei documenti di programmazione, presentati periodicamente agli organi di vertice dell'ASL Napoli 3 Sud.

A seguito di tali verifiche, posso essere introdotti eventuali interventi correttivi necessari per la effettiva realizzazione degli obiettivi.

Il monitoraggio e la misurazione in corso d'anno dell'andamento della performance, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori si realizza attraverso la valutazione intermedia che coinvolge l'U.O.C. Controllo di Gestione e l'U.O.C. Controllo Interno ed Esterno nonché i dirigenti e tutti gli operatori.

4.10 La rendicontazione dei risultati

Ai sensi del D. Lgs 150/2009, ogni anno deve essere adottata dall'ASL Napoli 3 Sud una **Relazione sulla Performance**, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che dà conto dei risultati dell'ente e dei risultati individuali, evidenziandone gli scostamenti e il bilancio di genere.

La rendicontazione dei risultati attraverso la redazione della Relazione sulla performance è finalizzata alla presentazione dei risultati conseguiti agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi anche in adempimento di quanto previsto dalla legislazione vigente. La Relazione sulla Performance viene pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Approvata la Relazione dalla Direzione Strategica, viene disposta, ai sensi della normativa vigente, l'erogazione della premialità per i Dirigenti e i dipendenti del comparto.

4.10.1 I sistemi di valutazione delle performance

Il sistema di valutazione delle performance nella ASL Napoli 3 Sud si articola, vista la peculiarità dei soggetti da "valutare", in più sottosistemi:

- La valutazione della dirigenza prende avvio dalla valutazione degli obiettivi di performance organizzativa che ciascun dirigente provvede a consuntivare al proprio apicale. L'OIV acquisisce le relazioni e monitora gli esiti delle attività di tutti i dirigenti, afferenti ai Dipartimenti, Distretti Sanitari, PP.OO., UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. a supporto della Direzione Strategica.
- Una volta valutati gli obiettivi di performance organizzativa, la valutazione degli altri obiettivi

individuali e dei fattori di prestazione verrà effettuata da ciascun Dirigente apicale, con il supporto metodologico dell'OIV.

- La valutazione del comparto verrà operata dalla dirigenza, eventualmente coadiuvata dalle posizioni organizzative.

Tutti i processi valutativi devono essere fortemente correlati tra loro in tutte le singole fasi: definizione e comunicazione obiettivi, colloquio di valutazione intermedio e finale.

4.10.2 Sistema di valutazione della dirigenza

Il sistema di valutazione della dirigenza si riverbera sul sistema retributivo attualmente in uso. Attualmente la retribuzione di risultato è percentualmente correlata al trattamento economico complessivo del dirigente, come determinato dalla contrattazione decentrata integrativa e si basa sulla misurazione del raggiungimento di obiettivi di performance organizzativa, performance individuale e sui fattori di prestazione.

4.10.3 Sistema di valutazione del comparto

Anche per il personale del comparto, la valutazione è composta da una parte legata agli obiettivi di performance organizzativa e una parte legata agli obiettivi individuali.

Per gli obiettivi ci si collega agli obiettivi del dirigente di riferimento.

Al dipendente, "a cascata", saranno assegnati gli obiettivi individuali legati all'obiettivo del dirigente. Questo significa che tutto il personale appartenente ad una stessa struttura viene collettivamente coinvolto nel raggiungimento anche degli obiettivi complessivi della unità cui appartiene.



5. Parte quinta

5.1. Le basi per una nuova visione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Il nuovo percorso, intrapreso dall'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, con il Piano della Performance 2019 – 2021, deve inevitabilmente porre le basi all'istituzione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance che deve essere in applicazione alle norme nazionali e regionali, ai sensi dei Contratti Nazionali di Lavoro vigenti e nel rispetto del dettato del D.Lgs. 150/2009.

L'oggetto del Sistema è la performance, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL Napoli 3 Sud e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

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

La misurazione della performance, che si intende attuare dal 2020, dovrà avere l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia, tale da rendere l'organizzazione capace di:

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

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

E' intenzione di questa U.O.C. , passare da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria, a strumenti di clinical governance e, quindi, di valutazione e management della performance clinica, basandosi sulle indicazioni provenienti dall'Evidence Based Medicine (EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi elaborati a livello aziendale, ecc.).

L'ASL Napoli 3 Sud inevitabilmente deve adottare, a partire dal 2020, un sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel ciclo di budget, che indirizzi e orienti i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui.

La mission dell'Azienda si fonda sui seguenti capisaldi:

- operare nel pieno rispetto delle norme legislative e delle linee guida regionali, anche attraverso l'applicazione di standard internazionali di eccellenza specifici del settore sanitario, sia nelle singole specialità che a livello aziendale;
- generare e alimentare costantemente una cultura della qualità centrata sulle persone, siano essi pazienti o operatori, lavorando per la tutela di entrambi attraverso l'implementazione di sistemi di controllo del rischio e attraverso strumenti di garanzia della qualità dei servizi erogati;
- garantire un ottimale rapporto tra risorse assegnate dal livello regionale e quindi risorse impegnate, attività progettata e attività svolte, risultati progettati e risultati ottenuti;
- coinvolgere, motivare e valorizzare il personale, per il quale si intendono essenziali interventi di informazione, formazione ed aggiornamento professionale, quali strumenti di crescita professionale e



di supporto tecnico-professionale finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, perseguendo così il miglioramento continuo delle attività svolte;

- realizzare una fattiva collaborazione con tutte le parti interessate e coinvolte nei processi dell'ASL

La mission prevede che il conseguimento degli obiettivi si realizzi attraverso una serie di passi fondamentali:

- ✓ l'assunzione di precise responsabilità da parte di tutti gli operatori;
- ✓ garanzia, in ogni circostanza, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni fornite;
- ✓ tempestività delle prestazioni;
- ✓ sviluppo di processi di comunicazione con i clienti interni ed esterni;
- ✓ attenzione al costante livello di sicurezza per clienti ed operatori;
- ✓ ottimizzazione dell'uso delle risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie;
- ✓ promozione della formazione permanente di tutti gli operatori e dello sviluppo delle competenze per un miglioramento continuo del servizio;
- ✓ l'ascolto e recepimento dei bisogni degli utenti ed adeguarsi ad essi nel tempo;
- ✓ l'approccio multidimensionale alla valutazione della performance;
- ✓ la definizione delle procedure fondamentali per la conduzione delle attività svolte;
- ✓ la definizione di metodologie per valutare i risultati raggiunti;
- ✓ la comunicazione ed il coinvolgimento di tutte le parti coinvolte;
- ✓ il continuo raffronto con il tessuto sociale del bacino di interesse aziendale per avere un costante monitoraggio dei fabbisogni di salute della popolazione.

La valutazione della performance, assolve ad una pluralità di scopi:

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

Massima deve essere la trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione trasparente" dei documenti previsti dalla normativa (Piano della Performance, Relazione annuale sulla performance, le tabelle retributive della premialità, i nominativi e i curricula dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione).

5.2. Infrastrutture di supporto

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

Nell'ASL Napoli 3 Sud l'avvio del sistema di Budget e della Programmazione sono affidati alle UU.OO.CC. indicate nell'Atto Aziendale.

All'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, tra le altre funzioni è affidato anche il compito di Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V. (IPAS STP); in particolare tra i suoi compiti sono previste le seguenti attività:

- supportare la Direzione Aziendale nella redazione dei documenti aziendali relativi alla programmazione (Piano della Performance e Relazione sulla Performance);
- predisporre le schede obiettivi performance, solo dopo aver acquisito le schede di budget per le Strutture secondo schemi concordati con la Direzione Generale;
- collaborare alla negoziazione e approvazione degli obiettivi di performance;
- archiviare le schede di performance firmate dai Direttori di Struttura;
- monitorare la congruità dei risultati con gli obiettivi assegnati;
- supportare l'O.I.V. nello svolgimento delle attività di competenze.

La Struttura Tecnica Permanente si interfaccia quindi con le altre Unità Operative aziendali che consentono la realizzazione del sistema: si tratta quindi di coordinarsi con tali soggetti ed anche individuare opportune regole

per l'acquisizione delle informazioni necessarie alla misurazione ed alla valutazione degli obiettivi, anche ad impulso delle rilevazioni, delle elaborazioni e delle trasmissioni dei dati (con le procedure informatiche) nelle scadenze che sono opportune per i compiti dell'O.I.V..

A tale scopo vengono coinvolte le strutture che si occupano di controllo di gestione, di sistemi informativi, di contabilità analitica, di gestione del personale e dei sistemi di incentivazione; d'altra parte possono essere di riferimento le strutture di staff che si occupano di qualità, di risk management, di customer satisfaction, di epidemiologia e di statistica sanitaria. In ogni caso il sistema aziendale coinvolge annualmente i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali (come possono essere la Farmacia e gli staff della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa), che comunque gerarchicamente sono a conoscenza delle criticità (quali ad esempio la Direzione Sanitaria Ospedaliera, il Coordinamento dei Distretti, la Direzione dei Dipartimenti territoriali e della Prevenzione), i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali collegate al Decreto 99 del 14/12/2019 approvato con deliberazione del Direttore generale 135 del 11/02/2019 e i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali collegate a funzioni di cui ai fondi vincolati: ad ognuno di questi soggetti viene richiesto fin dalla definizione degli obiettivi di prendersi in carico il monitoraggio e la misurazione dell'andamento degli obiettivi e di relazionarne alla Struttura Tecnica Permanente.

Infatti in questa fase di attuazione dell'Atto Aziendale e sino alla istituzionalizzazione della IPAS STP, ogni Dipartimento, P.O., Distretto Socio Sanitario e U.O.C. individuerà un dirigente che collaborerà col l'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance per le funzioni di competenza della STP collegate all'area di competenza.

Fase di sperimentazione
Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance 2019 – 2021,:
Distretto Socio sanitario n.58;
P.O. San Leonardo

Questa U.O., con il presente atto, intende avviare una fase di sperimentazione nel sistema di misurazione e valutazione della performance dell'ASL Napoli 3 Sud, proposta ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 150 2009 e costruito sulla base delle indicazioni fornite dalle successive delibere emanate dalla ANAC (già CiVIT) in materia di sistema di misurazione e valutazione della performance.

I contenuti di cui ai punti 2, 3, e 4 relativi alla descrizione del Sistema e al processo si riferiscono alla misurazione e valutazione sia della performance organizzativa che di quella individuale.

Il documento, che intende tradurre operativamente la delibera n. 89/2010 e le successive delibere CiVIT in tale ambito, dovrà essere sottoposto a monitoraggio e a valutazione con una manutenzione periodica, al fine di potersi adattare alle novità che emergono nella disciplina, alle normative di nuova pubblicazione, alle esigenze gestionali ed organizzative dell'Agenzia.

METODOLOGIA MISURAZIONE PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Si propone un sistema caratterizzato da appositi indicatori, che permettono di rilevare lo scostamento tra obiettivi pianificati e risultati conseguiti e informare di tali scostamenti gli organi responsabili, affinché possano decidere e attuare le opportune azioni correttive.

Al fine di migliorare la comprensione della misurazione e valutazione della performance si fa chiarezza sui concetti di obiettivo, indicatore e target che, nella gestione della performance, sono i tre elementi usati per rappresentare rispettivamente:

- ciò che si vuole perseguire (**obiettivo**);



- ciò che si utilizza per raccogliere ed analizzare i dati necessari per motivare i progressi ottenuti nel perseguimento dell'obiettivo (**indicatore**);
- il livello atteso di performance, misurato attraverso uno o più indicatori, che si desidera ottenere per poter considerare un obiettivo conseguito o raggiunto (**target**).

Esiste quindi una chiara distinzione tra obiettivo, indicatore e target, come esplicitato nella seguente tabella che rappresenta due esempi, il primo relativo ad un obiettivo a cui corrisponde un target in valore assoluto, ed il secondo a cui corrisponde un target espresso in valore %:

	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
	Ciò che si vuole perseguire	Ciò che si usa per misurare i progressi ottenuti	La quantificazione dell'obiettivo (incremento della produttività) nella dimensione misurata dall'indicatore (pratiche per addetto)
1)	Incrementare la produttività	N. di pratiche per dipendente	30 al mese
2)	Incrementare le attività di scientific advice	Richieste lavorate/ricieste accettabili ricevute	90%

I target sono la concretizzazione degli intenti in numeri.

L'assenza di target è giustificabile solo se obiettivi ed indicatori sono "esplorativi", cioè finalizzati alla conoscenza di attività e di processi.

Obiettivi, indicatori e target sono distinti, ma perfettamente complementari.

Obiettivo: definizione puntuale di un traguardo che l'organizzazione o l'unità organizzativa si prefigge di raggiungere in determinato arco temporale per realizzare con successo gli indirizzi programmatici, l'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione di informazioni relative alla performance ottenuta come conseguenza di un insieme di attività svolte.

Risultato: è l'effetto oggettivo e/o tangibile che l'obiettivo si prefigge di raggiungere affinché questo possa dirsi realizzato;

Indicatore: aspetto o caratteristica dell'obiettivo, del processo o del prodotto, misurabile, che fornisce informazioni significative sull'efficacia, l'efficienza, l'economicità o la qualità dell'attività svolta e sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;

Target: valore desiderato che un'entità si prefigge di ottenere rispetto ad un dato indicatore;

1.2 METODOLOGIA VALUTAZIONE PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Per meglio affrontare gli aspetti metodologici è utile rimarcare alcuni concetti di base, ormai patrimonio delle organizzazioni che da tempo hanno attivato il sistema di pianificazione e controllo. L'ASL Napoli 3 Sud intende il "**controllo di gestione**", detto anche "**controllo direzionale**", come il sistema operativo volto a guidare la gestione verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione operativa, rilevandone, attraverso la misurazione, il loro conseguimento.

Il sistema di controllo di gestione è strettamente connesso al sistema di pianificazione, definito come il sistema operativo attraverso il quale l'organizzazione definisce i suoi obiettivi e le azioni per conseguirli.

Le fondamentali azioni svolte dal Controllo di Gestione per verificare le attività svolte in base agli obiettivi assegnati possono riassumersi in:

- raccogliere i dati tramite le rendicontazioni fornite dagli Uffici/Unità preliminarmente individuati

- elaborare i dati, trasformandoli in informazioni predisponendo specifici report con cadenza semestrale;
- distribuire l'informazione alla Direzione Generale e fornire feedback agli Uffici/Unità coinvolti;
- trasmettere i dati o meglio i report all'U.O.C. VRU e Performance
- conservare i dati raccolti, archiviandoli.

L'approccio metodologico, descritto nei paragrafi successivi, permette di applicare un percorso ciclico tramite il quale, definita una strategia, si assegnano gli obiettivi, si monitorano i dati, si applicano azioni correttive - se necessario - e con i dati e i reporting si elaborano valutazioni che possono portare a revisione di programmi e in caso di necessità a modifiche della strategia stessa.

Questo approccio determina, pertanto, una dinamica che permette di attivare un processo decisionale che porta ad azioni correttive e alla eventuale modifica e ridefinizione degli obiettivi. Il cruscotto gestionale è pertanto lo strumento che guida le scelte decisionali e che permette di monitorare e di verificare, con dati e informazioni puntuali, l'esito del processo avviato.

L'applicazione complessiva del modello descritto consente un governo del sistema con adeguata e consapevole capacità decisionale, supportata da dati e informazioni tempestive, controllate, analizzate e con la descrizione dei possibili scenari alternativi.

L'amministrazione identifica le linee di indirizzo e i conseguenti obiettivi strategici ed operativi con una logica di "cascading", come esplicitato nel prosieguo del documento.

PROCESSO

Il documento che si propone ripercorre il processo del "Ciclo della performance" partendo dalla programmazione triennale dell'ASL Napoli 3 Sud fino ad arrivare al documento conclusivo, rappresentato dalla Relazione sulla performance annuale validata dall'OIV. Il ciclo della performance è imprescindibilmente collegato al Sistema di Valutazione e, conseguentemente, è correlato al sistema incentivante legato al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

a. FASI

Le linee di indirizzo dell'ASL vengono definite in base al Piano della performance e rappresentano la declinazione delle indicazioni strategiche derivanti dal Programma di attività triennale e dal Piano di attività annuale dell'Azienda, cui si aggiungono e si integrano le ulteriori linee strategiche e priorità dettate dalle norme Nazionali e Regionali.

Il modello di riferimento seguito è il **top down** che prevede una sorta di percorso a step "gerarchici" in base al quale il Direttore Generale riceve le indicazioni e le linee strategiche di indirizzo fissate dalla Regione Campania.

Altri obiettivi da proporre possono essere desunti da normative e leggi (Finanziaria, accordo Stato Regioni), da indirizzi e accordi internazionali, da esigenze di implementare nuovi servizi o di garantire attività scientifiche e di divulgazione, di migliorare i percorsi di qualità.

Successivamente il Direttore Generale, anche tramite riunioni collegiali ed eventualmente incontri dedicati, fornisce ai dirigenti delle Strutture organizzative le linee di indirizzo e relativi obiettivi strategici, con le relative risorse a disposizione.

Il Controllo di Gestione elabora e distribuisce per quanto di competenza, alla Direzione Generale e ai Direttori delle Strutture (distintamente per Centro di Responsabilità), la documentazione atta ad evidenziare:

- il livello dell'attività propria di ogni Struttura, facendo confronti omogenei con i periodi precedenti e proiezioni sull'anno in corso;
- gli scostamenti significativi dei livelli di attività rispetto a quanto indicato e sottoscritto nelle

schede obiettivi di budget

Dati che andranno trasmessi anche all'U.O.C. VRU e Performance, per gli obiettivi presenti nel Piano della Performance.

Tendenzialmente entro il mese di giugno di ogni anno, se conclusa la fase di valutazione del Piano della Performance, viene redatta dal VRU e Performance - con riferimento all'anno precedente - la "Relazione annuale della Performance", che dovrà essere supportata anche dalle relazione rappresentativa dei dati conclusivi da parte delle Strutture collegate al processo di budget. La Relazione di budget, sottoposta all'attenzione del Direttore Generale per la sua valutazione, assolve un duplice compito: certifica il livello di raggiungimento degli obiettivi da parte dei CdR e di conseguenza offre lo strumento all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per attivare, unitamente alla Relazione sulla performance, il sistema premiante.

Le verifiche finali in ordine al conseguimento degli obiettivi sottoscritti sono effettuate dal Responsabile sovraordinato, con l'avvallo da parte dell'OIV per la metodologia seguita.

I risultati della verifica costituiscono elementi di rilievo ai fini della valutazione periodica dei dirigenti, nonché fondamento per il collegamento con il sistema premiante rappresentato dalla retribuzione di risultato dei dirigenti e incentivazione alla produttività del personale del comparto.

L'OIV verifica la Relazione sulla performance ed è l'organo preposto alla validazione o meno della stessa.

b. TEMPI

Con riferimento alle tempistiche del processo di misurazione e valutazione della performance si riporta di seguito una tabella di sintesi.

Inoltre, per un maggiore dettaglio delle fasi del processo, viene allegato al presente documento il "Timing del Sistema di misurazione e valutazione della performance"

Sia la tabella che il Timing sono sviluppati considerando che il processo inizi in un determinato "anno N".

TIMING		DOCUMENTI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
Predisposizione documento		
Mese	Anno	
Sett-Dic	Anno N	Programma delle attività triennale (da Anno N+1 ad anno N +3)
Sett-Dic	Anno N	Piano delle attività (dell'anno N +1)
Sett-Ott	Anno N	Bilancio di previsione (dell'anno N +1)
Dic-Gen	Anno N /Anno N +1	Piano della Performance (da Anno N+1 ad Anno N +3)
Feb	Anno N+1	Assegnazione Obiettivi ai CdR (dell'Anno N +1)
Feb-Mar	Anno N+1	Assegnazione Obiettivi Individuali(dell'Anno N +1)
Lug	Anno N+1	Rendicont. Risultati I° sem. (dell'Anno N +1)
Set	Anno N+1	Reporting I° semestre(dell'Anno N +1)
Gen	Anno N +2	Rendicont. Risultati II° sem. (dell'Anno N +1)
Gen	Anno N +2	Relazione Obiettivi dei CdR (dell'Anno N +1)
Gen-Mar	Anno N +2	Valutazioni individuali del comparto (dell'Anno N +1)
Gen-Mar	Anno N +2	Proposte di valutazione individuale professionalità sanitarie (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Relazione annuale sul raggiungimento obiettivi per DG (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Valutazione Dirigenti II° fascia (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Valutazione Dirigenti professionalità sanitarie (dell'Anno n+1)
Apr-Mag	Anno N +2	Relazione del Direttore Generale sulle attività annuali (dell'Anno N +1)

Apr	Anno N +2	Bilancio consuntivo (Anno N +1)
Apr-Giu	Anno N +2	Relazione sulla performance (dell'Anno N +1)
Apr	Anno N +2	Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione (dell'Anno N +1)
Lug-Set	Anno N +2	Validazione Relazione sulla performance (dell'Anno N +1)

c. MODALITÀ

Indicatori di performance - il sistema di reporting

Non più rinviabile è il ricorso ad un sistema di reporting che permette di avere un quadro della situazione tramite la ricezione, da parte delle Strutture “core”, di tutte le informazioni, inserite nelle schede di rendicontazione, ritenute necessarie e sufficienti per prendere le opportune decisioni.

Necessita dotarsi di un sistema strutturato e puntuale, con la definizione di chi e con quali modalità si alimentano in modo costante i dati, di chi li elabora e ne trasmette la sintesi ai vari livelli dell'organizzazione.

Obiettivo principale è, quindi, quello di produrre e diffondere informazioni utili e fruibili ai vari destinatari che necessitano di informazioni in tempo utile per le attività da svolgere.

Il sistema è indirizzato a fornire dati ed informazioni collegati agli obiettivi assegnati ed ha finalità di fornire conoscenza, capire i fenomeni e gli eventi, permettere di prendere decisioni con cognizione di causa, individuare gli errori e/o le aree problematiche ed attivare eventuali manovre correttive. Il sistema è rappresentativo dei principali indici dei fattori produttivi (prestazioni effettuate, performance collegata alla produttività effettiva espressa in full time equivalent “FTE”, ecc.).

Valutazione periodica e revisione degli obiettivi

Il sistema di reporting permette di avere le informazioni utili e necessarie per verificare se il trend è in linea con gli obiettivi assegnati. In presenza di scostamenti determinati da specifici eventi, la Direzione Generale può accettare modifiche o rimodulare gli obiettivi.

Ovviamente le richieste di modifica devono trovare un plausibile riscontro nei dati e negli eventi che hanno determinato il rischio di mancato raggiungimento dell'obiettivo. La Direzione Generale può richiedere una variazione degli obiettivi in caso di arrivo di nuove disposizioni da Enti esterni.

Il modello prevede, successivamente alla fase di assegnazione degli obiettivi di performance tramite le specifiche “Schede obiettivi di Struttura”, la possibilità di una revisione a Settembre degli obiettivi, sulla base dei dati del primo semestre. Tali revisioni possono essere richieste dalle Strutture con motivata e documentata richiesta.

Scostamenti negativi ingiustificati attiveranno azione correttive da parte della Direzione Generale nei confronti della struttura/CdR responsabili.

Finalità e linee metodologiche

L'attribuzione dei livelli attesi di *performance*, che costituiscono gli “Obiettivi performanti” delle Strutture, avviene attraverso un processo di assegnazione degli obiettivi le cui finalità sono in sintesi:

- determinare la *performance* che le articolazioni organizzative individuate devono ottenere, individuando i criteri e/o gli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- individuare, al fine della loro assegnazione preventiva, le risorse necessarie per realizzare gli obiettivi negoziati;
- verificare in modo sistematico nel corso dell'esercizio l'andamento delle attività e monitorare l'attuazione degli obiettivi nel rispetto delle risorse assegnate;

- d) consentire la possibilità di rinegoziare gli obiettivi di budget e se coinvolti anche gli obiettivi di budget, in situazioni motivate e per cause documentate, su impulso del Controllo di Gestione o degli stessi Centri di Responsabilità (CdR);
- e) individuare i livelli di responsabilità dei dirigenti di Struttura e, tenuto conto degli specifici livelli di competenza, del personale della Dirigenza e del Comparto che collabora per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- f) contribuire ad attuare un sistema di comunicazione e di *reporting* che consenta sia di monitorare l'andamento dell'ASL attraverso il controllo delle attività delle singole Strutture rispetto agli obiettivi sia di adottare tempestivamente le eventuali azioni correttive;
- g) permettere l'applicazione progressiva del *ciclo di gestione delle performance* in aderenza ai principi del D.Lgs. 150 del 27.10.2009.

Trasparenza dei dati

Un sistema trasparente e chiaro diminuisce il rischio di errori ed agevola il raggiungimento degli obiettivi. Il Controllo di Gestione comunica le modalità di assegnazione degli obiettivi di bu, il processo, i risultati attesi, la descrizione delle conseguenze del mancato raggiungimento degli obiettivi.

Il Controllo di Gestione assicura la qualità e congruenza dei dati, tramite verifiche ed eventuali richieste di chiarimenti e produzione di ulteriore documentazione in collaborazione con le Strutture di riferimento.

Il Controllo di Gestione comunica al VRU e Performance, il raggiungimento degli obiettivi collegati al Piano della Performance, i risultati attesi, la descrizione delle conseguenze del mancato raggiungimento degli obiettivi

Sistema incentivante (collegamento con il DLgs. n° 150 del 27.10.2009)

Il ciclo della performance è imprescindibilmente collegato al sistema di valutazione e conseguentemente può correlarsi al sistema incentivante. Le variabili stipendiali legate al risultato possono essere erogate solo previa valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. Ogni anno, tramite specifici accordi sindacali, devono essere formalizzati i criteri di erogazione dell'incentivazione alla produttività per il personale del comparto e della retribuzione di risultato per il personale dirigente.

Si ribadisce l'importanza che gli obiettivi siano rilevanti, specifici e misurabili, riferibili ad un periodo temporale definito, confrontabili e correlati alla quantità delle risorse disponibili. Nell'ambito della misurazione individuale assume rilevanza il sistema di indicatori e target.

Di seguito si riportano graficamente gli aspetti principali del ciclo della performance:



Fig. n. 13 Ciclo della performance

La performance individuale

Ai sensi dell'articolo 14, comma 4 lettera e del D. Lgs. n° 150 27 ottobre 2009, la valutazione dei Direttori di Dipartimento, Direttori di Distretto Socio sanitario, Direttori di P.O., Direttori di U.O.C. compete al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, in base all'area di competenza.

L'OIV verifica la metodologia seguita e avalla, se dovuta, nel quadro della valutazione complessiva dell'organizzazione.

L'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema e, a tal fine, elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lett. a), del D. Lgs 150 2009 definita "Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni". Tale relazione deve essere trasmessa all'Organo di indirizzo politico-amministrativo e alla CIVIT, nei tempi stabiliti salvo eventuale comunicazione di diversa scadenza. La performance individuale (sia della Dirigenza che del personale del Comparto) è direttamente collegata con la performance organizzativa.

Per entrambe le componenti sono previsti obiettivi, con relativi indicatori e punteggi assegnati, di tipo quantitativo e di tipo qualitativo. La valutazione della performance individuale si effettua tramite schede di assegnazione obiettivi personalizzate, di cui di seguito si allegano i fac-simile di schede rispettivamente previste per:

- Dirigenti di Struttura Personale della dirigenza sanitaria
- Personale del comparto.

Con riferimento agli obiettivi quantitativi dei Dirigenti di Struttura la scheda individuale rinvia alla scheda obiettivi del relativo Struttura. Lo schema prevede infatti un "macro obiettivo quantitativo" collegato con la performance dell'Struttura (scheda obiettivi annuale), da cui il Dirigente può derivare la quota parte collegata all'apporto del singolo.

Gli obiettivi qualitativi per i Dirigenti di Struttura, per i Dirigenti delle Professionalità Sanitarie e per il personale del Comparto sono invece individuati in cinque competenze organizzative (*soft skills*) che riguardano l'insieme delle conoscenze, delle capacità e delle abilità allo scopo di perseguire un obiettivo.

Tali qualità vengono valutate non in sé ma, attraverso il livello di professionalità osservabile nel raggiungimento degli obiettivi assegnati, evitando il rischio di giudicare la persona anziché la sua performance.

Ciascuna competenza organizzativa, oltre ad avere una propria descrizione, è declinata su quattro livelli di valutazione (livello eccellente, livello atteso, livello in sviluppo, livello critico) ciascuno con i propri descrittori comportamentali al fine di rendere il più oggettiva possibile la valutazione ed indirizzare l'azione del valutato verso quelle competenze organizzative che nell'Amministrazione sono riconosciute come un valore.

Gli obiettivi dovranno essere assegnati dal Dirigente di Struttura a tutto il personale che abbia prestato servizio per un periodo superiore a 30 giorni lavorativi presso la Struttura in oggetto.

Nei casi in cui, invece, nel corso dell'anno solare il personale da valutare sia ad esempio assegnato ad una Struttura per un periodo di 11 mesi e per il restante mese ad un'altra Struttura, in via straordinaria, sarà sufficiente - ai fini della valutazione - che il dirigente della Struttura nella quale il dipendente ha prestato servizio per un periodo pari o inferiore al mese apponga la propria sigla sulla scheda individuale a sua volta già firmata dal dirigente della Struttura per cui il dipendente ha prestato servizio per il periodo prevalente.

Di seguito si riporta il form delle seguenti schede:

- scheda obiettivi di Dipartimento/Distretto SS, P.O., U.O.C. e U.O.S.D.;
- scheda obiettivi individuali Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS, Direttore P.O., Direttore U.O.C. e Responsabile U.O.S.D.;
- scheda obiettivi individuali Dirigenza;
- scheda obiettivi individuali Comparto.

Ipotesi di OBIETTIVI ANNO X dell'UFFICIO/UNITA' Y				
Tipologia	Item	Obiettivo	Indicatore e Target	Punti
OBIETTIVI DI ATTIVITA' ED EFFICIENZA OPERATIVA	Area Produzione/Ricavi/Efficienza	1 Audit	anno 2018= 100% dato atteso anno 2019 = 100% audit effettuati/audit programmati	15
		2 Verifica POS (nuova stesura)	anno 2018= 100% dato atteso anno 2019 = 100% POS verificate/Richieste Nuove POS (cut-off richieste: 30 novembre)	20
		3 Verifica POS (revisione)	anno 2018 = 100% dato atteso anno 2019 = 100% POS verificate/Richieste revisione POS (cut-off richieste: 30 novembre)	20
		4 Predisposizione Manuale della Qualità FV e aggiornamento di tutte le procedure a seguito della nuova normativa di farmacovigilanza	Redazione Manuale Qualità FV: manuale redatto o non redatto 100% aggiornamento procedure	15
		5 Collaborazione e supporto a livello europeo nella definizione dei documenti della Qualità (partecipazione a WGQM). Rappresentanza in qualità di Assessor BEMA con partecipazione a riunioni e training.	Partecipazione a x incontri del WGQM Partecipazione ad x visite BEMA in qualità di Assessor	15

OBIETTIVI GESTION ALI- ORGANIZZ ATIVI	Area della Organizza zione, Gestione del Personale	6	Assegnazione e Valutazione obiettivi al Personale (100% del Personale della Dirigenza e Comparto) a) Assegnazione (corretta e completa) degli obiettivi entro un mese dalla firma del verbale di negoziazione; b) Valutazione (corretta e completa) degli obiettivi entro la scadenza fissata dal CdG.	100% schede (nuovo template 2019): a) Assegnazione obiettivi entro gg/gg/aaaa ; b) Valutazione obiettivi entro gg/gg/aaaa ;	5
		7	Procedure operative standard inclusi anche gli elementi relativi al decreto 190/2012 ("Decreto Anticorruzione") nei casi in cui siano stati mappati i rischi connessi di livello alto e critico	Atteso anno X: N° POS/ G revisionate=	5
		8	Rendicontazione delle attività svolte: attraverso le schede tradizionali (trimestralmente nel rispetto dei tempi e secondo le modalità indicate dal CdG) oppure attraverso le schede del progetto Costing (giornalmente)	Invio nel rispetto dei tempi in base alle comunicazioni del CdG	5
					100
Il Direttore Generale			Il Responsabile dell/Ufficio/Unità		
Data accettazione scheda					

➤ **SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI** Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS,
Direttore P.O., Direttore U.O.C. e Responsabile U.O.S.D.;

COGNOME E NOME					
STRUTTURA:					
PERIODO DI COMPETENZA: (a cura del Settore Risorse Umane)					
INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: (a cura del Settore Risorse Umane)					
ANNO 2019					
OBIETTIVI QUANTITATIVI (minimo n. 3 obiettivi, Massimo n.10 obiettivi) (60%)		Indicatore	Target	FASE ASSEGNAZIONE: Punteggio assegnato	FASE VALUTAZIONE: Punteggio ottenuto attribuito dal DG
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Subtotale obiettivi quantitativi				0	0
OBIETTIVI QUALITATIVI ED ORGANIZZATIVI (40%)		Vedere Allegato per i descrittori comportamentali			FASE VALUTAZIONE: Punteggio ottenuto attribuito dal DG
		Livello Eccellente da 16 a 20	Livello atteso da 11 a 15	Livello in sviluppo da 6 a 10	Livello Critico da 1 a 5
1	LEADERSHIP: assumere un ruolo di riferimento, guida e responsabilità verso gli altri colleghi, suscitando consenso e valorizzando il contributo dei singoli componenti del gruppo				
2	PIANIFICAZIONE E ORGANIZZAZIONE: definire e implementare, in coerenza con le necessità interne ed esterne, i piani di sviluppo delle attività, verificando l'allineamento tra il pianificato ed il realizzato e gestendo conseguentemente le risorse (umane, finanziarie e strumentali)				

3	CAPACITA' DECISIONALE: scegliere, nell'ambito delle proprie responsabilità, tra diverse alternative con ponderatezza, lucidità e tempestività anche in condizione di incertezza e complessità e valutando le conseguenze					
4	ACCURATEZZA E TEMPESTIVITA': esercitare la propria attività con l'attenzione, la precisione e il rispetto dei tempi richiesti dalle circostanze specifiche e dalla natura del compito assegnato					
5	INNOVAZIONE: cercare nuove vie percorribili in termini di processo e servizio per rispondere alle esigenze del cittadino/cliente facendosi motore del cambiamento					
Subtotale obiettivi qualitativi ed organizzativi						

TOTALE PUNTEGGIO (Obiettivi quantitativi + qualitativi ed organizz.)

FASE DI ASSEGNAZIONE

Data	Il Direttore Generale per assegnazione obiettivi (*)
Data	Il Dirigente per accettazione obiettivi (*)

**FASE
VALUTAZIONE**

Il Direttore Generale per valutazione	Data
Il Dirigente per presa visione	Data

(*) L'assegnazione degli obiettivi quantitativi del Dirigente di II Fascia corrisponde alla firma della Scheda Obiettivi della Struttura, quindi per le firme del Direttore Generale e del Dirigente Responsabile della Struttura si rimanda alla Scheda Obiettivi della Struttura di cui sopra.

Entrambi gli obiettivi sono su base 100. Il punteggio totale è la somma aritmetica dei due sottogruppi. Ai fini della erogazione del premio si dovrà fare riferimento agli accordi tra Amministrazione e OOSS.

EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL VALUTATO:

SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI DIRIGENZA

COGNOME E NOME

STRUTTURA:

PERIODO DI
COMPETENZA:
(a cura del Settore Risorse Umane)

INQUADRAMENTO
CONTRATTUALE:
(a cura del Settore Risorse Umane)

ANNO
2019

OBIETTIVI QUANTITATIVI (minimo n. 3 obiettivi, Massimo n.10 obiettivi)
(60%)

Indicatore

Target

FASE
ASSEGNAZIONE:
Punteggio assegnato

FASE
VALUTAZIONE:
Punteggio proposto dal Responsabile Ufficio/Unità

FASE
VALUTAZIONE:
Punteggio attribuito dal DG (inserire solo se diverso dalla proposta del Dirigente Responsabile)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Subtotale obiettivi quantitativi

0 0

OBIETTIVI QUALITATIVI ED ORGANIZZATIVI
(40%)

Vedere Allegato per i descrittori comportamentali

FASE
VALUTAZIONE:
Punteggio proposto dal Responsabile Ufficio/Unità

FASE
VALUTAZIONE:
Punteggio attribuito dal DG (inserire solo se diverso dalla proposta del Dirigente Responsabile)

Livello **Livello** **Livello** **Livello**
Eccellente **atteso** **in sviluppo** **Critico**
da 16 a 20 **da 11 a 15** **da 6 a 10** **da 1 a 5**

1

ORIENTAMENTO AI RISULTATI: indirizzare costantemente la propria attività al conseguimento degli obiettivi previsti, fornendo un livello di prestazione adeguato alla natura e all'importanza degli stessi

SCHEDA OBIETTIVI INDIVIDUALI COMPARTO

COGNOME E NOME					
STRUTTURA:					
PERIODO DI COMPETENZA: (a cura del Settore Risorse Umane)					
INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: (a cura del Settore Risorse Umane)					
ANNO 2019					
OBIETTIVI QUANTITATIVI (minimo n. 3 obiettivi, Massimo n.10 obiettivi) (60%)		Indicatore	Target	FASE ASSEGNAZIONE: Punteggio assegnato	FASE VALUTAZIONE: Punteggio ottenuto
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Subtotale obiettivi quantitativi				0	0
OBIETTIVI QUALITATIVI ED ORGANIZZATIVI (40%)		Vedere Allegato per i descrittori comportamentali			
		Livello Eccellente	Livello atteso	Livello sviluppo	Livello Critico
		da 16 a 20	da 11 a 15	da 6 a 10	da 1 a 5
1	ACCURATEZZA E TEMPESTIVITA': esercitare la propria attività con l'attenzione, la precisione e il rispetto dei tempi richiesti dalle circostanze specifiche e dalla natura del compito assegnato				
2	COMUNICAZIONE: esprimere concetti e idee nella comunicazione verbale e nella redazione dei documenti in modo che risultino chiari, organizzati, strutturati e favorire lo scambio di informazioni				
3	LAVORO IN GRUPPO: saper lavorare insieme agli altri integrando le energie per raggiungere un risultato comune, promuovendo rapporti produttivi di collaborazione e assicurando la circolazione delle informazioni				

4	FLESSIBILITA' : adattare la propria attività in funzione delle mutevoli caratteristiche del contesto anche rispetto a eventi non previsti e non ordinari, allo scopo di cogliere opportunità e di raggiungere l'obiettivo prefissato					
5	ANALISI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI : contestualizzare i problemi e/o le situazioni complesse e ricercare le soluzioni più idonee scegliendo tra le alternative possibili					
Subtotale obiettivi qualitativi ed organizzativi						
TOTALE PUNTEGGIO (Obiettivi quantitativi + qualitativi ed organizz.)						
FASE DI ASSEGNAZIONE				FASE VALUTAZIONE		
Data	Il Dirigente Responsabile della Struttura per assegnazione obiettivi (Nome e Cognome) Firma	Il Dirigente Responsabile della Struttura per valutazione (Nome e Cognome) Firma	Data			
Data	Il Dipendente per accettazione obiettivi	Il Dipendente per presa visione	Data			
Entrambi gli obiettivi sono su base 100. Il punteggio totale è la somma aritmetica dei due sottogruppi. Ai fini della erogazione del premio si dovrà fare riferimento agli accordi tra Amministrazione e OOSS.						
EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL VALUTATO:						

Si tenga ben presente che nell'affidamento degli obiettivi performanti, vanno sempre indicati il tipo di indicatore scelto (quantitativo, qualitativo). Alcuni obiettivi sono comuni a tutte le Strutture, altri specifici in funzione delle particolari competenze. La loro numerosità e complessità dovrà avere una distribuzione equa, per permettere una corretta ponderazione anche ai fini della valutazione di risultato. Ogni obiettivo è correlato ad un punteggio, funzionale al livello di complessità o di impatto nelle strategie dell'ASL.

Nel documento vengono definiti in modo trasparente il sistema di calcolo, i criteri per ottenere il punteggio massimo o una sua frazione, nonché il limite sotto il quale non viene assegnato nessun punteggio.

SOGGETTI E RESPONSABILITÀ

L'attività di monitoraggio, la funzione di misurazione e valutazione della performance individuale e la rendicontazione dei risultati sono affidati, al fine di rilevare eventuali scostamenti tra gli obiettivi intermedi programmati ed il risultato di performance allo stato raggiunto e attivare, ove necessario, interventi correttivi, alla responsabilità di una pluralità di soggetti: l'organo di indirizzo politico-amministrativo, l'OIV, i dirigenti (di livello generale e non).

In particolare i soggetti sono:

Organo di indirizzo politico-amministrativo:

- valuta, con il supporto del Direttore Generale, l'andamento della performance organizzativa, proponendo, ove necessario, interventi correttivi in corso d'esercizio;
- assegna gli obiettivi strategici al Direttore Generale;

Dirigenza

- Al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, compete la misurazione e la valutazione della performance individuale dei Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS, Direttore P.O., Direttore U.O.C.;
- Al Direttore Dipartimento, /Direttore Distretto SS, Direttore P.O., Direttore U.O.C. compete la misurazione e la valutazione della performance individuale dei Dirigenti di S.S.;
- Al Dirigente di S.S., compete la misurazione e la valutazione del personale del Comparto.

Personale della Dirigenza

Interviene in tutto il processo di misurazione e valutazione, come soggetto che deve essere informato e coinvolto nella definizione degli obiettivi e dei criteri di misurazione e valutazione.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) con il supporto della Struttura Tecnica Permanente di cui all'articolo 14, commi 9 e 10, del decreto, presidia in maniera integrata e sistemica il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa nel suo complesso.

Struttura Tecnica Permanente

- ☐ supporta l'OIV, la dirigenza e il personale nello svolgimento delle attività sopra descritte;
- ☐ funge da "interfaccia tecnica" tra l'OIV e i Dirigenti di Struttura nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Per le competenze e funzioni si rimanda a: Parte quinta, 5.2 Infrastrutture di supporto

Valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini e degli utenti

Nel corso del 2020, dovrà essere pubblicato on line un questionario per la valutazione del grado di soddisfazione degli cittadini e degli utenti (customer satisfaction), destinato sia ad utenti interni che esterni.

L'amministrazione all'inizio del ciclo di ogni nuova performance dovrà elaborare le risultanze dei questionari di competenza del ciclo della performance in oggetto al fine di predisporre dati e statistiche utili a fornire un ulteriore strumento di misurazione e valutazione della performance organizzativa.

Procedura di specifica competenza dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico,

Il form del questionario per utenti interni e per utenti esterni, verrà inoltre adeguati nel corso del 2020 con l'introduzione delle dimensioni oggetto di valutazione della qualità dei servizi previste dalla delibera n. 88/2010 della ex-CiViT.

Collegio di CONCILIAZIONE per contestazione VALUAZIONE

Il valutato può attivare, fermo restando gli ordinari rimedi giurisdizionali, una procedura volta all'incontro delle parti per un esame congiunto della valutazione contestata ed eventuale rivalutazione della stessa dinanzi ad apposito "Collegio di conciliazione".

Il Collegio, composto da tre componenti scelti tra il personale interno dell'ASL che tra esperti esterni, è nominato con provvedimento del Direttore generale, per la durata di due anni, ed opera in presenza di almeno due componenti.

I termini per proporre la richiesta di revisione sono di 20 giorni e decorrono dalla data indicata nella comunicazione con cui i dipendenti vengono informati dell'avvenuta procedura di valutazione.

Il valutato potrà proporre richiesta di revisione/istanza di conciliazione anche se non ha accettato formalmente, tramite la firma della scheda, l'assegnazione degli obiettivi durante la relativa fase. Infatti, come precedentemente indicato, gli obiettivi si ritengono assegnati anche nel caso in cui il valutato, durante la fase di assegnazione svolta in contraddittorio con il dirigente, non ha accettato formalmente gli obiettivi.

Quindi, in caso di disaccordo sulla valutazione finale, il valutato dovrà formalizzare, con nota corredata degli elementi che possono contribuire alla revisione del giudizio finale, la richiesta di revisione al valutatore, entro il termine sopra indicato, pena di irricevibilità.

Il valutatore, entro 10 giorni dal ricevimento della richiesta di revisione può procedere alle proprie osservazioni, in merito a quanto espresso dal valutato, revisionando e/o confermando la valutazione dandone comunicazione al valutato anche mezzo email.

Nel caso dei Dirigenti di Strutture Dipartimentali, Complesse, la richiesta di revisione dovrà essere inviata direttamente al Direttore Generale in qualità di valutatore, che potrà delegare o meno la valutazione finale (revisione/conferma/conciliazione) al "proponente la valutazione" ossia il Dirigente dell'Ufficio che ha sottoscritto la scheda contestata.

Nel caso in cui il valutato accetti la revisione proposta del valutatore il procedimento si concluderà con la modifica e la sottoscrizione della scheda obiettivo che sarà inviata in originale all'UOC VRU e Performance.

Nel caso in cui invece il valutatore confermi la valutazione o il valutato non accetti le revisioni proposte, quest'ultimo entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione del valutatore, pena inammissibilità della istanza, potrà inviare, anche mezzo email, istanza di conciliazione al Collegio e al valutatore inoltrando altresì lo scambio di documenti precedentemente descritti, con eventuali ulteriori elementi, se lo riterrà opportuno.

Dalla notifica della istanza suddetta il valutatore potrà inviare alla segreteria del Collegio e al valutato anche mezzo email, entro 5 giorni, eventuali ulteriori osservazioni.

Il Collegio valuterà le istanze pervenute e la relativa documentazione e procederà, ove se ne ravvisino gli estremi, ad esperire il tentativo di conciliazione tra le parti eventualmente convocando le stesse.

Il procedimento si concluderà con la comunicazione, anche mezzo email, da parte del Collegio dell'esito della conciliazione e l'invio della scheda modificata nonché dell'eventuale verbale di incontro o con la comunicazione di presa atto da parte del Collegio dell'impossibilità di esperire il tentativo di conciliazioni tra le parti.

Il Collegio si pronuncia altresì sulla corretta applicazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance, nel caso in cui, nella procedura di conciliazione, emergano elementi manifesti al riguardo, fornendo parere finale motivato alle parti, anche mezzo email.

Il termine ultimo per inviare istanza di conciliazione è di norma il 15 maggio di ogni anno, salvo diverse indicazioni comunicate ai dipendenti, restando comunque fermi i termini del procedimento sopra indicati.

Il termine per la definizione della Conciliazione, salvo interruzione per richieste istruttorie, è di 30 giorni salvo diverse indicazioni comunicate ai dipendenti.

6. Parte sesta

1.1 La direttiva annuale del Direttore Generale

(art. 14 D.L.gs 30.03.2001 n. 165)

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

La presente Direttiva annuale delinea gli elementi di programmazione di riferimento per l'esercizio 2019 è in continuità con gli orientamenti espressi per l'anno 2018 nonché in piena coerenza con i contenuti e le norme della programmazione regionale, segnatamente con la cruciale tematica del miglioramento dei Livelli Essenziali di Assistenza indispensabile per la fuoriuscita dalla fase di commissariamento, dando rilievo nello specifico agli obiettivi definiti con la Deliberazione G.R.C. n. 426 del 12.07.2017 "Valutazione dei risultati di gestione dei Direttori Generali di Aziende ed Enti del SSR ... *garantire " l' erogazione delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di assistenza, nonché il conseguimento dei nuovi obiettivi di finanza programmata, le ulteriori azioni di supporto contabile e gestionale, l'attuazione degli acta previsti dal Governo per il rientro dal disavanzo della spesa sanitaria in raccordo con il nuovo assetto della gestione commissariale per le Regioni in disavanzo, nonché l'osservanza delle disposizioni contenute nei decreti del Commissario ad Acta e nelle specifiche direttive emanate per la realizzazione delle misure di razionalizzazione della spesa.* "

Obiettivo principale, dell'attuale fase di programmazione, è rappresentato dall'Atto Aziendale approvato con il Decreto CA n. 39 del 25/09/2017, pubblicato sul BURC n. 72 del 2 Ottobre 2017, subordinatamente al completamento e allineamento del modello organizzativo territoriale a quanto previsto dal Decreto CA n.99/2016 "Piano regionale di Programmazione della rete per l'assistenza territoriale 2016-2018", da ritenersi preambolo indispensabile al perseguimento della *mission* propria dell'Azienda e degli obiettivi assegnati, portando a completamento, in ambito territoriale, le articolazioni (AFT e UCCP) previste dal nuovo modello delle cure primarie di cui al Decreto di cui sopra, finalizzate all'integrazione multiprofessionale dei percorsi ed obiettivi assistenziali, e in ambito ospedaliero con la messa a regime dei Dipartimenti indicati nell'Atto Aziendale, mirati ad una più forte integrazione operativa e gestionale per il governo delle risorse e la crescita professionale e qualitativa dei servizi.

Fondamentale è anche l'attuazione di tutte le possibili procedure di mobilità e di concorso per il reclutamento di personale, autorizzate ai sensi delle vigenti norme nazionali e Decreti commissariali regionali. Allo sforzo fin qui profuso per velocizzare tali procedure, si ritiene indispensabile dare ulteriore slancio nel corso dell'esercizio 2019, al fine di limitare le difficoltà operative collegate alle carenze organiche indotte dal prolungato blocco del *turnover* e dalla conseguenziale dinamica negativa tra i nuovi assunti ed i collocati in quiescenza per raggiunti limiti di età - causata anche dalla elevata età media del personale in servizio - di forte pregiudizio rispetto alla garanzia dei livelli assistenziali in molte aree operative, tra cui maggiormente critica quelle della emergenza-urgenza.

Altro cardine della programmazione 2019 è la realizzazione del Piano Investimenti finalizzato a salvaguardare gli standard qualitativi dell'assistenza e delle prestazioni erogate, garantendo adeguati livelli tecnologici delle apparecchiature biomedicali in dotazione e adeguata ricettività alberghiera in tutte le strutture territoriali e ospedaliere a servizio dell'utenza. Ciò, attraverso l'acquisizione di moderne attrezzature sanitarie e gli interventi mirati di manutenzione straordinaria di cui al Programma Triennale dei **Lavori Pubblici 2019/2021 approvato con Delibera del Direttore Generale**, per la riqualificazione dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari, con l'adeguamento e la messa in sicurezza del patrimonio edilizio ed impiantistico.

Da tenere presente, il gravoso impegno che l'apparato tecnico-amministrativo dell'Azienda è chiamato ad ottemperare a partire dal 2019 per l'entrata in esercizio del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (SIAC), nell'ambito del progetto regionale di cui all'art. 79 comma 1 *sexies* lettera c) della Legge n. 133/2008. Processo, da attuarsi secondo le direttive della Cabina di regia regionale istituita con Decreto CA n. 43 del 9/10/2017 presso la Direzione generale per la Tutela della Salute, è finalizzato a garantire una metodica uniforme per tutte le AASSLL e AAOO della Regione, per le attività di programmazione e di controllo, la produzione

sistematica e l'interpretazione dei dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale.

i. Quadro Normativo di Riferimento

L'Azienda formula la programmazione in linea con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con l'atto di nomina di cui alla DGRC n. 375 del 13/07/2016, con gli obiettivi enunciati nella griglia per la valutazione del raggiungimento dei risultati di gestione dei Direttori Generali approvata con la Delibera G.R.C. n. 426 del 12.07.2017, con quanto definito a livello nazionale e regionale nel Piano Sanitario Nazionale (PSN), con gli obiettivi individuati nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro di cui alla DGRC n. 460/2007, da ultimo fissati nel Decreto CA n. 14 dell'1.03.2017, ed i correlati Decreti commissariali e provvedimenti giuntali costituenti la programmazione regionale, in primo luogo il Decreto CA n. 33 del 17.05.2016 e successivo Decreto CA n. 8 dell'1.02.2018 e n. 103 del 28.12.2018 concernenti il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, il Decreto CA n. 99 del 22.09.2016 concernente il Piano regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale, il Decreto n. 134 del 28.10.2016 concernente l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

ii. Governo Economico - Finanziario

Obiettivo prioritario del Direttore Generale è garantire l'equilibrio economico-finanziario dei costi e dei ricavi dell'Azienda, prerequisito indispensabile per il pieno assolvimento della *mission* aziendale, in continuità con i risultati conseguiti nei pregressi esercizi 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 come compendati nelle sottostanti tabelle

Quadro di sintesi bilanci 2013_2014_2015_2016_2017

1	(in migliaia di euro)		Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Previsionale 2019
		Descrizione voce						
		<i>Totale Valore della produzione (A)</i>	1.339.451.00 2	1.334.100.10 5	1.492.674.18 1	1.683.220.911	1.743.597.504	1.721.918.728
		<i>Totale Costi della produzione (B)</i>	1.307.966.27 0	1.420.406.95 1	1.450.084.95 4	1.646.799.608	1.675.529.896	1.702.669.643
		<i>1° margine (A) - (B)</i>	31.484.732	15.359.342	42.589.227	36.421.603	68.067.608	19.249.085
		<i>Totale proventi e oneri finanziari (C)</i>	-6.978.682	-3.673.962	-7.154.08	-3.852.556	-3.897.531	-34.000
		<i>Totale Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</i>	0	0	0	0	0	0
		<i>Totale proventi e oneri straordinari (E)</i>	-2.724.946	9.329.100	-14.986.255	-11.949.901	-37.322.343	0
		<i>Risultato prima delle imposte (A+B +/- C +/- D +/- E)</i>	21.781.104	21.014.480	20.444.884	20.618.846	26.847.734	19.215.085
		<i>Totale imposte e tasse</i>	21.374.043	20.653.500	20.098.615	18.959.666	19.215.642	19.215.085
		RISULTATO DI ESERCIZIO	407.061	320.388	350.269	1.659.180	7.632.092	0

(in migliaia di euro) COSTI DELLA PRODUZIONE CONSUNTIVI 2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017 PREVISIONALE 2019

CODICE	VOCE MODELLO CE	CONSUMTIVO 2013	%	CONSUMTIVO 2014	%	CONSUMTIVO 2015	%	CONSUMTIVO 2016	CONSUMTIVO 2017	%	PREVISIONALE 2019	%
BA0010	B.1) Acquisti di beni	133.164.680		152.211.440		167.183.118		189.770.666	181.660.440		208.328.684	
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	128.570.475		145.704.500		164.317.246		187.474.530	178.620.091		200.655.920	
BA0030	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.594.205		6.506.940		2.865.872		2.296.136	3.040.349		7.672.764	
BA00390	B.2) Acquisti di servizi	819.029.984		881.657.337		906.742.368		1.096.368.060	1.116.036.420		1.146.270.506	
BA0040	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	770.143.475		830.778.747		853.243.389		1.037.354.709	1.060.518.347		1.092.771.901	
BA0050	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	48.886.509		50.878.590		53.318.879		59.013.351	55.518.073		53.498.605	



BA19 10	B.3) Manutenzion e e riparazione (ordinaria esternalizzata)	12.399.692	14.486.872	14.101.714	16.929.376	22.425.032	25.465.745
BA19 90	B.4) Godimento di beni di terzi	10.751.960	12.628.095	7.285.905	7.576.667	5.841.212	6.533.928
<u>BA208</u> <u>0</u>	<u>Totale Costo</u> <u>del personale</u>	276.944.176	267.886.740	260.541.781	254.598.387	258.603.141	257.713.949
BA20 90	B.5) Personale del ruolo sanitario	229.928.144	223.488.617	218.102.750	213.217.137	217.523.175	217.071.000
BA22 30	B.6) Personale del ruolo professionale	1.064.665	1.045.760	664.577	717.403	916.896	972.942
BA23 20	B.7) Personale del ruolo tecnico	23.984.895	21.741.700	20.628.864	19.771.770	18.807.685	18.244.753
BA24 10	B.8) Personale del ruolo amministrati vo	21.966.472	21.610.663	21.145.590	20.892.077	21.355.385	21.425.154
BA25 90	B.9) Oneri diversi di gestione	3.925.906	5.798.287	6.324.294	7.917.451	7.140.414	6.584.658
BA25 70	B.10) Ammortamen	681.260	111.237	176.430	13.205	30.014	30.014

	ti delle immobilizzazi oni immateriali								
BA25 80	B.11) B.12) B.13 Ammortamen ti delle immobilizzazi oni materiali	14.481.441	13.677.592	10.952.445	6.974.643	4.604.722	4.604.722		
BA26 30	B.14) Svalutazione delle immobilizzazi oni e dei crediti	200.000	8.500.000	8.500.000	0	0	0		
BA26 60	B.15) Variazione delle rimanenze	704.359	-996.904	-1.504.557	-2.434.415	1.249.324	-10.000.000		
BA26 90	B.16) Accantoname nti dell'esercizio	35.682.812	64.446.255	69.781.446	69.085.568	77.939.177	57.173.447		
BZ999 9	Totale costi della produzione (B)	1.307.966.2 70	1.420.406.95 1	1.450.084.954	1.646.799.608	1.675.529.896	1.702.699.643		

Tanti sono i mutamenti organizzativi, in parte già intercorsi, conseguenti all'adozione del nuovo Atto aziendale della ASL Napoli 3 Sud, con la conseguente ridefinizione dell'assetto organizzativo, attraverso riagggregazioni e razionalizzazioni di Strutture, tuttora in parte ancora in corso.

Seppur in un momento di grande trasformazione e dinamicità del sistema sanitario regionale il processo di Budgeting, non ancora avviato dalla ASL Napoli 3Sud, deve rappresentare il vero obiettivo per il 2019, tanto da costituire uno strumento di responsabilizzazione per indurre un cambiamento culturale e per un maggior coinvolgimento degli operatori, ora più che mai necessario in considerazione dell'esigenza di perfezionare la nuova articolazione e di riprogrammare le attività sanitarie, amministrative e gestionali delle realtà locali per garantire l'assistenza, inducendo comportamenti "virtuosi".

Si tenga a mente che il Budget non è uno strumento statico ma è uno strumento di controllo flessibile: il budget, paradossalmente, viene fatto per essere modificato. A tal fine è' necessario implementare un adeguato sistema informativo che rilevi in tempi rapidi dati provenienti da fonti diverse, consenta di verificare i risultati raggiunti e di mettere in moto un'eventuale rimodulazione degli obiettivi e delle attività preventive.

Anche per il 2019, quindi, la Direzione Strategica della ASL Napoli 3 Sud, non potendo avvalersi del budget quale principale strumento di programmazione annuale e di responsabilizzazione e gestione manageriale delle attività, con il Piano della Performance attiva il processo per la definizione degli obiettivi da assegnare alle UU.OO.

Per procedere all'individuazione dei predetti obiettivi, nelle more dei nuovi Piani operativi e di ulteriori determinazioni regionali in relazione ai nuovi obiettivi da attribuire al Direttore Generale, la Direzione Strategica ha dovuto far riferimento da un lato agli adempimenti previsti dal Programma operativo Socio Sanitario Regionale in vigore dall'altro agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale con la delibera di nomina della Giunta Regionale della Campania e del contratto sottoscritto dal Direttore Generale, nonché gli obiettivi derivanti dalla griglia LEA.

Per l'anno 2019 in seguito all'applicazione del nuovo atto aziendale inevitabilmente è stato rivisitato l'organigramma aziendale, con il venir meno di molte UOC complesse e l'istituzione di nuove, con la necessità di definire, attraverso un periodo di transizione, i CDR con i quali negoziare.

Tale procedura di negoziazione vuole sostituire l'assegnazione di obiettivi top-down con l'assegnazione botton-up, con una sempre maggiore partecipazione dei CDR nella definizione degli obiettivi anche per i prossimi anni. Ciò al fine di ottimizzare i tempi ed i modi per l'assegnazione degli obiettivi e favorire la maggior condivisione degli stessi con i Direttori/Responsabili, fatta salva la necessità di fornire un'adeguata assegnazione delle risorse e delle tecnologie in dotazione, che devono essere progressivamente incrementate, data la scarsità che ha contraddistinto gli anni precedenti ed ha provocato ritardi nell'introduzione delle procedure relative alla gestione della performance. Tuttavia si è anche constatato che la totale applicazione dell'assegnazione botton-up degli obiettivi comporta un'inevitabile dilatazione dei tempi per la formale sottoscrizione delle schede di budget ed è un processo che deve essere sicuramente perfezionato.

Per il 2019 si utilizza una scheda obiettivi performanti, diversa dagli anni precedenti, una scheda che non può essere confusa con quelle delle schede di budget, come accaduto negli anni passati.

Con le predette schede la Direzione strategica assegna un numero limitato di obiettivi adeguatamente sfidanti in relazione al contesto operativo attuale e alle risorse disponibili ed alle criticità evidenziate dai Direttori di Struttura, che consenta di individuare lo sforzo organizzativo posto in essere da ciascuna struttura. Per poter misurare il grado di

raggiungimento di ciascun obiettivo vengono individuati opportuni indicatori di performance, oggettivamente misurabili attraverso pesature % in considerazione della strategicità e complessità degli obiettivi. In particolare per ciascun obiettivo si stabilisce un risultato minimo accettabile ed un risultato atteso cui corrisponde una performance del 100% e, con la presente Direttiva, si prevede che il raggiungimento di risultati intermedi comporterà la proporzionale riduzione del punteggio % attribuibile.

Le schede con gli obiettivi individuati e i relativi indicatori sono suscettibili di modifiche ed integrazioni conseguenti ad ulteriori proposte da parte dei Direttori di Struttura e/o cambiamenti organizzativi e normativi.

Anche per il 2019, in un'ottica di costante miglioramento, la Direzione Strategica ha disposto che i Direttori delle Strutture aziendali operino per favorire il lavoro di squadra e coinvolgano al massimo i loro collaboratori nella condivisione e nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Per favorire lo sviluppo ulteriore del processo è necessario diffondere fra gli attori una maggiore sensibilità culturale in materia di responsabilità gestionale, tuttora non pienamente affermata; occorre incidere in modo determinante sulla qualità del processo e sul maggior coinvolgimento dei Centri di responsabilità (CDR) sia nella fase di definizione degli obiettivi, sia nella fase di concreta realizzazione degli stessi anche attraverso il lavoro di squadra guidato dai relativi Responsabili. Molto importante per creare una nuova cultura è la realizzazione di ulteriori momenti di formazione dei Responsabili dedicati all'approfondimento in materia di Sistema di gestione e misurazione della Performance, necessario anche in seguito all'avvicendamento di nuovi Dirigenti Responsabili ed il collocamento in quiescenza di Direttori di molteplici UU.OO., con i quali già si era consolidato, negli anni precedenti, il modello operativo precitato.

Molto rilevante è anche la fase di rendicontazione dei risultati raggiunti dalle Strutture, predisposta dai vari Direttori delle stesse. Spesso tale rendicontazione non è tempestivamente ed adeguatamente fornita, proprio perchè a tutt'oggi in alcuni Responsabili manca la consapevolezza dell'importanza rivestita dalla fase di analisi e rendicontazione dei risultati raggiunti, in quanto i predetti sono oberati soprattutto dalla necessità di garantire, in un contesto molto problematico a causa della esiguità di risorse, l'attività clinica e professionale. Pertanto la Direzione strategica ha voluto porre termini temporali precisi per l'attività di rendicontazione seppur compatibilmente con i tempi necessari per l'acquisizione dei dati necessari per le relative analisi.

Da tutto quanto sopra evidenziato, anche per il 2019 la Direttiva deve essere necessariamente porsi come uno strumento flessibile e rimodulabile in modo da adeguarsi prontamente al nuovo scenario che si andrà delineando in relazione alle nuove determinazioni regionali e/o nazionali, ai nuovi obiettivi che saranno attribuiti al Direttore Generale, nonché ad eventuali richieste e criticità evidenziate dai Dirigenti delle Strutture.

OBIETTIVI STRATEGICI

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

In linea con la programmazione sanitaria definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale, nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 l'Azienda focalizza la *performance* 2019 nei seguenti punti:

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

- b) completare l'assetto organizzativo dell'Azienda secondo l'Atto Aziendale approvato con Decreto C.A. n. 39 del 25/09/2017 e preso atto con Delibera Direttore Generale n. 735 del 19/10/2017, attraverso il conferimento degli incarichi di dirigenti nei reparti chiave e nelle strutture dipartimentali;
- c) garantire il diritto alla salute, con il conseguimento dei *target* relativi agli obiettivi LEA assegnati;
- d) portare a compimento le procedure di reclutamento del personale, come autorizzate in base alle disposizioni regionali in materia;
- e) predisporre azioni di edilizia sanitaria e ammodernamento delle attrezzature biomedicali, come previsti con il Piano investimenti 2018-2020;
- f) ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell'Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA;
- g) migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri ai tagli cesarei, all'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;
- h) garantire l'attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, e migliorare la comunicazione e la partecipazione degli utenti;
- i) strutturare il rapporto con i fornitori accreditati e le attività periodiche di monitoraggio e controllo;
- j) riqualificare la rete di emergenza-urgenza;
- k) garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- l) garantire il rispetto delle liste d'attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni.

Gli obiettivi per l'anno 2019 sono qui ricondotti agli atti di riferimento regionale o interno, nonché alle articolazioni organizzative aziendali coinvolte (Dipartimenti, Distretti, Presidi ospedalieri, Servizi e Funzioni centrali).



A - Obiettivi relativi alla "Garanzia dei LEA"
(Delibere G.R.C. n. 394 del 20.07.2016 e G.R.C. n. 426 del 12.07.2017)

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO MARENNO INFANTILE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENT OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DGRC 372/2019 (obiettivi 1.1_1.2_1.3)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni	X	X		XX				
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%	X			XX				
	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani (> = 65 anni)	Copertura vaccinale antinfluenzale negli assistiti > = 65 anni almeno tra il 60 e il 75%	X			XX				
	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto con valori superiori rispettivamente al 35%, 25% e 25%.	X			X				X
DGRC 372/2019, DCA 115/2016 DCA 54/2018 (obiettivo 3)	Controlli Unità locali sicurezza	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	X			X				
DGRC 372/2019 (obiettivi 4.1, 4.2., 4.3)	Controlli delle malattie trasmissibili all'uomo	Controlli per la prevenzione della tubercolosi bovina e della brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina fino ai valori percentuali previsti	X							





TABELLA 1

B. Obiettivi relativi ai Programmi operativi regionali





		Formazione permanente per l'adeguamento delle competenze tecnico-scientifiche per la gestione delle emergenze sanitarie		XX	XX		XX	XX	XX	XX		XX	XX	
		Riduzione del ricorso improprio al Pronto soccorso		XX	XX				XX	XX				
DCA 99/2016		Completamento delle misure organizzative dell'assistenza territoriale sul modello delle AFT, delle UCCP e delle strutture intermedie		XX										X

TABELLA 2

PAC/SIAC

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DD.Lgs 118/2011; DDCA 5/2015 (PAC); DDCA 108/2014 Delibera n. 196 del 26.10.2016 DDCA n. 53/2017; DCA n. 22/2018 DCA 63/2018	Percorsi PAC	Applicazione delle azioni previste nel Manuale dei percorsi attuativi per la certificabilità (PAC) adottato con - Delibera n. 11 del 17.01.2017 - Delibera n. 196 del 26.10.2016 - Delibera n. 332 del 25.06.2013 previsti con il Decreto CA n. 22/2018.	XX	XX	XX	XX	XX	X	XX
	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		XX				XX	XX
	Tempi di registrazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni		XX	XX	XX		XX	XX
	SIAC Progetto regionale art. 79 comma 1 sexies lettera c) della legge n. 133/2008	Realizzazione delle azioni necessarie all'entrata in esercizio del Sistema SIAC, secondo le direttive della Cabina di regia regionale di cui art. 79	XX	XX	XX	XX		XX	XX

TABELLA 3

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

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
Delibera n. 735 del 19/10/2017 Atto Aziendale	Formazione	Promozione della formazione presso tutte le Strutture aziendali quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
		Implementazione del Piano formativo aziendale								XX
DCA99/2016 DCA 33/2016 DCA 8/2018	PDTA	Progetti di miglioramento nelle aree assistenziali critiche sia adulte che pediatriche e PDTA: - diabete (DCA 108/2014 e DCA 26/2014); - piede diabetico e ulcere cutanee (DCA 108/2014 e DCA 43/2014); - bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (DCA 70/2017; DCA 3/2018); - scompenso cardiaco (DCA 108/2014 e linee guida di riferimento); - ipertensione (DCA 108/2014 e linee guida di riferimento); - nefropatie croniche (linee guida di riferimento); - sclerosi laterale amiotrofica (DCA 51/2015); - demenze (DCA 52/2015); - malattie rare - malattie croniche in età evolutive (DCA 91 e 105/2014; DCA 134/2016)		X	XX			XX	XX	XX
				X		X			X	X
									XX	XX
DCA 105/2014 DCA 108/2014	Sicurezza dei pazienti	Promozione del Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico							XX	XX
D. D.G. per la presa atto delle linee progettuali di cui al DDCCAA R.C. (fondi vincolati)		Prevenzione delle infezioni nosocomiali e partecipazione allo studio europeo mediante la rilevazione dei fattori di rischio, delle procedure invasive, delle infezioni e degli antibiotici prescritti, a carico dei pazienti ricoverati.							XX	XX
	Raccomandazioni ministeriali e procedure aziendali	Adozione delle raccomandazioni Ministeriali e procedure aziendali relative alla Linea progettuale n. 16.1 del DCA 105/2014, come adottate con delibera dell'ASL Napoli 3 Sud	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX

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

TABELLA 4

D - Obiettivi relativi alla comunicazione e accessibilità

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
DCA 108/2013	Soddisfazione dell'utenza	Indagini di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; Ufficio reclami e gestione dei reclami pervenuti	X	X	XX	XX	XX	XX	XX	XX
	Diritto di accesso e informazione	Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti	XX	XX	XX	X	XX	XX	X	XX
	Comunicazione e relazione con i cittadini	Adeguamento del sito web aziendale								XX

TABELLA 5

E - Obiettivi relativi a Trasparenza e Prevenzione della corruzione

Atto di riferimento	Obiettivo	Descrizione obiettivo	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	DISTRETTI SANITARI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	PRESIDI OSPEDALIERI	DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	FUNZIONI CENTRALI
Legge 1190/2012	Prevenzione della corruzione e trasparenza	Applicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza	XX	XX	XX	XX	XX	XX		XX



D.Lgs 33/2013	Monitoraggio Delle Informazioni	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazioni prescritte dal Decreto 33/2013	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	XX
	Riscontro rilievi del Collegio Sindacale	Tempi di riscontro al rilievi del Collegio entro 30 giorni	X X	X X	X X	X X	X	X X	X X	XX
D.Lgs 165/2001	Codice di comportamento	Aggiornamento continuo del Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda in base alle nuove norme	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	XX

TABELLA 6

lar

G

oiet

SSC

ASP PALERMO						OBIETTIVO BUDGET AREA	
macrostruttura							
UOC							
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. ANNO	V.R. ANNO	
totale peso:				100			

¹ Nel caso in cui l'indicatore quantificherebbe un valore di 0/0 per mancanza di dati di denominatore, il peso per tale categoria sarà separato e moltiplicato separatamente da una colonna di valori.

for

...

PIANO DELLA PERFORMANCE

2019 – 2020 - 2021

Obiettivi definiti in aderenza alle indicazioni della

D.G.R.C. n. 375/2017

E successiva D.G.R.C. n. 426/2017, DCA 134/2016,
DCA 38/2016

SETTORE P - PREVENZIONE

N.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	RISULTATO ATTESO	NOTE PER L'ELABORAZIONE	INDICATORI DI MISURAZIONE	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
								2019	2020	2021
1.P	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo				rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
2.P	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui al Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14/02/2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico				A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3. P DGRC 372/2019 (obiettivo 1)	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni		Copertura vaccinale coorti 2014-2015				95,00%	95,00%	95,00%
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo parotite rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%		Copertura vaccinale coorti 2014-2016				92,00%	92%	92,0%
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento di un valore compreso almeno tra il 60 e il 75%		Copertura vaccinale Antinfluenzale popolazione >= 65 anni				tra 60 % e 75 %	tra 60 % e 75 %	tra 60 % e 75 %
4. P DGRC 372/2019 (obiettivo 2)	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Incremento del valore percentuale sino alla soglia di copertura ricompreso almeno tra 2,5% e 5%	Le UU.LL. sulla sicurezza assegnate sono riportate a quelle censite per la ASL Na 3 Sud con il DCA n.	Percentuale delle Unità locali ispezionate				tra 2,5 % e 5 %	tra 2,5 % e 5 %	tra 2,5 % e 5 %

4.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto della TUBERCOLOSI bovina – (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	Garantire almeno il 100% di allevamenti controllati e inoltre uno dei seguenti casi: ➤ diminuzione del 10% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è > 0,2% e < 0,9 %; ➤ diminuzione del 50% della prevalenza delle aziende se la prevalenza è > 1% e < 3%	Indicatore A) Percentuali di allevamenti bovini controllati; Indicatore B): prevalenza					A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;	A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;	A = 100%; B = riduzione del 10 % della Prevalenza delle aziende rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 0,2% e 0,9%; riduzione del 50 % della Prevalenza rispetto al 2016 se il valore di partenza è tra 1% e 3%;
5. P DGRC 372/2019 (obiettivo 4) 4. 2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 -(percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni – Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)	➤ Garantire almeno un valore ricompreso tra < 99,8% e > 98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza delle aziende < 0,2% per ciascuna delle 4 specie. ➤ Oppure: >98% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e prevalenza > 0,2%	Indicatore A Percentuali di allevamenti ovicaprini, bovini e bufalini controllati; Indicatore B Prevalenza					a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza <0,2%	a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza <0,2%	a) compreso tra 98 % e 99,8% per ciascuna specie; b) Incidenza <0,2%
4.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Garantire almeno un valore ricompreso tra il 95% - 97,9%	Percentuale delle aziende ovicaprine controllate					Ricompresa tra il 95% e il 97,9% del valore relativo al 3% delle aziende presenti	Ricompresa tra il 95% e il 97,9% del valore relativo al 3% delle aziende presenti	Ricompresa tra il 95% e il 97,9% del valore relativo al 3% delle aziende presenti

6.P DGRC 372/2019 (obiettivo 5)	5.1 CONTAMINANTI NEGLI AUMENTI DI ORIGINE ANIMALE - ATTUAZIONE DEL Piano Nazionale per la ricerca dei Residui (PNR)-di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati sul totale dei campioni programmati	Garantire almeno valori ricompresi tra il 90% - 97,9%	1 campione PNR programmati per l'ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016	N. di campioni in allevamento; N. di campioni al macello						A) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati	A) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati	A) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati B) Ricompreso tra il 90% e il 97,9% sui programmati
	5.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NEGLI ESERCIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati, artt. 5 e 6 del DPR 14/07/95	Garantire almeno valori ricompresi tra il <160 e >=120	I campioni in esercizi programmati per la ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016,	A) somma delle percentuali di campionamenti e ispezioni presso esercizi						Ricompresa tra 120 e 160 sul campionamento o programmati e ispezioni da effettuare	Ricompresa tra 120 e 160 sul campionamento o programmati e ispezioni da effettuare	Ricompresa tra 120 e 160 sul campionamento o programmati e ispezioni da effettuare
	5.3 CONTAMINANTI NEGLI AUMENTI DI ORIGINE VEGETALE- programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabella 1 e 2 del DM 23/12/92); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	Garantire valori almeno >= 90% in tutte le categorie previste dal DM	I campioni in esercizi programmati per la ASL Na 3 sud con il DPAT di cui al Decreto Dirigenziale regionale n. 30 del 12/02/2016	N. di campioni negli esercizi;						N. campioni >=90% sui programmati	N. campioni >=90% sui programmati	N. campioni >=90% sui programmati
7.P	Partecipazione/pareri c.d.s. - s.u.a.p. (SISP)	Evasione 90% richieste pervenute	Rilascio pareri per gli Sportelli Unici (SUAP) o partecipazione a conferenze dei Servizi	A) n. risposte/n. richieste; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico						A) 90%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
8.P	Potenziamento delle attività di educazione alla salute	Realizzazione dei progetti previsti dal Piano Aziendale di Educazione alla Salute	Coinvolgimento delle scuole ed altre agenzie nella realizzazione degli interventi progettati	A) N. Corsi effettuati; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico						A. Uguale o maggiore a 3; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. Uguale o maggiore a 3; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. Uguale o maggiore a 3; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

9.P	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie	Miglioramento della governante dell'attività Libero professionale ALPI	A) Pianificazione dei volumi di attività istituzionale al fine di consentire la parametrizzazione dei volumi pianificabili di attività ALPI. B) Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	A) Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. B) Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale					A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio
10.P	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D. Lgs 150/2009 e D. Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.		Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 Gennaio	Entro il 31 Gennaio	Entro il 31 Gennaio

SETTORE D DISTRETTUALE

N.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	RISULTATO ATTESO	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI MISURAZIONE	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021
1. D	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento	Analisi del bisogno di salute		Analisi statistica/epidemiologica attuata					Report	Report	Report
2. D	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
3. D	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui all'allegato c) del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14.02.2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

4. D DGRC 372/2019 (obiettivo6)	Mantenimento dei Ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite, anno 2018 (integrazione ospedale-territorio)	Mantenimento dati anno 2018 (Integrazione ospedale-territorio)	Sistema informativo SDO -Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 -Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione trasferiti da altra struttura: DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.	Numero di ricoveri ordinari per asma e per gastroenterite assistiti di età < 18 anni					Mantenimento dati anno 2018	Mantenimento dati anno 2018	Mantenimento dati anno 2018
	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>= 18 anni per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco (integrazione ospedale-territorio)	Riduzione del 10% (Integrazione ospedale-territorio)	Sistema informativo SDO. - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x Età: > 18 anni. Esclusione: scompenso cardiaco, MDC 14, MDC 15;	Numero di ricoveri ordinari per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco assistiti di età > = 18 anni					-10%	-10%	-10%
5. D DGRC 372/2019 (obiettivo2)	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per ➤ cervice uterina, ➤ mammella, ➤ colon retto	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto con valori superiori almeno rispettivamente a: 35% - 25% - 25%	Le popolazioni bersaglio dei tre programmi sono: a) per cervice uterina popolazione femminile di età ≥ 25 e ≤ 64 ogni tre anni; b) per mammella popolazione femminile di età ≥ 25 e ≤ 64 ogni due anni; c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età ≥ 50 e ≤ 74 anni ogni tre anni.	Numero di soggetti sottoposti a screening / (fratto) popolazione bersaglio del programma	Cervice Uterina: 17,7% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Mammella: 16,7% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Colon retto: 2,44% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Cervice Uterina: 3,9% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Mammella: 15,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Colon retto: 9,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Cervice Uterina: 16,78% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Mammella: 7,02% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016 Colon retto: 9,1% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	Crescen te	a) 35%; b) 25%; c) 25% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	a) 5%; b) 5%; c) 5% + 2 x le zone di cui al DCA 38/2016	+ 2 x le zone di cui al DCA 38/2016
	DCA 38/2016 (per le zone indicate) Fondi vincolati collegati alla prestazione										

6. D DGRC 372/2019 (obiettivo7)	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$		Numero di soggetti 65/2,10% anni trattati in ADI / (fratto) popolazione di età 65 anni	2,09%	2,41%	Crescente	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$
6. D bis Piattaforma SANIARP.	Cure domiciliari -Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	Azzeramento codici CIAO	fonte dato: Piattaforma Saniarp.	n. Pratiche di assistenza domiciliare con coefficiente di intensità		580	Decrescente	Zero	Zero	Zero
7. D DGRC 375/2017 (obiettivo 8)	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Continuare al garantire un valore ricompreso tra 5,10- 7,50		Numero di prestazioni RM / (fratto) popolazione residente x 100	6,70%	9,36%	Contenuto in un range	tra 5,10 e 7,50	tra 5,10 e 7,25	tra 5,10 e 7,00
8.D	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo del LEA	Attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO	DCA n. 70/2017; DCA n. 3/2018.	A) Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti BPCO; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico				A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.D	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo del LEA	Implementazione del percorso riabilitativo del paziente con frattura di femore	DCA n. 69/2017	A) Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti con frattura di femore; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico				A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10.D	Quality Management della Gravidanza e del Parto	Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione dal 1° trimestre di gravidanza.	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide.	A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo				A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
11. D	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	Alleanza con i Medici di assistenza primaria, Pediatrici di libera scelta e Specialisti ambulatoriali attraverso il preposto UCAD	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e	A) n. Incontri UCAD. B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico				A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

11. D bis (Decreto CA n. 86/2016 e s.m.i.)	Attuazione dei decreti commissariati inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari	Formazione/informazioni ai MMG e medici dipendenti. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e	Percentuale di farmaci con brevetto scaduto sul totale dei farmaci. Relazione sulle attività svolte.						Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
11. D ter (Decreto CA n. 44/2018 e n. 138/2018)	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 23 DDD	Formazione/informazioni ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti ASL Na 3 Sud	A) DDD/mille abitanti B) Relazione sull'obiettivo specifico						A) ≤ 23 DDD B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≤ 23 DDD B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≤ 23 DDD B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
12.D	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni	Registrazione dei movimenti di magazzino entro 10 giorni	Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni: relazione						Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
13.D	Ottimizzazione della registrazione e liquidazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti		Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti: relazione						Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
14.D	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie	Miglioramento della governance dell'attività Libero professionale ALPI.	A) Pianificazione dei volumi di attività istituzionale al fine di consentire la parametrizzazione dei volumi pianificabili di attività ALPI. B) Monitoraggio dei volumi di attività ALPI in confronto con i volumi di attività istituzionale.	A) Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. B) Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale.						A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio
15.D	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.						Entro il 31 Gennaio	Entro il 31 Gennaio	Entro il 31 Gennaio

SETTORE O OSPEDALIERO

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
									2019	2020	2021

1.0	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa	Rispetto delle autorizzazioni annuali definite sui conti gestionali di competenza	Controllo dei volumi di spesa e coinvolgimento delle UU.OO.	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo				rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
2.0	Implementazione del sistema di gestione del Portale della Trasparenza	Trasmissione dei dati soggetti agli obblighi di pubblicazione.	Dati di cui all'allegato del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 adottato con delibera n. 170 del 14.02.2018	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.				A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.0	mantenimento dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite, anno 2018 (integrazione ospedale-territorio)	Mantenimento anno 2018 (integrazione ospedale-territorio)	Sistema informativo SDO. - <u>Asma pediatrica</u> . Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.XX (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - <u>Gastroenterite pediatrica</u> . Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.X, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.	Numero di ricoveri ordinari per asma e per gastroenterite assistiti di età < 18 anni				Mantenimento anno 2018	Mantenimento anno 2018	Mantenimento anno 2018
DGRC 372/2019 (obiettivo 6)	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze (a breve e a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Riduzione del 10%	Sistema informativo SDO. - <u>Complicanze a breve termine del diabete</u> . Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: 2 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15;	Numero di ricoveri ordinari per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, ad assistiti di età >= 18 anni				-10%	-10%	-10%
4.0	10.1 Mantenimento dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018	Almeno un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno precedente	Sistema informativo SDO.	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico				Dati 2018 = 1.134	Dati 2018 = 1.134	Dati 2018 = 1.134
DGRC 372/2019 (obiettivo 10)	10.2 Mantenimento degli accessi di tipo medico dell'anno 2018	Almeno un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno precedente	Sistema informativo SDO.	Numero di accessi per ricoveri diurni di tipo medico				Dati 2018 = 9.851	Dati 2018 = 9.851	Dati 2018 = 9.851

5. O DGRC 372/2019 (obiettivo 11)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di in appropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di in appropriatezza in regime ordinario	Garantire un valore $\leq 0,21$	Sistema informativo SDO.	Numero di ricoveri per DRG a rischio di in appropriatezza / (fratto) Numero di DRG non a rischio di in appropriatezza	(Strutture pubbliche e private accredit.)	(Strutture pubbliche e private accredit.)	(Strutture Pubbliche e private accredit.)	$\leq 0,21$	$\leq 0,21$	$\leq 0,21$
6. O DGRC 372/2019 (obiettivo 12)	Percentuale parti cesarei Primari	Garantire almeno un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	Sistema informativo SDO.	Numero parti cesarei primari / (fratto) Numero parti totali	54,54% (Strutture pubbliche e private accredit.)	48,35% (Strutture pubbliche e private accredit.)	37,5% (Strutture pubbliche e private accredit.)	$\geq 20,01$ E $\leq 24,00$	$\geq 20,01$ E $\leq 24,00$	$\geq 20,01$ E $\leq 24,00$
7. O DGRC 372/2019 (obiettivo 13)	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq 60,00\%$	Sistema informativo SDO.	Numero pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore / (fratto) Numero pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati	30,68% (Strutture pubbliche e private accredit.)	35,96% (Strutture pubbliche e private accredit.)	59,96% (Strutture pubbliche e private accredit.)	$\geq 60,00\%$	$\geq 60,00\%$	$\geq 60,00\%$
8. O	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	$< 25\%$	Solo UU.OO. Chirurgiche	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / (fratto) N. di dimessi da reparti chirurgici	34,37% (Strutture pubbliche e private accredit.)	35,37% (Strutture pubbliche e private accredit.)	34,17% (Strutture pubbliche e private accredit.)	$< 25\%$	$< 25\%$	$< 25\%$
9. O	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	1,4 giorni	Solo UU.OO. Chirurgiche	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico / (fratto) Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,32 (Solo strutture pubbliche)	1,45 (Solo Strutture pubbliche)	1,64 (Solo Strutture pubbliche)	1,4 giorni	1,4 giorni	1,4 giorni
9. O bis	Percentuale di DRG ordinari chirurgici programmati con preospedalizzazione	$\geq$	Solo UU.OO. Chirurgiche	A) N. DRG ordinari chirurgici progr. Con preosped. / N. totale DRG chir. Programmati * 100; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	50,91% (Solo Strutture pubbliche)	52,6% (Solo Strutture pubbliche)	52,6% (Solo Strutture pubbliche)	A) $\geq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\geq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\geq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10. O DM 70/2015	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (Strutture pubbliche e private accreditate)	minimo 70%	Fonte dato: Piano Nazionale Esiti	N. colecistectomie con dimissione a 3 gg. / N. totale colecist.	51,21%	53,26%	57,18%	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$
13. O Decreto CA 108/2014	Contenimento della spesa per beni sanitari	Riduzione della spesa farmaceutica in rapporto ai volumi di prestazioni erogati	Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e del biosimilari e monitoraggio della spesa in rapporto ai volumi di attività	A) Spesa farmaceutica per singolo ricovero (punti DRG); B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico				A) $\leq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\leq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\leq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

13.O bis	Contenimento del consumo di antibiotici classe JO1 (Decreto CA n. 44/2018 e n. 138/2018)	Contenimento del consumo di antibiotici classe JO1 entro le 23 DDD	Formazione/informazioni ai medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/100 gg. degenza r.o.	A) DDD/100 gg. degenza r.o ; B) Relazione sull'obiettivo specifico	0,97 (Strutture pubbliche e private accreditate)					A) ≤ 23 DDD B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≤ 23 DDD B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≤ 23 DDD B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
14.O	Incremento/mantenimento della complessità dei ricoveri ordinari	Incremento /Mantenimento del peso medio DRG	Selezione del case-mix	A) Peso medio DRG; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico						A) $\geq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\geq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $\geq$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
15.O	Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza	Report sullo studio puntuale di prevalenza	A) Adesione allo studio di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici. B) Adesione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico. C) Sorveglianza e controllo delle batteriemie da enterobatteri produttori di Carbapenemasi	A) n. di pazienti chirurgici sorvegliati con redazione della scheda ministeriale; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico			A) n. pazienti sorvegliati A) n. pazienti sorvegliati			A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
16.O DCAn. 134/2016	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito neonatale	Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "1 primi mille giorni di vita".	A) Percentuale de neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico						A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
17.O DCA n. 70/2017; DCA n. 3/2018	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito riabilitativo respiratorio	Dimissioni protette: attivazione del percorso di riabilitazione respiratoria e implementazione del percorso aziendale per la presa in carico del paziente con BPCO	DCA n. 70 del 21.12.2017; DCA n. 3 del 17.01.2018.	A) Percentuale di pazienti presi in carico con progetto riabilitativo individuale PTRI / N. totale pazienti BPCO; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico						A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) $>$; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

ale di presi in carico getto ivo ale PTRI / N. izienti con di femore; e con nto ivo specifico					A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
revisione dei nnuali di stituzionale. onitoraggio ale di attività onfronto con istituzionale.					A) Report Previsione; B) Report Monitoraggio	A) Report Previsione; B) Report Monitoraggio	A) Report Previsione; B) Report Monitoraggio
e cartelle ontrollate					100%	100%	100%
registrazioni zino e entro i 10 lazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
registrazioni ffettuate 5 giorni e one entro i revisti:					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
asmissione di ne all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 Marzo	Entro il 31 marzo

Valore Anno	Valore Anno	Valore Anno	Valore Anno	Target		
				2018	2019	2020

	2015	2016	2017	2018			
--	------	------	------	------	--	--	--

CORSO/UU.OO. A CICLO CONTINUO

					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
					50%	50%	50%
/n.					○ 50 % ○ Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 50% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 50% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

SALA OPERATORIA

/n. e_					50%	50%	50%
/					50%	50%	50%

PRONTO SOCCORSO

e					50%	50%	50%
---	--	--	--	--	-----	-----	-----

ATORIALE

					≥1	≥ 1	≥ 1
--	--	--	--	--	----	-----	-----

i di					≥1	≥1	≥1
------	--	--	--	--	----	----	----



	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
						2018	2019	2020
Ile	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consumativo					Rapporto 1,0 = 100 %	Rapporto 1,0 = 100 %	Rapporto 1,0 = 100 %
	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
	N. assistiti Dipartimento / (fratto) n. residenti					≥ = 10,82	≥ = 10,82	≥ = 10,82
	N. PTRI monitorati / N. totale pazienti in carica inseriti in Comunità					100%	100%	100%
	A) N. Visite domiciliari/N. Visite Totali B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) ≥; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
	A) N. ricoveri in TSO / (fratto) N. ricoveri-ospitalità residenziale totali; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) ≤; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≤; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≤; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

	Percentuale di PTRI sottoposti a rivalutazione trimestrale del percorso riabilitativo / N. totale ricoveri in Case di Cura riconvertite					50%	55%	60%
ato	Numero di Associazioni coinvolte nei percorsi assistenziali					Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
	Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti: relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
ione	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) Registrazione del 100% delle prestazioni su piattaforma GDSM					A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) 100%	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) 100%	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico. B) 100%
	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 Marzo	Entro il 31 Marzo

DI	Indicatori di Misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
						2019	2020	2021
delle	Percentuale di rapporto tra Preventivo/Consuntivo					rapporto 1,0 =100 %	rapporto 1,0 =100 %	rapporto 1,0 =100 %

ato	A) Percentuale di dati trasmessi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico.					A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
ce ve	N. pazienti presi in carico/N. richieste					100%	100%	100%
enze.								
ce ve.	N. pazienti presi in carico/N. richieste					100%	100%	100%
	A) N. di pz sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) ≥; B) Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	A) ≥; B) Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	A) ≥; B) Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico
n	A) N. dei ricoveri in strutture extraregionale; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) ≤; B) Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	A) ≤; B) Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico	A) ≤; B) Relazione con riferimento all'obiettivo Specifico
	Numero di Associazioni coinvolte nei programmi di assistenza					Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
	Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni e liquidazione entro i termini previsti; relazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

le A) Report previsione dei volumi annuali di attività istituzionale. B) Report monitoraggio trimestrale di attività ALPI in confronto con l'attività istituzionale.					A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio	A) Report previsione B) Report Monitoraggio
Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 Marzo	Entro il 31 Marzo

Indicatori di misurazione	Valore Anno 2015	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
					2019	2020	2021
A) Percentuale di anziani ultra 65enni presi in carico in assistenza domiciliare B) Relazione					tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$	tra $\geq 1,56$ e $< 1,88$
Numero di utenti presi in carico in cure palliative					A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

Anno 5	Valore Anno 2016	Valore Anno 2017	Valore Anno 2018	Target		
				2019	2020	2021
				rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %	rapporto 1,0 = 100 %
				A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				A) 100%; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

			A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
			A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico

				Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
				A) Rimod.ne Regolamento se dovuto; B) Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; C) volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI	A) Rimod.ne Regolamento se dovuto; B) Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; C) volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI	A) Rimod.ne Regolamento se dovuto; B) Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; C) volumi istituzionali di prestazioni e per monitorare le attività in ALPI

			A) 70% B) 20% Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 80% B) 50% Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) 70% Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			A) 90% B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90% B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 90% B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

				Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo Specifico
				Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				A) Almeno 4 Presidio partecipante allo studio; B) 100%; C) 100%.	A) Almeno 4 Presidio partecipante allo studio; B) 100%; C) 100%.	A) Tutti i Presidi devono partecipare allo studio; B) 100%; C) 100%.



				A) <; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) <; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) <; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
≡	(Strutture pubbliche e private)	(Strutture pubbliche e private)	(Strutture pubbliche e private)	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico



				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
				A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				Adozione del Piano	Adozione del Piano	Adozione del Piano
				Indagine di tutti i distretti e ospedali	Completamento Indagine di tutti i distretti e ospedali. Indagine D.P. e D.S.M.	Completamento Indagine degli anni 2019 e 2020, indagine per ogni struttura ASL Napoli 3 Sud

				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
				Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con Riferimento all'obiettivo specifico
				A. Entro il 31 Gennaio B.1 Entro 10 giorni dalla trasmissione degli atti delle singole UU.OO.	A. Entro il 31 Gennaio B.1 Entro 10 giorni dalla trasmissione degli atti delle singole UU.OO.	A. Entro il 31 Gennaio B.1 Entro 10 giorni dalla trasmissione degli atti delle singole UU.OO.



Considerazioni conclusive

L' ASL Napoli 3 Sud si pone nelle condizioni di affrontare (e di vincere) tre sfide fondamentali, dopo aver ottenuto il sostanziale riequilibrio nella distribuzione delle risorse tra ospedale e territorio: la sfida della qualità, della efficacia e della sostenibilità.

Qualità che deve essere adeguatamente documentata da sistemi informativi più performanti e sostenuta da un processo di standardizzazione degli interventi, laddove il primo rappresenta ormai un passaggio ineluttabile di modernizzazione, ma che senza il secondo non consente una lettura adeguata dei fenomeni e neppure una corretta distribuzione delle risorse.

Efficacia in quanto la varietà delle prestazioni erogate non sempre viene seguita e corredata da una attenta valutazione degli esiti, sebbene il Piano Nazionale Sanitario si stia muovendo in questa direzione.

Sostenibilità in quanto le risorse disponibili sono comunque limitate e la crescente differenziazione e specializzazione degli interventi sanitari, unita al crescente numero di pazienti trattati e alla uscita sul mercato dei cosiddetti farmaci innovativi, potrebbe far esplodere la spesa pubblica.

L'effettiva realizzazione di quanto esposto in premessa passa però attraverso una delicata opera di mediazione che dovrà essere espletata a più livelli.

E' necessario infatti, da un punto di vista tecnico-contrattuale, sollecitare ed incrementare il livello di collaborazione dei MMG, PLS e degli specialisti ambulatoriali, peraltro costantemente seguiti attraverso le periodiche riunioni dei corrispondenti Comitati. In questo senso questa Azienda sta operando non solo nel mantenimento dei livelli formativi, ma anche nel tentativo di coinvolgere sempre di più tali professionisti nelle dinamiche e nelle scelte aziendali.

Dall'altro si rende necessario un livello di mediazione più alto a livello politico con i Sindaci dei numerosi Comuni di riferimento per questa Azienda, che hanno, come è noto, precise responsabilità in termini di sanità. Tale mediazione "alta" dovrà necessariamente essere svolta in collaborazione con la Regione, sia perché depositaria delle volontà politiche più generaliste, sia perché responsabile degli indirizzi sanitari locali.

Ulteriore livello di mediazione si dovrà esercitare con le forze sindacali, che giustamente segnalano un certo livello di "stanchezza" degli operatori, nonché con gli "stakeholders", i portatori di interesse, ovvero le associazioni dei cittadini che sempre più spesso rappresentano le esigenze di alcune di categorie di popolazione.

Attraverso questo Piano, in definitiva, l'Azienda si prefigge l'obiettivo di rendere la propria azione più aderente al dettato normativo, più efficiente e più vicina ai cittadini, compito non facile che è però possibile affrontare con il confronto e la condivisione fra tutti gli attori protagonisti.



REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

**STRUTTURE DI SUPPORTO
DIREZIONE STRATEGICA**

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a final flourish, located in the bottom right corner of the page.

a a assegnazione obiettivi - Performance 2019

3 DS

30/05/2019

SUPPORTO DIREZIONE STRATEGIA (AREA AMM./TEC./PROF.)
UOC Relazioni con il Pubblico, Trasparenza, Tutela Comunicazione

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	SPORTELLLO AMICO TRAPIANTI L. 91/99 DCA; DGRC 3961/01, DCA 99/18; DELIBERA N. 241/17	1.1	PREDISPOSIZIONE GUIDA AI SERVIZI PER IL TRAPIANTANDO E IL TRAPIANTATO	10	PUBBLICAZIONE GUIDA MULTIMEDIALE	
1	SPORTELLLO AMICO TRAPIANTI L. 91/99 DCA; DGRC 3961/01, DCA 99/18; DELIBERA N. 241/17	1.2	N° EVENTI DI PROMOZIONE DONAZIONE ORGANI	10	IMPLEMENTARE IL PORTALE AZIENDALE. PARTECIPAZIONE A CAMPAGNE INFORMATIVE (ALMENO 5 EVENTI)	
2	PROGETTO BENESSERE IN COMUNE PIANO DELLA PROMOZIONE ALLA SALUTE	2.1	N° EVENTI PIENZ'A SALUTE	20	ORGANIZZAZIONE DI ALMENO 15 EVENTI PIENZ'A SALUTE	
2	PROGETTO BENESSERE IN COMUNE PIANO DELLA PROMOZIONE ALLA SALUTE	2.2	N° ADESIONI DEI COMUNI DEL TERRITORIO DELLA ASL NAPOLI 3 SUD PROGETTO BENESSERE IN COMUNE	20	ALMENO 10 ACCORDI INTERISTITUZIONALI FIRMATI DAI SINDACI	
3	PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (D.LGS 33/13 E S.M.I. COORDINAMENTO ATTIVITA')	3.1	PROGRAMMA TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2019-2020-2021 PER GLI OBBLIGHI DELL'ALLEGATO TRASPARENZA	10	ALLEGATO TRASPARENZA AL PTPTCT	
3	PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (D.LGS 33/13 E S.M.I.)	3.2	AGGIORNAMENTO COSTANTE LINK AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE (243 INDICATORI)	15	GARANZIA MANTENIMENTO DEL STANDARD INFORMATIVO PER VALUTAZIONE OIV	
3	PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (D.LGS 33/13 E S.M.I.) AGGIORNAMENTO COSTANTE LINK AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE IN COERENZA CON IL PTPTCT VIGENTE	3.3	MONITORAGGIO OBBLIGHI DI TRASPARENZA PER STRUTTURA	10	TUTTI GLI ATTI PUBBLICATI IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE ATTI RESPONSABILI DELLA TRASPARENZA	
3	RELAZIONE OIV SCHEMA MONITORAGGIO TRASPARENZA ENTRO IL 31 MARZO PER GLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA	3.4	PUBBLICAZIONE TRASMISSIONE RELAZIONE OIV ENTRO APRILE DI OGNI ANNO	5	TRASMISSIONE A OIV F PUBBLICAZIONE IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE	
			totale peso	100		

Caso in cui il rating qualitativo ha un valore di 0/3 per mancanza di dati al denunciante, il peso se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura sarà comunque attribuita.

Il Direttore Amministrativo
Il Direttore Amministrativo
Il Direttore Amministrativo

Il Direttore O.C. elazioni con il Pubblico
Per accettazione

Tutela Comunicazione

Data assegnazione obiettivi -- Performance 2019

SUPPORTO DIREZIONE STRATEGIA (AREA AMM. TEC./PROF.) Responsabile della Prevenzione della corruzione					
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 - V.R. 2019
1	Predisposizione del Piano della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza anni 2018-2021	1.1	Predisposizione e trasmissione alla Direzione strategica della proposta del PTPCT con delibera di adozione	30	S/NO
2	Valutazione relazioni referenti responsabili di struttura complessa secondo il PTPCT	2.1	Valutazione e pubblicazione dei risultati	10	100% delle relazioni pervenute
3	Relazione ANAC	3.1	Relazione da predisporre entro il 15/01/2019	30	S/NO
4	Formazione	4.1	Dati da inviare nella relazione ANAC 2019 (almeno due corsi nel 2019)	30	100%
			totale peso	100	

• In caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/100 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuita

Il Direttore Amministrativo

Per accettazione

Responsabile della Prevenzione della corruzione

Il Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico, Trasparenza, Tutela, Comunicazione

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

1 DS

04/06/2019

SUPPORTO DIREZIONE STRATEGIA (AREA AMM./TEC./PROF) UOC Affari Istituzionali e Segreteria						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	Nessun adempimento previsto	–	–	
4	Predisposizione atti ad organi esterni (procura ecc.)	4.1	Predisposizione atti nei tempi previsti dalla specifica richiesta	30	100%	
5	Verbalizzazione delle sedute deliberanti	5.1	verbali	20	100%	
6	Segreteria nel Coll. Di direzione, Collegio Sanlitano ecc	6.1	verbali	20	100%	
7	Organizzazione Albo pretorio Infomalizzato	7.1	Controllo albo pretorio	20	SI (allegare report)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

II Direttore Amministrativo

Per accettazione

Il Direttore U.O.C. Affari Istituzionali e Segreteria

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

UOC – Valutazione Risorse Umane e Performance						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	Si = 100% No = 0	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	Si = 100% No = 0	
3	Chiusura delle procedure di valutazione (dirigenti) per tramite Collegi Tecnici antecedenti il 30/09/2019 – vedi note GRU* prot. 134502 del 24/09/2019 e prot. 135123 del 25/09/2019	3.1	Completamento di tutti i processi di valutazione a carico dei dirigenti elencati nella nota prot. 0135854 del 26/09/2019 a firma del Responsabile UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	30	dal 80% al 100% = 100% < 80% = 0	
4	Monitoraggio continuo delle Attività Fondi Vincolati (Progetti Regionali) in essere nella ASL Napoli 3 sud *	4.1	Richieste ed acquisizione, entro il 30/11/2019, delle relazioni sullo stato dell'arte, da parte dei Responsabili circa le Attività Fondi Vincolati (Progetti Regionali) in essere nella ASL Napoli 3 sud *	30	Si = 100% No = 0	
5	Piano della performance 2020/2022	5.1	Predisposizione e invio proposta del Piano della Performance 2020/2022, previa indicazione degli obiettivi aziendali da parte della Direzione Strategica, entro il 31/01/2020	30	Si = 100% No = 0	

* N.B. Il raggiungimento di questo obiettivo dipende anche dal rispetto puntuale delle richieste di invio delle relazioni inoltrate da questa UOC ai Responsabili delle Attività Fondi Vincolati, pertinenti nel caso di mancato rispetto si considerano ai fini del raggiungimento dell'obiettivo le richieste inviate in tempo congruo ai Responsabili delle Linee Progettuali.

Il Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Esposito

Per accettazione
Il Responsabile Valutazione Risorse Umane e Performance

Dr. Ciro Inesera

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

2 DS

03/06/2019

SUPPORTO DIREZIONE STRATEGIA (AREA AMM./TEC./PROF) UOC Sistemi Informatici ITC						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuali di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%	
4	Sviluppo del sistema informativo integrale verso la nuova piattaforma SIAC	4.1	Attivazione delle procedure utili all'entrata in esercizio del Sistema SIAC, continuo allineamento alla cabina di regia	10	Si (allegare report)	
5	Fornire alle strutture il necessario supporto tecnico per la corretta raccolta dei dati di prestazioni delle stesse erogate.	5.1	N. di prestazioni di supporto alle strutture/N. di strutture da supportate	15	100%	
6	Gestione del centro Unico di Prenotazione		Gestione/ Potenziamento del CUP aziendale	15	100%	
			Utilizzo di nuove tecnologie informatiche x apertura di nuovi canali di accesso alle attività di prenotazione	10	100%	
			Implementazione di processi di informatizzazione delle strutture territoriali	15	100%	
7	Amministrazione digitale }		Avanzamento dei sistemi digitali e ottimizzazione delle aree già operative (referenziazioni on line, cure domiciliari, fatturazione ecc.)	10	Si (allegare report)	
8	Amministrazione digitale per l'utenza		Avvio dei servizi on line di : prenotazione, ricezione referti e pagamento)	10	Si (allegare report)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Generale
Il Direttore Amministrativo
Dott. Domenico Santillo

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Sistemi Informatici ITC




Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

15/10/2019

SUPPORTO GOVERNO CLINICO (AREA SANITARIA)						
UOC Prevenzione Protezione						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione e della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Delibera N. 11 del 28/05/2019	3.1	Attuazione della delibera	15	SI	
		3.2	Analisi periodica degli infortuni	15	100%	
4	Progettazione di un sistema di segnalistica di sicurezza antincendio nelle strutture asl	4.1	Numero di strutture asl nelle quali è stato predisposto nell'anno 2019 sistema di segnalistica di sicurezza antincendio / Numero complessivo di strutture asl	15	>=40 %	
5	Miglioramento benessere organizzativo aziendale mediante somministrazione di questionari e successiva valutazione rischio SLC (Stress Lavoro Correlato) nel Pronto Soccorso Aziendali	5.1	Numero di Pronto Soccorso nei quali è stato somministrato il questionario e valutato il rischio SLC / N. complessivo di Pronto Soccorso aziendali	10	100%	
6	Audit su conservazione e stoccaggio di agenti chimici pericolosi nei laboratori di analisi (compresa citologia e anatomia patologica) e delle radiologie	6.1	Numero di audit effettuati / Numero complessivo di audit da effettuare	10	100%	
7	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	7.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale a rischio dipendente dell'ASP ai sensi del dl 81/2008	15	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	
8	Sorveglianza sanitaria in ambito aziendale	8.1	N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate sul personale dipendente di categoria A e B	10	100% dei giudizi in scadenza + nuovi casi	
			totale peso	100		

*. Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/10 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore U.O.G. Prevenzione e Protezione

del Dr. Aldo Tollo

01/10/2019

SUPPORTO GOVERNO CLINICO (AREA SANITARIA)

UOC CONTROLLO DI GESTIONE

N.OB.	OBIETTIVO	N.IND.	INDICATORE	PESO	V.A.2019*	V.R.2019
1.	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1.	N.adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N.adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	Rispetto di tutti gli adempimenti	
2.	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1.	N.adempimenti posti in essere nei tempi previsti/N.adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	Rispetto di tutti gli adempimenti	
3.	Verifica incrociata tra i dati presenti nelle delibere di accreditabilità delle strutture sanitarie e i dati presenti nei flussi anagrafici NSIS	3.1.	N.verifiche/N.strutture accreditate	10	Adeguamento delle anagrafiche delle strutture accreditate di NSIS alle delibere di accreditabilità	
4.	Coordinamento aziendale attività per adempimenti LEA	4.1	Invio mensile dati aggiornati griglia LEA alla Direzione strategica	10	Rispetto adempimento	
5.	Monitoraggio obiettivi O.G. in relazione all'attività di ricovero	5.1	Monitoraggio semestrale	10	Rispetto adempimento	
6.	Collaborazione con la UOC Performance circa la valutazione anno 2018	6.1	Richiesta di eventuali integrazioni e/o correzioni da apportare alle schede di valutazione	10	Contatti con le UOC per le integrazioni da apportare alle schede di valutazione anno 2018	
7.	Elaborazione di un Piano del CdC coerente con la Struttura organizzativa aziendale	7.1	Piano dei Centri di costo (aggiornato all'articolazione organizzativa anno 2019)	20	Predisposizione del Piano del CdC	
8.	Elaborazione di un Piano dei fattori produttivi coerente col Piano dei Conti aziendali	8.1	Piano dei fattori produttivi (nel rispetto del piano dei Conti in uso per il 2019)	20	Predisposizione dei fattori produttivi	
9.	Adozione di un modello di reporting per il monitoraggio semestrale dei consumi di beni (sanitari e non sanitari) per CdC	9.1	Reports di monitoraggio	10	Progettazione e predisposizione di reports di monitoraggio dei consumi nei due semestri nell'anno 2019	

* NEL CASO IN CUI L'INDICATORE QUANTITATIVO HA UN VALORE DI 0/0 PER MANCANZA DAT AL DENOMINATORE, IL PESO, SE TALE CIRCOSTANZA SARA' SEGNALATA E MOTIVATA DALLA STRUTTURA, SARA' COMUNQUE ATTRIBUITO



PER ACCETTAZIONE
IL RESPONSABILE UOC






REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

**STRUTTURE DI SUPPORTO
AREA AMMINISTRATIVA**



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

3

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

UOC Gestione Economica e Finanziaria

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuali di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%	
4	Rispetto delle scadenze previste nella trasmissione dei flussi di competenza e completezza degli stessi	4.1	Trasmissione alla Piattaforma di competenza dei modelli CE, entro le scadenze previste dalle normative vigenti.	5	Si (allegare report)	
		4.2	Predisposizione del modello SP entro la scadenza prevista dalle normative vigenti.	5	Si (allegare report)	
5	Predisposizione in tempo utile dei documenti di bilancio (previsionale e consuntivo)	5.1	Predisposizione del bilancio previsionale anno 2019 secondo le direttive dell'Assessorato Regionale	5	Si (allegare report)	
		5.2	Predisposizione del bilancio consuntivo 2018 entro la scadenza prevista dalle normative vigenti.	10	Si (allegare report)	
6	Incremento incasso sui crediti	8.1	Incremento % incasso su crediti rispetto all'anno 2018	10	> = 10%	
7	Contabilità separata per prestazioni in ALPI	9.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna struttura erogatrice delle prestazioni in ALPI, con relativa valorizzazione	10	Si (allegare report)	
10	Contabilità separata per funzioni da fondi vincolati	10.1	Elaborazione di report semestrale aggiornato per ciascuna attività progettuale	10	Si (allegare report)	
11	Attuazione delle Direttive U.E. sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali	11.1	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori	10	Si (allegare report)	
12	Riorrganizzazione del procedimento di liquidazione e pagamento delle fatture	7.1	Malince delle responsabilità	10	Si (allegare report)	
			Sistema di monitoraggio attraverso scadenziario per attività di monitoraggio con evidenziazione dei ritardi	10	Si (allegare report)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Direttore Amministrativo

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Gestione Economica e Finanziaria

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019
30/05/2019

30/05/2019

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO						
UOC Affari Legali						
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attualivi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti (Delibera 11/2017)	5	100%	
4	Monitoraggio delle attività di gestione del contenzioso	4.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso, con specifica descrizione delle cause contenzioso a tipo ogg. va ore delle singole cause e stima del grado di soccombenza.	15	SI (allegare report)	
		4.2	N. procedure attivate per recupero crediti N. richieste pervenute per recupero crediti, secondo le procedure definite	5	100%	
		4.3	Trasmissione report semestrale relativo alle transazioni effettuate, con indicazione del rapporto costituenti benefici conseguiti rispetto alla prosecuzione del giudizio.	5	SI (allegare report)	
		4.4	Rendicontazione trimestrale delle spese sostenute dai Legali con adozione delle relative determinazioni entro il mese successivo al trimestre di riferimento	5	SI (allegare documentazione)	
5	Monitoraggio delle attività relative al contenzioso del lavoro	5.1	Produzione di report direzionale dell'andamento del contenzioso del lavoro, con specifica descrizione delle cause, del valore delle singole cause, della stima del grado di soccombenza.	15	SI (allegare report)	
6	Consulenza legale alle strutture ASL	6.1	N. di consulenze E PARERI effettuate / N. delle consulenze E PARERI richieste dalle strutture asl	15	> 80%	
7	TAVOLI TECNICI	7.1	N. PARTECIPAZIONE TAVOLI TECNICI/TOTALE DEI TAVOLI TECNICI	15	SI (allegare report)	
8	PARERI SU CONGRUITA' PARCELLA DIFENSORI ASL	8.1	N. PARERI ESPRESSI/TOTALE DEI PARERI RICHIESTI	10	SI (allegare regolamento)	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0,00 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Amministrativo

Per accettazione

Il Direttore U.P.C. Affari Legali

[Firma]

[Firma]

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

4

30/05/2019

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

UOC Acquisizione beni e servizi

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuali di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%	
4	BENI e SERVIZI, rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento	4.1	N° procedure acquisiti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) con motivazioni che hanno impedito il ricorso esclusivo a CONSIP e alla Centrale Unica di Committenza / N° procedure acquisiti beni-servizi (escluse gare centralizzate programmate) effettuate senza il ricorso esclusivo a CONSIP e alla Centrale Unica di Committenza	20	100%	
		4.2	N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N° procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	20	100%	
		4.3	N° contratti per i quali risultino esserci state concesse proroghe con motivazioni che hanno impedito l'avvio e/o la definizione di nuova procedura / N° contratti per i quali risultino essere state concesse proroghe	20	100%	
5	Caricamento contratti su sistema informatico	5.1	N° contratti caricati sul Sistema / N° contratti sottoscritti dalle parti	20	100%	
6	Pianificazione degli acquisti di beni di concerto con le Dir. Amm. ve e Sanitarie dei PP OO e Dipartimentali	6.1	Relazione dettagliata del dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	5	100%	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/10 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

1 Direttore Amministrativo

Per accettazione
Il Direttore U.O. C.ABS

3/06/2019

7

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO UOC Gestione delle Risorse Umane					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%
4	Personale Convenzionato / Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel Modello CE	4.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.2 – CE: 0% della non giustificato per ogni trimestre.	10	SI
5	Personale Dipendente / Invio delle tabelle del Prospetto di raccordo Flusso del Personale - Modello CE 2016	5.1	Produzione e "certificazione" del prospetto di raccordo Flusso Personale Tab.2 – CE: 0% della non giustificato per ogni trimestre	10	SI
6	Personale Dipendente / Produzione del monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) nell'ambito degli adempimenti del Programma Operativo in coerenza con le risultanze del Flusso del Personale: sottoscrizione/certificazione	6.1	Coerenza monitoraggio trimestrale con le risultanze del flusso: 0% della non giustificato tra unità di personale rilevate nella Tabella D.1.2 e dal Flusso per ogni trimestre	15	SI
7	Predisposizione schede di Immissione personale assunto a qualsiasi titolo entro 7 gg. dalla data del reclutamento	7.1	N. schede di immissione entro 7 gg / N. totale di reclutamenti effettuati nel 2019	10	100%
8	Pubblicazione su PERLA PA (se attivata la relativa funzione) e sul sito web dei bandi di concorso (art.54 c.1 Let.f D.Lgs.n.82/2005)	8.1	N. bandi pubblicati sul sito web / N. bandi concorsi emanati	10	100%

9	Adozione provvedimenti di fabbisogno delle dotazioni organiche ed invio degli stessi alla Regione	9.1	Adozione provvedimento d.o. e invio alla regione secondo le modalità e tempi previsti	10	Si (Allegare provvedimento)	
10	Definizione dei contratti individuali di lavoro per tutto il personale dell'ASL	10.1	Definizione contratti di lavoro	10	100%	
11	Assunzione personal: Gestione e monitoraggio e invio reports trimestrali alla Direzione Strategica sullo sviluppo dei processi	11.1	Reports trimestrale secondo modalità e tempi previsti	10	100%	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Amministrativo

Per accettazione

Il Direttore U.O.C. Gestione delle Risorse Umane

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

20/05/2019

1

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO UOC Affari Generali						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuali di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%	
4	Predisposizione proposte di deliberare per accelerazione donazioni	4.1	N. proposte di deliberare accelerazione donazioni predisposte /N. richieste di donazioni pervenute e autorizzate dalla Direzione Aziendale	25	100%	
5	Convenzioni: Predisposizione delle convenzioni da sviluppare con Enti e professionisti esterni, su proposta della Direzione Strategica	5.1	N. convenzioni predisposte/N. convenzioni richieste dalla Direzione Strategica	20	>=90%	
6	Liquidazione debiti disciolte UUSLL	6.1 6.2	n. liquidazioni effettuate/n. richieste di liquidazione pervenute Verifiche debiti disciolte ex UUSLL tramite procedura GED - Nel	20 20	100% 100%	0% 9%
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Amministrativo

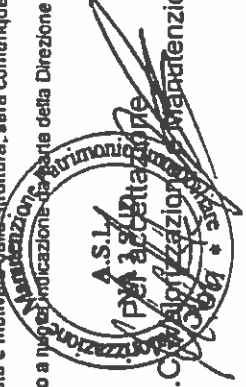
Per la Direzione
Il Direttore U.O.C. Affari Generali

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO						
UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESQ	V.A. 2019 *	V.R. 2019
	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuali di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%	
4	Attuazione piano di investimenti di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico 2018/2019	4.1	Realizzazione del piano investimento anno 2019	15	100%	
5	Cancamento contratti su sistema informatico	5.1	N° contratti caricati sul Sistema / N° contratti sottoscritti dalla parti	25	100%	
6	Piano spending review per la gestione e la manutenzione del patrimonio immobiliare		Piano 2019	25	100%	
7	Assistenza e gestione progetti di ristrutturazione immobili dell'ASL Na 3 Sud, con avvio delle procedure per la cantierizzazione dei lavori già finanziati di cui all'art. 20 L.67/88, elaborazione ed invio di reports trimestrali.	7.1	Reports trimestrale sui progetti di ristrutturazione redatti e su lavori già finanziati e canlerizzati.	20	>= 90%	
Totale peso:				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

N.B. Il Responsabile della U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare, Ing. Frappola per dimissioni volontarie sarà sostituito, fino a nuova indicazione da parte della Direzione Strategica, dall'Ing. Matteo Balsamo, già responsabile della U.O.C. Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie.

Il Direttore Amministrativo



Il Direttore U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

9

04/06/2019

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attualivi di Certificabilità (PAC)	3.1	obiettivo adempimenti assegnati con la delibera con delibera 11/2017	5	100%	
4	Monitoraggio della procedura relativa alle richieste di intervento pervenute alla UOC	4.1	N° richieste evase secondo la procedura stabilita / N° richieste di intervento pervenute alla UOC (per ciascuna delle linee d'intervento individuate)	15	100%	
4	Censimento delle apparecchiature elettromedicali dell'ASL Na 3 Sud	4.1	Censimento delle apparecchiature	10	>= 90%	
4		4.2	N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza con motivazioni che hanno richiesto il ricorso a tale tipo di procedura / N. procedure negoziate e/o operate in carattere di urgenza	20	100%	
5	Caricamento contratti su sistema informatico	5.1	N° contratti cancellati sul Sistema / N° contratti sottoscritti dalle parti	10	100%	
6	Sistema di manutenzione programmata	6.1	Redazione di una procedura per la realizzazione della manutenzione programmata	10	100%	
7	Pianificazione dei controlli periodici di sicurezza e funzionalità	7.1	N° di controlli periodici effettuati / N° di apparecchiature biomediche aziendali	20	>= 90%	
			totale peso	100		totale pes

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore U.O.C. Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO						
UOC Servizi Amministrativi Ospedaliери AREA NORD						
N. OB TV	OBIEETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Recupero crediti per attività ambulatoriali e dei codici bianchi di P.S.	3.1	Recupero di tutti i crediti previsti	5	100%	
4	Gestione cassa economica e cassa ticket su delega bancaria	4.1	N.di mandati/N. di pagamenti effettuati e ricevuti	25	100%	
5	Gestione autorizzazioni utilizzo area parcheggi riservati al pz Esterno affetti da patologie gravi, in trattamento periodico presso P.O.	5.1	Relazione del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	25	Si (allegare procedura)	
6	Monitoraggio orario di servizio del personale tutto dei PP.OO. di competenze	6.1	Monitoraggio mensile/MONITORAGGI 2019	15	100%	
Supporto al a informatizzazione dei PP.OO.						
7	Informatizzazione del magazzino ospedaliero	7.1	Magazzino ospedaliero informatizzato al 31/12/2019	20	Si (allegare relazione)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

I Direttore Amministrativo

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Servizi Amministrativi Ospedaliери A.Nord

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO						
UOC Servizi Amministrativi Ospedalieri AREA SUD						
N. OB TV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Recupero crediti per attività ambulatoriali e dei codici bianchi di P.S.	3.1	Recupero di tutti i crediti previsti	5	100%	
4	Gestione cassa economica e cassa titoli su delega bancaria	4.1	N. di mandati / N. di pagamenti effettuali e ricevuti	25	100%	
5	Gestione autorizzazioni utilizzo aree parcheggi riservati al pz. Esterno affetti da patologie gravi, in trattamento periodico presso il P.O.	5.1	Relazione del Dirigente sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	25	SI (allegare procedura)	
6	Monitoraggio orario di servizio del personale tutto del PP.OO. di competenze.	6.1	Monitoraggio mensile/MONITORAGGI 2019	15	100%	
Supporto alla informatizzazione dei PP.OO.						
7	Informatizzazione del magazzino ospedaliero	7.1	Magazzino ospedaliero informatizzato al 31/12/2019	20	SI (allegare relazione)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

I Direttore Amministrativo

Per accettazione

Il Direttore U.O.C. Servizi Amministrativi Ospedalieri A. Sud

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO						
REFERENTE PRIVACY						
N. OB TV	OGGETTO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Predisposizione atti deliberativi adeguamento GDPR.	3.1	ATTI DELIBERATIVI DI COMPETENZA/PROCEDURE – PROCESSI CHE RICHIEDONO ATTI DELIBERATIVI	30	100%	
4	Gestione informative e policy aziendali in materia Privacy	4.1	TUTTE LE AZIONI INFORMATIVE SULLA SPECIFICA MATERIA ANNO 2019	30	100%	
5	Coordinamento attività di compliance privacy	5.1	TUTTE LE ATTIVITÀ DI COMPETENZA ANNO 2019	30	100%	
6	Monitoraggio orario di servizio del personale tutto del P.P.O.O. di competenze.	6.1	Monitoraggio mensile/MONITORAGGIO 2019	20	100%	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Direttore Amministrativo

Per accettazione
Il Referente Privacy

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO						
UOC Amministrativa Dip. Prev.						
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 / Importo budget 2019	10	≤ 1	
5	Monitoraggio spese sostenute per gestione D.P.	5.1	Controllo mensile	10	100%	
6	Verifica attività intramania del personale dirigente	6.1	Verifica mensile	10	100%	
7	Gestione sanzioni amministrative	7.1	Controllo mensile/Controlli al 31/12/2019	25	100%	
8	Applicazione D.Lgs 194/08 * Disciplina di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento CE 882/04	8.1	Gestione della contabilità	30	Si (allegare procedura)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

I Direttore Amministrativo

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Amministrativa Dip. Prev.

4/6/2019

04/06/2019

SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO					
UOC Coordinamento amministrativo Socio Sanitario					
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti relativi ai Percorsi Attuali di Certificabilità (PAC)	3.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Rispetto dei vincoli di spesa previsti nel budget assegnato	4.1	Utilizzo budget rilevato nel rendiconto analitico consuntivo 2019 Importo budget 2019 assegnato su sistema informatico	5	≤ 1
5	Monitoraggio sistema informatico rilevamento presenze delle risorse umane del Dipartimento	5.1	Controllo mensile	30	100%
6	Elaborazione procedura per l'acquisizione di beni e servizi per le necessità delle UU.OO.CC. presenti nel dipartimento	6.1	Procedura		Si (allegare procedura)
	Recupero annuale, quote Crediti degli Enti Locali per la partecipazione ai cittadini assistiti in RRSSAA Pubblica	7.1	Quote recuperale	30	>= 90%
			totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Amministrativo

Per accettazione

Il Direttore U.O.C. Coordinamento Amm.vo Soc.San.

REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

**STRUTTURE DI SUPPORTO
AREA SANITARIA**



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

DIREZIONE SANITARIA						
OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019	
Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%		
Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%		
Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%		
Verifica Organizzazione Distretti Sanitari Socio-	4.1.	Monitoraggio trimestrale dell'attività afferente i progetti a fondo vincolato/ analisi degli obiettivi, sulle esigenze, strategie e azioni da implementare	30	100%		
Verifica Organizzazione PP.OO	5.1	Verifica quadrimestrale del governo tecnico dei processi delle Strutture Ospedaliere, / pianificazione della Direzione Strategica	30	100%		
Coordinamento delle UU.OO.CC. Centrali Area Sanitaria	6.1.	Numero di processi in itinere/ verifiche trimestrali dei risultati raggiunti	25	100%		
		totale peso	100			

* Net caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario/

IL DIRETTORE SANITARIO
Dot. Gaetano D'Onofrio

Per accettazione

Manuela Antonello
Gaetano

[Signature]

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

15/10/2019

SUPPORTO GOVERNO CLINICO
UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Attuazione Legge 30 marzo 2001 n° 130 "Disposizioni in materia di cremazione e dispersioni delle ceneri"	4.1	Numero di richieste evase/ Numero totale di richieste cremazioni pervenute	20	Si (allegare report)	
Attività Commissioni Mediche Integrate per Invalidità Civile – Legge 104/92 – Legge 68/99:						
5	Tempi di attesa per ambulatori INVALIDI CIVILI;	5.1	Tempi di attesa stabiliti dalla norma/N. totale degli atti di competenza	15	Si (allegare documentazione)	
6	Abbattimento giacenze del 50%	6.1	N. persone sottoposte a valutazione/N. totale della popolazione da sottoporre a valutazione	20	>=50%	
Attuazione art. 1 L. n. 190/2014, comma 303						
7	Monitoraggio dell'accertamento di morte entro le 48 ore e trasmissione all'INPS	7.1	N. accertamenti effettuati e trasmessi entro le 48 all'INPS/n. totale degli accertamenti da effettuare entro le 48 ore	20	100%	
Legge 210/92 (l'indennizzo di cui alla Legge n. 210/92)						
8	Monitoraggio trimestrale	8.1	N.4 monitoraggi anno 2019	10	Si (allegare documentazione)	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore U.O.C. Medicina Legale Pubblica Valutativa

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

15/20/2019

[Handwritten signature]

UOC FORMAZIONE E ORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE						
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Adempimenti previsti dal decreto N°12 di G.R.C. del 06.03.2019 ad oggetto:Corsi di formazione stabiliti dal decreto per il rilascio dell'idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza territoriale 118	4.1.	Attivazione procedure ed avvio di almeno N° 1 corso di formazione (220 ore) su due previsti dal decreto regionale	25	100%	
5	Piano della formazione aziendale 2019	5.1	Numero di unità di personale formato per le 18 Raccomandazioni Ministeriali nel 2019/ Numero di personale formato nel 2018	20	(>20%) SI	
		5.2	Numero di unità di personale formato ai sensi del D.Lgs. 81/08 nel 2019/ Numero di personale formato nel 2018	20	(>20%) SI	
6	elaborazione di piano formazione aziendale ECM	6.1.	N. corsi formativi ECM realizzati / N.corsi formativi ECM indicati nel piano formativo ECM	20	> = 50%	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

II Direttore Sanitario

[Handwritten signature]

Per l'accettazione
II Direttore UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

SUPPORTO GOVERNO CLINICO (AREA SANITARIA) UOC RISK MANAGEMENT						
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel piano triennale della trasparenza	2.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato B della Delibera n.768/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato B della Delibera n.768/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla delibera 135 del 11/02/2019	3.1	N. adempimenti di competenza, di cui alla Delibera n.135/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. adempimenti di competenza, di cui alla Delibera n.135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure	4.1	Progettazione ed esecuzione del corso di formazione per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie	15	SI (allegare report)	
5	Miglioramento della sicurezza, qualità e appropriatezza delle prestazioni assistenziali e organizzative	5.1	Monitoraggio dell'applicazione delle procedure aziendali relative alle 18 Raccomandazioni Ministeriali	20	SI (allegare documentazione)	
6	Coordinamento delle attività di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico	6.1	Monitoraggio delle attività previste dal PNCAR - partecipazione dei PP.OO. ASL Napoli 3 Sud ai seguenti studi: ANTIBIOTICO RESISTENZAE SULL'USO DI ANTIBIOTICI INFEZIONI SITO CHIRURGICO STUDIO PUNTUALE DI PREVALENZA	10	SI (allegare documentazione)	
		6.2	Monitoraggio sul corretto utilizzo del manuale di sicurezza in sala operatoria (raccomandazioni e check list) in tutti i PP.OO. Aziendali	20	SI (allegare documentazione)	
		6.3	N. schede di segnalazione eventi sentinella inserite nel Flusso SIMES/N. schede eventi sentinelle pervenute	20	100%	
			TOTALE	100		

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Gaetano D'Amico

per accettazione

Il Responsabile Direzione UOC Risk Management



REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

DIPARTIMENTI STRUTTURALI



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento Farmaceutico						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti (N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti)	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla delibera n. 135 del 11.02.2019	3.1	N. adempimenti di competenza, allo stato effettuabili in assenza dei propedeutici atti a carico della Regione, di cui la delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui la delibera 135/2019 da porre nei tempi previsti	5	100%	
4	Contenimento della spesa farmaceutica	4.1	Monitoraggio della spesa farmaceutica secondo le indicazioni regionali e/o nazionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il contenimento della stessa	5	Monitoraggio della spesa farmaceutica, realizzazione di reports con Analisi della spesa.	
5	Realizzazione delle azioni di contrasto all'Antibioticoresistenza	5.1	Monitoraggio, verifica delle richieste delle UU.OO. ospedaliere, elaborazione di reports con riferimento all'utilizzo degli antibiotici con riduzione della spesa per antibiotici rispetto all'anno precedente.	10	Monitoraggio delle richieste. Verifica ed elaborazione reports con analisi dell'erogato rispetto al richiedo.	
6	Attuazione dei decreti commissariali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	6.1	Monitoraggio ed elaborazione reports delle prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto, biosimilari, biologici per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei DCA	5	100%	
7	Produzione dei flussi informativi	7.1	Rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi	10	Produzione e trasmissione dei flussi informativi	
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera	5	100%	
		8.2	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale	5	100%	
		8.3	UOS afferenti al Dipartimento Farmaceutico	5	100%	
9	Contenimento della spesa farmaceutica	9.1	Farmaci del 1° ciclo di cura, verifica dell'appropriatezza prescrittiva, erogazione dei farmaci di cui al 1° ciclo di cura pervenute alla farmacia ospedaliera (DGRC n. 34 del 29.01.2018)	5	>= 80%	
10	Ricezione dei prodotti e relativo controllo quali quantitativo	10.1	Numero di controlli effettuati/Numero totale delle ricezioni dei prodotti	5	100%	
11	Assistenza Farmaceutica - Politiche del	11.1	Controllo e verifica delle schede segnalazione reazione avverse (ADR) e inserimento nella	5	100%	

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	Farmaco - Farmacovigilanza e farmacoutilizzazione	Rete Nazionale Farmacovigilanza (RNF). Attività di informazione del farmaco, con particolare attenzione alle Allerta Rapido, Revoca AIC.			
12	Vigilanza sugli farmaci farmaceutici di reparto ospedaliero/territoriale	12.1	Verifica della correttezza farmaceutica presso le UU.OO. Aziendali (DGRC n. 34 del 29.01.2018)	5	100%
13	Miglioramento dell'approvvigionamento dei farmaci per i PP.OO.	13.1	Realizzazione da parte della Farmacia Ospedaliera di 2 riunioni (una per semestre) con i Referenti Rischio clinico e i Referenti delle UU.OO. del P.P.OO. per individuare eventuali criticità nel sistema di approvvigionamento dei farmaci con invio al Dipartimento del Farmaco di relazione per la pianificazione delle azioni di miglioramento di competenza	5	numero di riunioni effettuate con i referenti rischio clinico e referenti UU.OO. ospedalieri in rapporto a quanto posto come obiettivo
14	Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera Monitoraggio procedure di rimborso condizionato Rif DCA 14/2017 intervento 20,6 DCA 134/2016	14.1	Attivazione delle procedure ai fini dei rimborsi condizionali dei farmaci innovativi ad alto costo ed eventuali richieste di rimborsi.	5	procedure attivate in rapporto alle possibili procedure dei farmaci rimborsabili
15	Andamento della spesa farmaceutica convenzionata	15.1	Relazione trimestrale - 4 re lazione anno 2019	5	elaborazione n. 4 relazioni e sua trasmissione relativa all'andamento della spesa convenzionata.
16	Andamento della spesa farmaceutica convenzionata	16.2	Accettazione, verifica, predisposizione alto per la liquidazione ricette SSN da farmacie convenzionate. Controlli contabili e controlli di conformità tecniche ricette farmaceutiche (elaborate da ditta aggiudicataria)	5	numero ricette presentate dalle farmacie convenzionate, accettate e numero atti predisposti per la liquidazione in rapporto ai dati dell'anno 2018. Numero controlli contabile e tecnico effettuati rispetto alle ricette elaborate dalla ditta aggiudicataria
17	Erogazione farmaci/ presidi ai cittadini aventi diritto	17.1	Numero erogazione farmaci/ presidi ai cittadini aventi diritto/Numero totale dei pazienti aventi diritto afferenti alla struttura farmaceutica (ospedaliera e/o territoriale)	5	100%





18	Gestione EDF	18.1	N° di pazienti afferenti alle strutture farmaceutica/N° totale di Unità posologiche	5	100%	
			totale peso	100		

18 | 10 | 2019

Il Direttore Sanitario

[Handwritten signature]

Per accettazione
Il Direttore Dipartimento Farmaceutico



DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
IL DIRETTORE
Dr. Eduardo NAVA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Data Assegnazione obiettivi – Performace 2019

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
N.OBTV	OBIETTIVO	N.IND.	INDICATORE		
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	4.1	UOC - Igiene e Sanità Pubblica	10,62	100%
		4.2	UOC - Epidemiologia e Prevenzione	10,62	100%
		4.3	UOC - Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – Igiene e medicina del Lavoro – Area Nord	10,64	100%
		4.4	UOC - Igiene e medicina del Lavoro – Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro - Area Sud	10,64	100%
		4.5	UOC - Igiene degli alimenti e della Nutrizione	10,62	
		4.6	UOC - Sanità animale - Area A	10,62	100%
		4.7	UOC - Igiene e produzione di alimenti di origine animali Area B	10,62	100%
		4.8	UOC - Igiene allevamenti e produzioni zootecniche - Area C	10,62	100%
			Totale Peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario

[Handwritten signature]

Per accettazione

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione



Data Assegnazione obiettivi – Performace 2019

Dipartimento di Prevenzione: UOC – Epidemiologia e Prevenzione					
N.Obtv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Screening oncologici					
4	Estensione dei programmi di screening del tumore del colon retto	4.1	N. di soggetti che hanno effettuato lo screening INVIATI nell'anno 2019 / popolazione target	15	100%
5	Giornate di promozione alla salute sul territorio	5.1	N. 6 giornate di promozione sul territorio nei distretti ASL Napoli 3 Sud anno 2019	10	100%
6	Monitoraggio estensione e adesione screening colon retto	6.1	N. 2 report annuali: I livello di screening*** anno 2019 – II livello di screening**** anno 2018	10	100%
Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive					
7	Implementazione della copertura vaccinale (D.A.N. 38/2015)	7.1	Report annuale monitoraggio andamento copertura coorte anno 2017 per vaccinazioni ESA (3) MPR (1) Varicella (1)**	10	100%
8	Controllo epidemiologico delle malattie infettive	8.1	Report annuale monitoraggio andamento delle malattie infettive pervenute*****	10	100%
Altri Obiettivi					
9	Vaccinazioni internazionali	9.1	Report annuale sulle vaccinazioni internazionali*****	10	100%
10	Raccolta e codifica delle informazioni riportate nelle schede ISTAT di morte, elaborazione dei dati	10.1	N. schede di morte codificate e registrate anno 2018/ N. schede di morte nell'anno 2018	10	100%
11	Effettuazione indagine Passi, Verifica ed Analisi dati	11.1	N. interviste effettuate anno 2019 / N. interviste campione anno 2019	10	100%
Totale Peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

** verificare se stabilito dal LEA

*** ricerca sangue occulto nelle feci

**** soggetti sottoposti a colonscopia

***** dati utili al documento sullo stato di salute della popolazione

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore UOC Epidemiologia e Prevenzione

Per accettazione

Dipartimento di Prevenzione: UOC – Igiene degli alimenti e della Nutrizione					
N.Obtv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Attività di Controllo Ufficiale					
4	Piano Regionale di controllo ufficiale elaborazione DPAT	4.1	Verifica trimestrale del grado raggiungimento del DPAT 2019 con report trimestrali: 4 report completo dei piani e delle attività assegnati=100% 3 report = 75%; 2 report=50%; <2 report=0	15	100%
5	Area di intervento e Sicurezza Alimentare – Tutela della salute dei consumatori	5.1	Piani di monitoraggio ed attività sezioni A e B del DPAT 2019: Raggiungimento dei parametri numerici piani programmati sez. A e B Da 36 a 47 =100%; da 24 a 35=75%; da 12 a 23=50%; <12=0	20	100%
6	Sicurezza Alimentare, tutela della salute dei consumatori	6.1	N. dei controlli ufficiali espletati nell'ambito della ristorazione pubblica e collettiva, come da DPAT 2019 Da 217 a 288=100%; da 145 a 216=75%; da 73 a 144=50%; <73=0	15	100%
Prodotti fitosanitari					
7	Erogazione corsi di formazione per abilitazione, vendita e acquisto di prodotti fitosanitari	7.1	Evasione di tutte le richieste pervenute: da 80 a 100=100%; da 60 a 79=80%; da 31 a 59=50%; <30=0	15	100%
Prevenzione Nutrizionale					
8	Promozione di stili di vita sani	8.1	Supporto ad Enti ed Istituzioni, pubblici e privati, nella predisposizione di menù e tabelle dietetiche nonché di consulenza nutrizionale N. evasione richieste/totale richieste Da 80 a 100=100%; da 60 a 79=80%; da 31 a 59=50%; <30=0	10	100%
9	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale programmi	9.1	Raccolta dati su campione inviato da ISS per okkio alla salute: attività svolta in almeno il 90% del campione	10	100%
Totale Peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione




Per accettazione
Il Direttore UOC Igiene degli alimenti e della Nutrizione




Data Assegnazione obiettivi – Performace 2019

Dipartimento di Prevenzione : UOC – Igiene e Sanità Pubblica					
N.Obrv	Obiettivo	N.Ind.	Indicatore	Peso	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Tutela Sicurezza Alimentare; DPAT 2019 – Piano di Monitoraggio controllo delle acque a consumo umano - C20	4.1	N. controlli acque a consumo umano DPAT 2019 = 542 Da 541 a 406 =75%; da 405 a 271 = 50%; da 270 a 135 = 25%; <134=0	15	100%
5	Prevenzione Collettiva Sanità Pubblica; sorveglianza e prevenzione	5.1	N. 65 Controlli scuole infanzia e primarie programmate Da 64 a 49 = 75%; da 48 a 33 = 50%; da 32 a 16 = 25%; <16=0	15	100%
6	Sorveglianza e Prevenzione: Malattie Infettive	6.1	N. 65 Controlli accconciatori, Estetisti, Tatuatori programmati Da 64 a 49 = 75%; da 48 a 33 = 50%; da 32 a 16 = 25%; <16=0	15	100%
7	Sorveglianza e Prevenzione: Controlli centri accoglienza extracomunitari	7.1	N. 15 Controlli centri di accoglienza extracomunitari programmati Da 14 a 11 = 75%; da 11 a 8 = 50%; da 7 a 4 = 25%; <4=0	10	100%
8	Rilascio dei pareri igienico-sanitari per la realizzazione di opere pubbliche	8.1	N. di pareri igienico-sanitari per progetti di opere pubbliche rilasciati o resi in conferenze di servizi entro il termine di 30 gg dall'acquisizione della documentazione completa/ N. di richieste ricevute per pareri igienico- sanitari per progetti di opere pubbliche	15	100%
9	Organizzazione e Gestione della Medicina dello Sport	9.1	Verifica requisiti n. 8 strutture ambulatoriali e studi medico professionali di medicina dello sport Da 7 a 6=75%; da 5 a 4=50%; da 3 a 2=25%; <2=0 Approvvigionamento e distribuzione di n. 300 libretti dell'atleta per le certificazioni di idoneità allo sport Da 299 a 225 =75%; da 224 a 150 = 50%; da 149 a 75 = 25%; <75=0	15	100%
Totale Peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione



Per accettazione
Il Direttore UOC Igiene e Sanità Pubblica



Dipartimento di Prevenzione: UOC – Sanità animale (Area A)					
N.Obiv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	4.1	N. aziende bovine e ovi-caprine controllate/ N. aziende bovine e ovi-caprine controllabili	20	100% (Allegare elenco aziende)
5	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	5.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi ≤ 28 gg obiettivo raggiunto al 100%; ≤ 30 gg obiettivo raggiunto al 75%; ≤ 32 gg obiettivo raggiunto al 50%; > 32 gg obiettivo raggiunto 0%	10	100%
6	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	6.1	Numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi ≤ 63 gg obiettivo raggiunto al 100%; ≤ 68 gg obiettivo raggiunto al 75%; > 68 gg obiettivo raggiunto 0%	10	100%
7	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine	7.1	N. aziende bovine controllate anagraficamente/ N. aziende bovine controllabili	10	>= 5% (Allegare elenco aziende)
		7.2	N. aziende ovi-caprine controllate anagraficamente/ N. aziende ovi-caprine controllabili	10	>= 3% (Allegare elenco aziende)
8	Riduzione focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina	8.1	Monitoraggio trimestrale dei focolai della brucellosi bovina e ovi-caprina	5	N.4 report di monitoraggio (allegare)
9	Attività di informazione e formazione presso Scuole, Piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc.	9.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	5	>= 1 evento (Documentare)
10	Prevenzione delle zoonosi	10.1	N. indagini epidemiologiche effettuate nell'anno/ N. di segnalazioni ricevute nell'anno	5	100%
11	Implementazione continua del sistema informativo ministeriale SANAN	11.1	N. aziende bovine e ovi-caprine e suine controllate inserite nel SANAN/ N. aziende bovine e ovi-caprine e suine controllate	10	100%
			Totale Peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Per accettazione

Il Direttore UOC Sanità animale (Area A)

Data Assegnazione obiettivi – Performace 2019

Dipartimento di Prevenzione: UOC – Igiene degli alimenti di origine animale (Area B)					
N.Obtv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Audit in stabilimenti riconosciuti CE ai sensi del Reg. CE 853/04	4.1	Report GISA	25	100% (Allegare relazione)
5	Verifica del rispetto della Normativa relativa ad alimenti di origine animale negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	5.1	N. campioni alimentari di origine animale analizzati/ N. campioni alimentari di origine animale programmati	25	100%(Allegare documento di programmazione dei campioni da analizzare)
6	Prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)	6.1	N. controlli effettuati nell'anno/ N. di segnalazioni ricevute nell'anno	10	100%
7	Attività di informazione e formazione presso Scuole, Piazze, Dipartimento Prevenzione etc.	7.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	15	100% >= 2 eventi (Documentare)
8	Monitoraggio trimestrale delle prestazioni e delle entrate	8.1	N. schede di rendicontazione trimestrale delle prestazioni e delle entrate	10	100% 4 schede trimestrali
			Totale Peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito



Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Per accettazione

Il Direttore UOC Igiene degli alimenti di origine animale (Area B)

Data Assegnazione obiettivi – Performace 2019

Dipartimento di Prevenzione: UOC – Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)							
N.Obtv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 *	V.R. 2019	
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%		
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%		
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%		
4	Ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	4.1	N. campioni alimenti di origine animale analizzati/ N. campioni alimenti di origine animale programmati	40	100%(Allegare documento di programmazione dei campioni da analizzare)		
5	Piano Nazionale Alimentazione Animale controlli sull'alimentazione degli animali destinati alla produzione di alimenti	5.1	N. campioni mangimi analizzati/ N. campioni mangimi Programmati	40	100%(Allegare documento di programmazione dei campioni da analizzare)		
6	Attività di informazione e formazione presso Scuole, Piazze, Dipartimento Prevenzione veterinario etc.	6.1	N. eventi informativi realizzati nell'anno	5	100% >= 2 eventi (Documentare)		
				Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito



Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Per accettazione

Il Direttore UOC Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche (Area C)

ASL NA 3 Sud
Dipartimento di Prevenzione
Responsabile Servizio I.A.P.Z.
Dr. Fiorella Pandolfi

Dipartimento di Prevenzione: UOC – Igiene e medicina del lavoro – SIMEL + SPSAL (Area Sud Castellammare di Stabia)					
N.Obtv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Prevenzione nei luoghi di lavoro					
Attività di controllo nei cantieri e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori del PRP					
4	Cantieri edili	4.1	N. cantieri edili da controllare = n.50 ** / N. di notifiche preliminari anno 2018 (500)	10	>=17%
5	Aziende agricole	5.1	N. di aziende agricole – dati INAIL – PAT = 90 Pertanto lo 5% da ispezionare equivale a n. 5 aziende agricole da ispezionare nel corso dell'anno 2019	10	100%
6	Indagine e deleghe – infortunio sul lavoro	6.1	Denunce e deleghe A.G.	10	100%
7	Vigilanza imprese del settore Industrie servizi e valutazione protocolli di sorveglianza sanitaria	7.1	Accesso ispettivo delle imprese n. 150	10	100%
8	Inchieste malattie professionali	8.1	Evasione delle denunce dei medici competenti e conclusioni di tutte le deleghe A.G. Dal 99% a 90%=100%; dal 89% a 60%=50%; < 60%=0	10	100%
9	Valutazione e parere ex artt. 63 e 67 D.Lgs 81/80. Ricorso avverso ex art. 41	9.1	Evasione delle richieste, pareri autorizzazione e ricorsi Dal 99% a 90%=100%; dal 89% a 60%=50%; < 60%=0	10	100%
Attuazione direttive del Gdl. "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale					
10	Valutazione dei piani di bonifica amianto	10.1	N. di controlli/ N. piani di lavoro presentati	5	100%

Verifiche periodiche di legge				
11	Verifiche di legge	11.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate/ N. verifiche di apparecchi a pressione richiesti X100	5
		11.2	N. verifiche di impianti di terra a maggiore complessità effettuate/ N. verifiche di impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	5
		11.3	N. verifiche di mezzi di sollevamento effettuati/ N. verifiche di mezzi di sollevamento richieste ai sensi art. 71 e relativo allegato del D.Lgs. 81/08 e s.m.l.	5
		Altri obiettivi		
12	Attività di informazione e formazione	12.1	N. iniziative di informazione e formazione realizzate / N. 3 Iniziative di informazione e formazione da realizzare	5
Totale Peso				100
				100% (allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito
 ** Piano Vigilanza LEA

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione



Per accettazione

Il Direttore UOC Igiene e medicina del lavoro



pr. 1969/2.m.l.
21-12-13

Dipartimento di Prevenzione: UOC – Igiene e medicina del lavoro – SIML + SPSAL (Area Nord Pomigliano D'Arco)					
N.Obtv	Obiettivo	N.Ind	Indicatore	Peso	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Prevenzione nei luoghi di lavoro					
Attività di controllo nei cantieri e nelle aziende agricole, attività di informazione e formazione, con le modalità e secondo gli indicatori del PRP					
4	Cantieri edili	4.1	N. cantieri edili da controllare = n.150 **/ N. di notifiche preliminari anno 2018 (850)	10	>=17%
5	Aziende agricole	5.1	N. di aziende agricole – dati INAIL – PAT = 90 Pertanto lo 5% da ispezionare equivale a n. 5 aziende agricole da ispezionare nel corso dell'anno 2019	15	100%
6	Attività di informazione e formazione	6.1	N. iniziative di informazione e formazione realizzate / N. 3 iniziative di informazione e formazione da realizzare	5	100%(allegare documento di programmazione e documentazione delle iniziative realizzate)
Attuazione direttive del GdL "Agenti cancerogeni" nazionale e regionale					
7	REACH	7.1	Partecipazione annuale tavolo tecnico su convocazione Regione Campania e accessi ispettivi disposti dalla R.C. presso aziende di levatura Nazionale	5	100%
Verifiche periodiche di legge					
8	Verifiche di legge	8.1	N. verifiche di apparecchi a pressione effettuate/ N. verifiche di apparecchi a pressione richiesti X100	10	100%
		8.2	N. verifiche di impianti di terra a maggiore complessità effettuate/ N. verifiche di impianti di terra a maggiore complessità richieste (N.B. impianti elettrici a maggiore complessità sono impianti con propria cabina di trasformazione MT/BT ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione ed incendio)	10	100%
		8.3	N. verifiche di mezzi di sollevamento effettuati/ N. verifiche di mezzi di sollevamento richieste ai sensi art. 71 e relativo allegato del D.Lgs. 81/08 e s.m.l.	10	100%

Altri obiettivi				
9	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	9.1	N. di malattie professionali trattate secondo standard MALPROF/ N. segnalazioni pervenute nel 2019 e attivazione indagini a seguito di denunce, referti deleghe della A.G. nei casi di mesotelioma di probabile origine professionale	10
10	Controlli nei cantieri bonifica amianto	10.1	N. di controlli/ N. piani di lavoro presentati	10
			Totale Peso	100
				100%
				>= 5%

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito
 ** Piano Vigilanza LEA

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione



Per accettazione

Il Direttore UOC Igiene e medicina del lavoro

Alfano Alfano

[Signature]

Scheda assegnazione Performance 2019

Dipartimento di Salute Mentale-					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Comunità	1.1	N. adempimenti di cui nell'allegato A della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui nell'allegato A della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui nell'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui nell'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11/2/2019	3.1	N. adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019 /N. adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019	5	100%
4	Garantire il target definito nella griglia LEA	4.1	Mantenimento del tasso degli utenti in carico >10, 82 (utenti >18anni per 1000 abitanti residenti)	5	100%
5	Governo delle risorse e delle autorizzazioni di spesa; controllo e monitoraggio della spesa per il miglioramento della appropriatezza dell'utilizzo delle risorse dipartimentali	5.1	Report semestrale quali-quantitativo spesa prestazioni acquisite da privati (a partire dal secondo semestre)	5	100%
6	Miglioramento qualità e correttezza della registrazione dei dati relativi alle attività sull'assistito per la generazione flussi informativi (Sistema Informativo Salute Mentale - SISIM)	5.2	Report semestrale spesa e giornate per PTRI residenziali realizzati presso Case Cura NP riconvertite (a partire dal secondo semestre) (DCA n. 11/2018)	5	100%
7	Miglioramento della assistenza al paziente psichiatrico in fase critica (TSO ed esordi) e della Presa in Carico Territoriale con la realizzazione di percorsi assistenziali multidisciplinari	6.1	Report semestrali del monitoraggio della correttezza del dato imputato (diagnosi, stato civile, titolo di studio, abilitazione, condizione professionale (uno per ogni semestre)	n. 2 report =100% n. 1 report = 50% <1 = 0	
		6.2	Redazione report semestrali del monitoraggio allineamento flusso SISIM residenziale e semiresidenziale e modello STS 24 quadro f e quadro g (uno per ogni semestre)	n. 2 report =100% n. 1 report = 50% <1 = 0	
8	Riduzione di ricoveri per le patologie croniche. Integrazione ospedale territorio	7.1	Realizzazione percorso di formazione dedicato al comparto per l' addestramento all'utilizzo di scale di valutazione della qualità della vita dei pazienti	n. partecipanti > 80% operatori DSM= 100% n. partecipanti tra 50 ed 80% operatori DSM= 50% n. partecipanti < 50% operatori DSM= 0	
		8.1	N. PTRI condivisi UOCSM con SPDC per i ricoveri in TSO e nel caso di esordi/ricoveri in TSO e nel caso di esordi	5	100%
		9.1	U.O.C.S.M. Sorrento	5	100%
		9.2	U.O.C.S.M. Castellammare di Stabia/Gragnano	5	100%
		9.3	U.O.C.S.M. Torre Annunziata	5	100%




9	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU OO CC. e U.O.S.D. presenti	9.4	U.O.C.S.M. Torre del Greco/Ercolano	5	100%	
		9.5	U.O.C.S.M. San Giorgio a Cremano/Portici	5	100%	
		9.6	U.O.C.S.M. Pollena	5	100%	
		9.7	U.O.C.S.M. Pomigliano/Mangliano	5	100%	
		9.8	U.O.C.S.M. Nola	5	100%	
		9.9	U.O.C.S.M. Terzigno	5	100%	
		8.10	S.P.D.C.	5	100%	
			totale peso	100		

Data di assegnazione, li

Il Direttore Sanitario

AS N 2

Per accettazione
Il Direttore D.S.M.

20/10/15

[Signature]

Data assegnazione obiettivi - Performance 2019

Dipartimento Dipendenze:					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Verifica della spesa per comunità terapeutiche	4.1	Rapporto della spesa II semestre 2019 rispetto alla spesa anno 2018 per comunità terapeutiche secondo le indicazioni regionali e realizzazione delle attività di pertinenza per il monitoraggio della stessa	20	Si (Allegare rapporto)
5	Realizzazione delle procedure operative da attuare nei Ser.D.	5.1	Verifica periodica dell'implementazione e realizzazione delle procedure assegnate alle U.O.C. e U.O.S.D. afferenti al Dipartimento come obiettivi di Performance 2019	20	Si (Allegare Verifiche)
6	Attuazione dei decreti commissariati inerenti il completamento accreditamento definitivo e riconversione delle comunità terapeutiche secondo il nuovo fabbisogno programmato e sostituzione ed attivazione della unità distrettuali, almeno una per azienda completa di tutte le figure professionali	6.1	Attuazione di una unità distrettuale con tutte le figure professionali	5	100%
7	Produzione e monitoraggio dei flussi informativi	7.1	Verifica periodica delle procedure relative alla produzione dei flussi informativi	10	100%
8	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	8.1	U.O.C. Ser.D. Castellammare di Stabia	5	100%
		8.2	U.O.C. Ser.D. Torre Annunziata	5	100%
		8.3	U.O.C. Ser.D. Torre del Greco	5	100%
		8.4	U.O.C. Ser.D. Nola	5	100%
		8.5	U.O.C. Ser.D. Somma Vesuviana	5	100%
		7.5	U.O.S.D. Ser.D. Pomigliano	5	100%
			Totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Dipartimento Dipendenze

Per accettazione

Dipartimento Dipendenze: U.O.C. Ser.D. – CASTELLAMMARE DI STABIA						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	4.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
5	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	5.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	6.1	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2019 / N. di pazienti sottoposti a screening anno 2018	15	100%	
7	Monitoraggio della spesa per ricoveri in comunità terapeutiche	7.1	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	10	100%	
8	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	8.1	Incrementare il numero dei protocolli con le associazioni di volontariato, associazioni religiose, gruppi di autoaiuto e cooperative sociali coinvolte nei programmi di assistenza**	10	Almeno 2=100%	
9	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	9.1	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'ONV.	10	100%	
			Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

** Tossicodipendenti, alcolisti, giocatori

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ser.D.
Castellammare di Stabia

Dipartimento Dipendenze: U.O.C. Ser.D. - NOLA						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	4.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
5	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	5.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	6.1	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2019 / N. di pazienti sottoposti a screening anno 2018 $\left(\frac{Q_{2019}}{Q_{2018}} \times 100 \right)$	15	100%	
7	Monitoraggio della spesa per ricoveri in comunità terapeutiche	7.1	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	10	100%	
8	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	8.1	Incrementare il numero dei protocolli con le associazioni di volontariato, associazioni religiose, gruppi di autoaiuto e cooperative sociali coinvolte nei programmi di assistenza**	10	Almeno 2=100%	
9	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	9.1	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	10	100%	
Totale Peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito
 ** Tossicodipendenti, alcolisti, giocator

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze

1

Per accettazione
 Il Direttore U.O.C. Ser.D.
 Nola

Dipartimento Dipendenze: U.O.C. Ser.D. – POMIGLIANO D'ARCO						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	4.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
5	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	5.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	6.1	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2019 / N. di pazienti sottoposti a screening anno 2018	15	100%	
7	Monitoraggio della spesa per ricoveri in comunità terapeutiche	7.1	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	10	100%	
8	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	8.1	Incrementare il numero dei protocolli con le associazioni di volontariato, associazioni religiose, gruppi di autoaiuto e cooperative sociali coinvolte nei programmi di assistenza**	10	Almeno 2=100%	
9	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	9.1	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'ONV.	10	100%	
			Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

** Tossicodipendenti, alcolisti, giocatori

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ser.D.
Pomigliano D'Arco



Dipartimento Dipendenze: U.O.C. Ser.D. – SOMMA VESUVIANA					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 • V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	4.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%
5	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	5.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	6.1	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2019 / N. di pazienti sottoposti a screening anno 2018	15	100%
7	Monitoraggio della spesa per ricoveri in comunità terapeutiche	7.1	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	10	100%
8	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	8.1	Incrementare il numero dei protocolli con le associazioni di volontariato, associazioni religiose, gruppi di autoaiuto e cooperative sociali coinvolte nei programmi di assistenza**	10	Almeno 2=100%
9	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	9.1	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	10	100%
Totale Peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

** Tossicodipendenti, alcolisti, giocatori

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ser.D.
Somma Vesuviana



Dipartimento Dipendenze: U.O.C. Ser.D. – TORRE ANNUNZIATA					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	4.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%
5	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	5.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	6.1	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2019 / N. di pazienti sottoposti a screening anno 2018	15	100%
7	Monitoraggio della spesa per ricoveri in comunità terapeutiche	7.1	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	10	100%
8	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	8.1	Incrementare il numero dei protocolli con le associazioni di volontariato, associazioni religiose, gruppi di autoaiuto e cooperative sociali coinvolte nei programmi di assistenza**	10	Almeno 2=100%
9	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 94/2017	9.1	Dati di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	10	100%
Totale Peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo sia un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

** Tossicodipendenti, alcolisti, giocatori

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ser.D.
Torre Annunziata



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento Dipendenze: U.O.C. Ser.D. – TORRE DEL GRECO

N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	4.1	N. pazienti presi in carico/N. richieste	20	100%	
5	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Ulceri d'Azzarito Patologico	5.1	N. pazienti presi in carico/N. richiesto	20	100%	
6	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	6.1	Incremento del 10% del numero di pazienti sottoposti a screening anno 2019 / N. di pazienti sottoposti a screening anno 2018	15	100%	
7	Monitoraggio della spesa per ricoveri in comunità terapeutiche	7.1	Analisi dei ricoveri in comunità terapeutiche per tipologia di utenti	10	100%	
8	Convolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	8.1	Incrementare il numero dei protocolli con le associazioni di volontariato, associazioni religiose, gruppi di autoaiuto e cooperative sociali coinvolte nei programmi di assistenza**	10	Almeno 2=100%	
9	Attuazione del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 151/2008 e D.Lgs 94/2017	9.1	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV	10	100%	
Totale Peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

** Tossicodipendenti, alcolisti, giocatori

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ser.D.
Torre del Greco

REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

DIPARTIMENTI FUNZIONALI

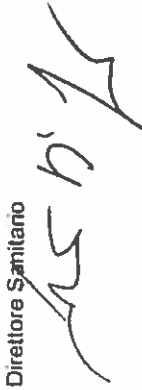


Dipartimento Integrato Materno Infantile

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. e della UOSD rappresentate nel Dipartimento:	4.1	UOC Pediatria – Terapia Intensiva Neonatale (TIN) P.O. di Nola	8,5	100%	
		4.2	UOC Pediatria P. O. di Castellammare	8,5	100%	
		4.3	UOC Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) P.O. di Castellammare	8,5	100%	
		4.4	UOC Pediatria P. O. di Vico Equense e Boscotrecase	8,5	100%	
		4.5	UOC Ostetricia e Ginecologia P. O. di Nola	8,5	100%	
		4.6	UOC Ostetricia e Ginecologia P. O. di Castellammare	8,5	100%	
		4.7	UOC Ostetricia e Ginecologia P. O. di Vico Equense	8,5	100%	
		4.8	UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere	8,5	100%	
		4.9	UOC Prevenzione e cura patologie della donna e del bambino	8,5	100%	
		4.10	UOSD Psicologia integrata della donna e del bambino	8,5	100%	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario



Per accettazione

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

DR. GIUSEPPE VERGARA

Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Pediatria – Terapia Intensiva Neonatale (TIN) P.O. di Nola**

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Utilizzo della <u>Cartella Clinica Integrata</u>	4.1	A) Numero di cartelle cliniche sul numero di ricoveri B) Relazione	20	100 %	
5	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica Scheda unica di terapia	5.1	Numero schede adottate/Numero totale pazienti ricoverati	20	100 %	
6	Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite (integrazione ospedale-territorio)	6.1	Mantenimento dei risultati raggiunti nell'anno 2018	25	Si	
7	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito neonatale	7.1	A) Numero di neonati sottoposti a screening/ totale nascite B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	25	100 %	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente comunque attribuito

** Di Fatto la TIN di Nola non è operativa

Il Direttore Dipartimento Integ. Materno Infantile



Per accettazione

Il Direttore U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale (TIN) P.O. di Nola



Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Pediatria P.O. di Castellammare di Stabia						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Utilizzo della <u>Cartella Clinica integrata</u>	4.1	A) Numero di cartelle cliniche sul numero di ricoveri B) Relazione	30	100 %	
5	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica 5.1 Scheda unica di terapia	5.1	Numero schede adottate/Numero totale pazienti ricoverati	30	100 %	
6	Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite (Integrazione ospedale-territorio)	6.1	Mantenimento dei risultati raggiunti nell'anno 2018	25	Si	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile

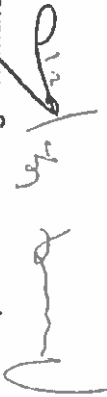



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Pediatria P.O. Castellammare

Dipartimento Integrato Materno Infantile: Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) P.O. di Castellammare di Stabia					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Utilizzo della <u>Cartella Clinica integrata</u>	4.1	A) Numero di cartelle cliniche sul numero di ricoveri B) Relazione	30	100 %
5	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica Scheda unica di terapia	5.1	Numero schede adottate/Numero totale pazienti ricoverati	30	100 %
6	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito neonatale	6.1	A) Numero di neonati sottoposti a screening/ totale nascite B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	25	100 %
			totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) P.O. Castellammare



Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Pediatria P.O. di Vico Equense e Boscorecase

N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Utilizzo della <u>Cartella Clinica Integrata</u>	4.1	A) Numero di cartelle cliniche sul numero di ricoveri B) Relazione	20	100 %	
5	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica Scheda unica di terapia	5.1	Numero schede adottate/Numero totale pazienti ricoverati	20	100 %	
6	Mantenimento del numero dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite (integrazione ospedale-territorio)	6.1	Mantenimento dei risultati raggiunti nell'anno 2018	25	Si	
7	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA in ambito neonatale	7.1	A) Numero di neonati sottoposti a screening/ totale nascite B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	20	100 %	
Totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile

Amore 7/10/2019

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Pediatria P.O. Vico Equense e Boscorecase

Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. di Nola						
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Promozione del parto spontaneo	4.1	Mantenimento della % di Taglio cesareo primario<24%	20	Si/No	
5	Comunicazione ai cittadini	5.1	Aggiornamento semestrale della Guida dei servizi della UOC	15	100%	
6	Management del paziente	6.1	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (<1.4)	10	Si/No	
7	Selezione delle patologie da trattare	7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (< 0.21)	10	100%	
8	Appropriatezza dei luoghi di cura	8.1	Percentuale di ricoveri in elezione con DRG medico in reparti chirurgici (<25%)	10	Si/No	
9	Utilizzo della preospedalizzazione	9.1	Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici con preospedalizzazione(> 50%)	10	Si/No	
10	Verifiche di completezza e correttezza	10.1	Verifica SDO generate in autocontrollo >90%	10	100%	
Totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Nola



Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. di Castellammare di Stabia						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Promozione del parto spontaneo	4.1	Mantenimento della % di Taglio cesareo primario <24%	20	Si/No	
5	Comunicazione ai cittadini	5.1	Aggiornamento semestrale della Guida dei servizi della UOC	15	100%	
6	Management del paziente	6.1	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (<1.4)	10	Si/No	
7	Selezione delle patologie da trattare	7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (< 0.21)	10	100%	
8	Appropriatezza dei luoghi di cura	8.1	Percentuale di ricoveri in elezione con DRG medico in reparti chirurgici (<25%)	10	Si/No	
9	Utilizzo della preospedalizzazione	9.1	Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici con preospedalizzazione(> 50%)	10	Si/No	
10	Verifiche di completezza e correttezza	10.1	Verifica SDO generate in autocontrollo >90%	10	100%	
Totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile

Anna T. per

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Castellammare

Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. di Vico Equense						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Promozione del parto spontaneo	4.1	Mantenimento della % di Taglio cesareo primario <24%	20	Si/No	
5	Comunicazione ai cittadini	5.1	Aggiornamento semestrale della Guida dei servizi della UOC	15	100%	
6	Management del paziente	6.1	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (<1.4)	10	Si/No	
7	Selezione delle patologie da trattare	7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (< 0.21)	10	100%	
8	Appropriatezza dei luoghi di cura	8.1	Percentuale di ricoveri in elezione con DRG medico in reparti chirurgici (<25%)	10	Si/No	
9	Utilizzo della preospedalizzazione	9.1	Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici con preospedalizzazione(> 50%)	10	Si/No	
10	Verifiche di completezza e correttezza	10.1	Verifica SDO generate in autocontrollo >90%	10	100%	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Vico Equense



Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere						
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei corsi di Educazione dal 1° trimestre di gravidanza	3.1	A) N. 1 corso di educazione dal 1° trimestre di gravidanza; B) Relazione con riferimento all'obiettivo (obiettivo raggiungibile solo in seguito ad una adeguata formazione per il 3° livello CAN (corso accompagnamento alla nascita), nei consultori attualmente è utilizzato il 2° livello che parte dal 5° mese	25	Almeno 2 Relazione	
4	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	4.1	Incremento del 51 % rispetto al 1° semestre 2018 (donne screenate 6.687) 1° semestre 2019: 10.086 (Mantenimento dell'incremento sul II° semestre 2019)	10	Relazione e atti allegati dimostrativi	
5	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	5.1	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95 % per tutte le vaccinazioni (dato 2018: Polio 94,36%, DPT 94,36%, EpB3 94,37%, Hib 94,32%)	15	100 %	
6	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo parotite e rosolia (MPR)	6.1	Mantenimento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 92 % anche per l'anno 2018. Il dato 2018: 93,30%)	15	100 %	
7	Miglioramento della qualità assistenziale ostetrica/infermieristica nell'ambito del percorso nascita	7.1	Potenziamento della informazione e dell'orientamento al parto fisiologico	20	Relazione e atti allegati dimostrativi	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno-Infantile



Il Direttore U.O.C. Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere

Per accettazione



Dipartimento Integrato Materno Infantile: UOSD Psicologia Integrata della donna e del bambino

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Facilitazione del percorso di adozione con il coordinamento tra servizi all'interno degli ambiti sociali	4.1	Applicazione dei protocolli ASL-Comuni-Piano di zona- Tribunale dei Minori	15	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
5	1. Implementazione delle attività di formazione centri antiviolenza 2. Monitoraggio attività manuale operativo "percorso per le donne che subiscono violenza" 3. Monitoraggio dei percorsi per la tutela delle donne che subiscono violenza presso i PO dell'Azienda	5.1 5.2 5.3	N. 1 corso di formazione integrata per area materno infantile territoriale e centri antiviolenza Relazione sui percorsi previsti dal manuale operativo (delibera n. 603/2019) Incontri operativi con i PP.OO. ASL Napoli 3 Sud sulle procedure indicate nel manuale operativo	15 15 15	100 % 100 % 100 %	
6	Centro di riferimento Giuridico Aziendale per i minori e le famiglie: coordinamento con la responsabile delle attività distrettuali in ambito clinico giuridico di presa in carico delle famiglie e delle loro problematiche secondo modalità uniche	6.1 6.2	Organizzazione con la responsabile del centro giuridico di almeno 3 incontri con i dirigenti psicologi dell'area materno infantile territoriale ai fini della programmazione di un percorso condiviso per la presa in carico di famiglia su disposizione dell'autorità Giudiziaria Condivisione protocolli separazioni conflittuali con i Tribunali Ordinari, per i Minori e implementazione delle linee operative **	15 15	100 % 100 %	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito
 ** Favorire e sostenere i processi di integrazione e collaborazione tra Tribunale Ordinario, Ambiti Territoriali e ASL Napoli3 Sud a tutela dei minori

Il Direttore Dipartimento Integrato Materno Infantile



Per accettazione
 La Responsabile UOSD Psicologia
 Integrata della donna e del bambino



	Monitoramento della qualità assistenziale estetica ed infermieristica nell'ambito del percorso nascita	61	Potenziamento dell'informazione e dell'orientamento a parto fisiologico Anno 2018: 11.29 Corsi CMT 1255 utenti raggiunti	25	Relazioni e atti allegati durata 11-12	
--	--	----	---	----	---	--

ASL NAPOLI SUD
U.O.C. Assistenza Consultoriale
e Medicina di Genere
Il Direttore
Dott. Luigi Granato

U.O.C. Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere

Data Assegnazione obiettivi – Performace 2019

DIPARTIMENTO delle Scienze Mediche, assistenza riabilitativa ospedaliera e post acuzie					
N.OBTV	OBIETTIVO	N.IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	4.1	U.O.C. Oncologia P.O. di Nola	9,445	100%
		4.2	U.O.C. Medicina Stabilimento di Pollena	9,445	100%
		4.3	U.O.C. Medicina P.O. di Torre del Greco	9,445	100%
		4.4	U.O.C. Medicina Stabilimento di Gragnano	9,445	100%
		4.5	U.O.C. Medicina P.O. di Vico Equense	9,445	100%
		4.6	U.O.C. Gastroenterologia P.O. Torre del Greco	9,445	100%
		4.7	U.O.C. Nefrologia/emodialisi P.O. di Castellammare	9,445	100%
		4.8	U.O.C. Pneumologia Stabilimento di Pollena	9,445	100%
		4.9	U.O.C. Attività Riabilitative	9,445	100%
			Totale Peso	100	

* Nel In cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario



Per accettazione



Il Direttore del Dipartimento delle Scienze Mediche, assistenza riabilitativa ospedaliera e post acuzie



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento di Area Medica e Riabilitativa						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	4.1	Rispetto e vigilanza degli orari di accesso al pubblico e di colloquio con i familiari	10	Si (allegare procedura interna)	
5	Miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19	5.1	Selezione delle patologie da trattare in regime di ricovero ordinario. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Anno 2018, per i presidi ospedalieri a gestione diretta, 0,17.	15	rapporto atteso < 0,21	
		5.2	Completa riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico per conversione nel setting delle prestazioni ambulatoriali/PACC Ricoveri diurni anno 2018 limitati ai follow-up dei trapiantati.	5	Ricoveri diurni di tipo diagnostico - completa riduzione	

6	Integrazione Ospedale-Territorio	5.3	Gestione delle patologie croniche e trasferimento al territorio Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco Anno 2018-per la gestione diretta 1245 ricoveri	10	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari	
7	Dipartimentalizzazione	6.1	Gestione delle patologie e rapporti con il territorio. Attivazione ADI.	10	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ≤ 5%	
8	Gestione rischio clinico	7.1	Dipartimentalizzazione - Tendere ad una maggiore gestione comune di risorse umane e tecnologiche riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica dell'ottimizzazione di risorse.	5	realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza.	
9	Documentazione Sanitaria (aggiornamento-formazione in situ)	8.1	Buone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle antibiotico-resistenze: applicazione procedure secondo il Piano prevenzione ICA. (Riduzione della spesa per Antib. Anno 2018)	10	Report trimestrali di esito	
10	Incremento dell'offerta assistenziale ospedaliera	9.1	Corretta compilazione della documentazione sanitaria. Verifica con audit interni con partecipazione collegiale dei sanitari dell' U.O.	10	Almeno due audit (allegare verbali Protocolli)	
		10.1	Attivazione pp.II. di riabilitazione e/o lungodegenza in coordinamento con le Direzioni di presidio.	10	Presentazione studio di fattibilità con cronoprogramma entro dicembre 2019	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore il peso se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore Dipartimento Area Medica e Riabilitativa

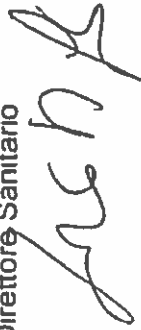



Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento:	4.1	UOC Patologia Clinica Nola	12,14	100%	
		4.2	UOC Patologia Clinica Territoriale Pollena Trocchia	12,14	100%	
		4.3	UOC Patologia Clinica Boscorease/Torre del Greco	12,14	100%	
		4.4	UOC Patologia Clinica Castellammare di Stabia	12,14	100%	
		4.5	UOC Patologia Clinica Sorrento/Vico Equense	12,14	100%	
		4.6	UOC Anatomia Patologica	12,14	100%	
		4.7	UOC Immunotrasfusionale	12,14	100%	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

N.B. Al Dipartimento affinisce anche una struttura Semplice Dipartimentale (Citofluorimetria) che al momento non è stata ancora assegnata. Per tale struttura è stato previsto un "peso" di 6 punti e al momento sono stati spalmati sulle 6 UOC afferenti al Dipartimento.

Il Direttore Sanitario



Per accettazione
Il Direttore del Dipartimento



Data assegnazione obiettivi

Performance 2019

Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC IMMUNOTRASFUSIONALE						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Valutazione del rischio trasfusionale: Monitoraggio dati	4.1	Registrazione di segnalazione di eventi avversi ed effetti indesiderati di emocomponenti su piattaforma SISTRA nel 2019	25	100%	
5	Mantenimento Raccolta Unità Sanguine	5.1	Mantenimento degli obiettivi raggiunti nel 2018 in considerazione della riduzione del personale afferente alla struttura 2018 11.800 U.S. (8 infermieri + 15 tecnici) 2019 (7 infermieri + 12 tecnici)	25	100%	
6	Fase a Regime Raccolta Unità Plasma tipo A	6.1	Mantenimento degli obiettivi raggiunti nel 2018 in fase sperimentale in fase di regime in considerazione della riduzione del personale afferente alla struttura	15	100%	
7	Valutazione dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali di emazie	7.1	Riduzione del rapporto tra richiesta / assegnazione Unità trasfuse anno 2018 = 10838.00 Unità trasfuse anno 2019 = 1° semestre 2019 510.00	20	100%	
			totale peso	100		

nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0,0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento

Per accettazione

Il Direttore F.F. U.O.C. IMMUNOTRASFUSIONALE

Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC PATOLOGIA CLINICA di NOLA						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per i vari tipi di esami e per strutture/utenti richiedenti (Pronto soccorso- UU.OO. di degenza- Utenti Esterni) stabiliti dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	4.1	N° richieste di Pronto Soccorso con refertazione effettuata entro 145 minuti (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste di Pronto Soccorso	10	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0	
		4.2**	N° richieste di esami di routine delle UU.OO. di degenza ospedaliere con refertazione effettuata entro le 24 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dalle UU.OO. di degenza	15	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0	
		4.3**	N° richieste di esami di routine dagli Utenti Esterni con refertazione effettuata entro le 48 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dagli Utenti esterni	15	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0	
		5.1	Informalizzazione delle procedure per le indagini di Medicina di Laboratorio. Costituzione di una Flow chart di facile consultazione per gli Operatori del PP.SS. Aziende (il percorso è uguale per tutti i PP.SS. dell'Azienda)	15	S/No	
6	Protocollo di innesca per abuso di sostanze tossicologiche tra l'ASL Napoli 3 Sud e A.G. di Nola e Torre Annunziata	6.1	Protocollo sulle procedure relative agli accertamenti ai sensi degli art.188 e 187 CdS per il controllo delle sostanze d'abuso	15	S/No	
7	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	7.1	N. di esami di laboratorio effettuati per fratture di femore entro le 24 h / N. totale degli esami richiesti per frattura di femore	15	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0	
			totale peso	100		

nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito da 0% a 100% in base al numero di esami di routine da escludere (per i tempi tecnici)

Il Direttore Dipartimento



 Per accettazione
 Il Direttore U.O.C. PATOLOGIA CLINICA




Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC PATOLOGIA CLINICA TERRITORIALE di POLLENA TROCCHIA					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 • V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per i vari tipi di esami e per strutture/utenti richiedenti (Pronto soccorso- UU.OO. di degenza- Utenti Esterni stabiliti dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	4.1	N. richieste di esami di routine delle UU.OO. di degenza ospedaliere con refertazione effettuale entro le 24 h (line guida del dipartimento) N. totale delle richieste provenienti dalle UU.OO. di degenza	20	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.2**	N. richieste di esami di routine dagli Utenti Esiterni con refertazione effettuale entro le 48 h (linee guida del dipartimento pubblicate sul sito) / N. totale delle richieste provenienti dagli Utenti esterni	20	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
5	Integrazione Territorio/Ospedale	5.1	Informalizzazione delle procedure per le indagini di Medicina di Laboratorio per tutti i Day Surgery effettuati nell'ASL e per il nascita di pazienti speciali di guida.	25	100%
7	Verifica dei soggetti screenati per colon retto	7.1	N° di test effettuati anno 2019/ N° dei soggetti registrati sul portale anno 2019	20	100%
			totale peso	100	

nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore il peso se tale circostanza sarà segnalata o motivata dalla struttura, sarà eventualmente addebitato dagli esami di routine sono da escludere quelli di microbiologia (per i tempi tecnici)

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione
Il Direttore U.O.C. PATOLOGIA CLINICA TERRITORIALE



Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC PATOLOGIA CLINICA di BOSCOTRECASE/TORRE DEL GRECO					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 • V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2018, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2018 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2018, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per i vari tipi di esami e per sinistrali/utenti richiedenti (Pronto soccorso- UU.OO. di degenza- Utenti Esterni) stabiliti dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	4.1	N° richieste di Pronto Soccorso con refertazione effettuata entro i 45 minuti (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste di Pronto Soccorso	15	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.2**	N° richieste di esami di routine delle UU.OO. di degenza ospedaliere con refertazione effettuata entro le 24 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dalle UU.OO. di degenza	20	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.3**	N° richieste di esami di routine dagli Utenti Esterni con refertazione effettuata entro le 48 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dagli Utenti esterni	20	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
5	Riduzione giorni preospedalizzazione UOC di chirurgia	5.1	Assicurare la refertazione degli esami di Laboratorio entro le 24 h (line guida del dipartimento)	15	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
6	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	7.1	N. di esami di laboratorio effettuati per fratture di femore entro le 24 h / N. totale degli esami richiesti per frattura di femore	15	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
			totale peso:	100	

Ieri caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito dagli esami di routine sono da escludere quelli di microbiologia (per i tempi tecnici)

Il Direttore Dipartimento

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC PATOLOGIA CLINICA di CASTELLAMARE di STABIA					
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 - V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	1
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per i vari tipi di esami e per strutture/utenti richiedenti (Pronto soccorso- UU.OO. di degenza- Utenti Esterni) stabiliti dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	4.1	N° richieste di Pronto Soccorso con refertazione effettuata entro i 45 minuti (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste di Pronto Soccorso	15	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.2**	N° richieste di esami di routine delle UU.OO. di degenza ospedaliere con refertazione effettuata entro le 24 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dalle UU.OO. di degenza	20	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.3**	N° richieste di esami di routine dagli Utenti Esterni con refertazione effettuata entro le 48 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dagli Utenti esterni	20	Da 80% a 100%- 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%-0
		5.1	Assicurare la refertazione degli esami di Laboratorio entro le 24 h (line guida del dipartimento)	15	Da 90% a 100%- 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
6	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	7.1	N. di esami di laboratorio effettuati per fratture di femore entro le 24 h / N. totale degli esami richiesti per frattura di femore	15	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
			totale peso	100	

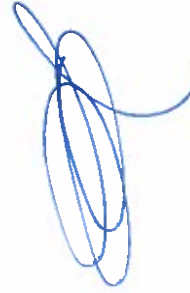
del caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0,0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito da gli esami di routine sono da escludere quelli di microbiologia (per i tempi tecnici)

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione

Il Direttore F.F. U.O.C. PATOLOGIA CLINICA



Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC PATOLOGIA CLINICA di SORRENTO					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11/02/2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per i vari tipi di esami e per strutture/utenti richiedenti (Pronto soccorso- UU.OO. di degenza- Utenti Esterni) stabiliti dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	4.1	N° richieste di Pronto Soccorso con refertazione effettuata entro i 45 minuti (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste di Pronto Soccorso	15	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.2**	N° richieste di esami di routine delle UU.OO. di degenza ospedaliere con refertazione effettuata entro le 24 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dalle UU.OO. di degenza	20	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		4.3**	N° richieste di esami di routine dagli Utenti Esterni con refertazione effettuata entro le 48 h (line guida del dipartimento) / N° totale delle richieste provenienti dagli Utenti esterni	20	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
		5.1	Assicurare la refertazione degli esami di Laboratorio entro le 24 h (line guida del dipartimento)	15	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
6	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	7.1	N. di esami di laboratorio effettuati per fratture di femore entro le 24 h / N. totale degli esami richiesti per frattura di femore	15	Da 90% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
			totale peso	100	

nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito dagli esami di routine sono da escludere quelli di microbiologia (per i tempi tecnici)

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione

Il Direttore ad interim U.O.C. PATOLOGIA CLINICA



Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC ANATOMIA PATOLOGICA					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11/02/2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Rispetto dei tempi di consegna dei referti per i vari tipi di esami e per strutture/utenti richiedenti (UU.OO. di degenza- Utenti Esterni) stabiliti dal Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	4.1 4.2**	N° richieste delle UU.OO. di degenza ordinaria ed utenza esterna con referenziazione effettuata entro i 30 gg. dalla data di richiesta (line guida del dipartimento) / N° richieste per la referenziazione inerente gli screening del PDTA aziendali come da tempistica riportata nelle delibera 141 del 07/02/2018 e N. 576 del 08/09/2017**	15 15	Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0 Da 80% a 100%= 100% Da 70% a 89%=70% Da 0% a 69%=0
5	Flussi Monitoraggio Regionale programma di screening per il cervico carcinoma	5.1	Invio dati piattaforma (gruppo materno infantile Regione Campania) 4 report anno	20	Si/No
6	Flusso Monitoraggio Nazionale programma di screening per il cervico carcinoma	6.1	Invio n. 1 report annual al GISCI (Giugno o Settembre)	20	Si/No
	Consolidamento dei programmi di screening	7.1	N. test effettuati molecolari di ricerca e tipizzazione di HPV ad alto rischio oncogeno / N. totale di richieste di test molecolare di ricerca e tipizzazione di HPV ad alto rischio oncogeno	15	100%
			totale peso	100	

Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito PDTA mammella Delibera N. 141 del 07/02/2018 - PDTA colon retto Delibera N. 576 del 08/09/2017

Il Direttore Dipartimento

Per accettazione
Il Direttore F.F. U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica UOC IMMUNOTRASFUSIONALE						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Valutazione del rischio trasfusionale: Monitoraggio dati	4.1	Registrazione di segnalazione di eventi avversi ed effetti indesiderati di emocomponenti su piattaforma SISTRA nel 2019	25	100%	
5	Mantenimento Raccolta Unità Sanguine	5.1	Mantenimento degli obiettivi raggiunti nel 2018 in considerazione della riduzione del personale afferente alla struttura	25	100%	
6	Fase a Regime Raccolta Unità Plasma tipo A	6.1	Mantenimento degli obiettivi raggiunti nel 2018 in fase sperimentale in fase di regime in considerazione della riduzione del personale afferente alla struttura	15	100%	
7	Valutazione dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali di emazie	7.1	Riduzione del rapporto tra richiesta / assegnazione	20	100%	
			totale peso	100		

Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuita

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione
Il Direttore F.F. U.O.C. IMMUNOTRASFUSIONALE



Data Assegnazione obiettivi – Performance 2019

16/10/2019

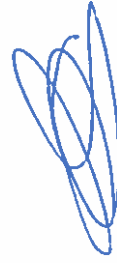
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO.CC. rappresentate nel Dipartimento	4.1	UOC - UOC Radiologia OO.RR. Area Nolana	22	100%	
		4.2	UOC - - UOC Radiologia OO.RR. Area Stabiese	21	100%	
		4.3	UOC - - UOC Radiologia OO.RR. Area Vesuviana	21	100%	
		4.4	UOC - - UOC Radiologia OO.RR. Penisola Sorrentina	21	100%	
			Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0 0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore del Dipartimento di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI




Data assegnazione obiettivi - Performance 2019

Dr Sabato ESPOSITO

Dipartimento di Diagnostica per Immagini UOC RADIOLOGIA OO.RR. AREA NOLANA						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100	
	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	4.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (immediati) / Numero di esami richiesti	17	100%	
5	Management del paziente - attivazione preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti	5.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (24 h) / Numero di esami richiesti	17	100%	
6	Attivazione/implementazione di PACC per tutte le discipline	6.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi programmati nel percorso PACC/ Numero di esami (diagnostica per immagini) richiesti nei tempi programmati nel percorso PACC	17	100%	
7	Applicazione PDTA tumore del colon-retto	7.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%	
8	Applicazione PDTA tumore della mammella.	8.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%	
			Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione

Il Direttore U.O.C. RADIOLOGIA OO.RR. AREA NOLANA



Data assegnazione obiettivi - Performance 2019

Dr Michele SPENA

Dipartimento di Diagnostica per Immagini UOC RADIOLOGIA OO.RR. AREA STABIESE						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	4.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (immediati) / Numero di esami richiesti	17	100%	
5	Management del paziente – attivazione preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti	5.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (24 h) / Numero di esami richiesti	17	100%	
6	Attivazione/implementazione di PACC per tutte le discipline	6.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi programmati nel percorso PACC/ Numero di esami (diagnostica per immagini) richiesti nei tempi programmati nel percorso PACC	17	100%	
7	Applicazione PDTA tumore del colon-retto	7.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%	
8	Applicazione PDTA tumore della mammella.	8.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%	
			Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione

Il Direttore U.O.C. RADIOLOGIA OO.RR. AREA STABIESE



Data assegnazione obiettivi - Performance 2019

Dr Mario VIOLINI

Dipartimento di Diagnostica per Immagini UOC RADIOLOGIA OO.RR. AREA VESUVIANA						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	4.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (immediati) / Numero di esami richiesti	17	100%	
5	Management del paziente - attivazione preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti	5.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (24 h) / Numero di esami richiesti	17	100%	
6	Attivazione/implementazione di PACC per tutte le discipline	6.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi programmati nel percorso PACC/ Numero di esami (diagnostica per immagini) richiesti nei tempi programmati nel percorso PACC	17	100%	
7	Applicazione PDTA tumore del colon-retto	7.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%	
8	Applicazione PDTA tumore della mammella.	8.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%	
			Totale Peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento



Per accettazione

Il Direttore U.O.C. RADIOLOGIA OO.RR. AREA VESUVIANA



Data assegnazione obiettivi - Performance 2019

Dr Sabato ESPOSITO

Dipartimento di Diagnostica per Immagini UOC RADIOLOGIA OO.RR. PENISOLA SORRENTINA					
N. OBT	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Applicazione PDTA frattura di collo del femore	4.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (immediati) / Numero di esami richiesti	17	100%
5	Management del paziente - attivazione preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti	5.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi previsti (24 h) / Numero di esami richiesti	17	100%
6	Attivazione/implementazione di PACC per tutte le discipline	6.1	Numero di esami (diagnostica per immagini) eseguiti nei tempi programmati nel percorso PACC/ Numero di esami (diagnostica per immagini) richiesti nei tempi programmati nel percorso PACC	17	100%
7	Applicazione PDTA tumore del colon-retto	7.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%
8	Applicazione PDTA tumore della mammella.	8.1	Numero di esami eseguiti (diagnostica per immagini) entro le 24 h/ Numero di esami richiesti dal responsabile del PDTA.	17	100%
			Totale Peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento


Per accettazione

Il Direttore U.O.C. RADIOLOGIA OO.RR. PENISOLA SORRENTINA



Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

D.A.T.I.S.S. – Dipartimento Attività territoriali e Integrazione Socio Sanitaria						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU OO CC. rappresentate nel Dipartimento.	4.1	UOC Cure Primarie e attività territoriali	9	100%	
		4.2	UOC Coordinamento Sociosanitario	9	100%	
		4.3	UOC Coordinamento Cure Domiciliari	9	100%	
		4.4	UOC Coordinamento Attività Riabilitative	9	100%	
		4.5	UOC Coordinamento Amministrativo	9	100%	
		4.6	UOSD Assistenza Anziani Fragili e Demenza	7	100%	
		4.7	UOSD Ulcere Cutanee	7	100%	
		4.8	UOSD NAD	7	100%	
		4.9	UOSD Diabetologia e Malattie Metaboliche	7	100%	
		4.10	UOSD Attività Libero Professionale	6	100%	
		4.11	UOSD Fisiopatologia della Comunicazione	6	100%	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito.

IL DIRETTORE SANITARIO

PER ACCETTAZIONE

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO ATTIVITÀ TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

U.O.C. CURE PRIMARIE E ATTIVITA' TERRITORIALI					
N. OBIETT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11/02/2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
4	Convolgimento e collaborazione dei MMG nella campagna vaccinale 2019 / 2020	3.1	N. di soggetti vaccinati / popolazione target	15	> 60%
5	Recupero vaccinale: vaccino esavalente nel bambino 24 me per ciclo base (3 dosi) e 1 dose MPR adeguamento attività del PNPV - e ampliamento della competenza vaccinale PLS	4.1	Predisposizione e rinnovo progetto speciale per il recupero vaccinale bambini inadempianti e ampliamento delle attività vaccinali, con la pediatria di libera scelta	15	Atto formale di rinnovo progetto di recupero/ampliamento attività vaccinabile PLS
6	Modifica e integrazione del PDTA "Rete Aziendale Ospedale Territorio per il management delle malattie allergiche" delibera n. 430/15	5.1	Predisposizione di proposta di atto deliberativo di modifica e integrazione del PDTA "Rete Aziendale Ospedale Territorio per il management delle malattie allergiche"	15	Atto Deliberativo di modifica ed integrazione del PDTA malattie allergologiche
7	Implementazione del know-how trasferimento conoscenze e competenze) al Centro ricurato oggi pediatrico ASL NA 3 SUD al sen della delibera 4 del 23/03/2019	6.1	Predisposizione di procedure congiunte con il/i Centro/i di Riferimento Universitario di reumatologia pediatrica per il trasferimento di conoscenze / competenze (Know How) con attività di formazione teorica e affiancamento pratico per la gestione dei pazienti pediatrici	10	Predisposizione di Atto formale Protocollo di Intesa
8	Applicazione procedure di controllo interno delle procedure delle Cure Primarie da parte dei Direttori dei Distretti Sanitari Delibera 343/2016	7.1	Monitoraggio semestrale delle attività di controllo interno sulle procedure delle Cure Primarie da parte dei Distretti Sanitari - 2 report annuali	10	100%
9	Potenziamento dei Centri Diabetologici Aziendali al sensi della delibera 19 dell'8/08/2016	8.1	Potenziare il numero dei Centri Diabetologici Aziendali di almeno 1 unità	10	100%
10	Ottimizzazione delle procedure di prenotazione visite specialistiche ambulatoriali tramite sistemi informatici pratici e veloci	9.1	Implementazione di una APP dedicata per le prenotazioni e/o revoca delle visite specialistiche ambulatoriali da offrire ai cittadini ASL NA 3 SUD	10	100%
			Totale peso	100	

Il cui indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura sarà eventualmente attribuito

Il Direttore ad interim Dr. M. Galati

Il Direttore U.O.C. Cure Primarie e Attività Territoriali
Dr. Primo Sergianni
U.O.C. Cure Primarie e Attività Territoriali
Responsabile: Dr. Primo Sergianni



	entro il 31/12/2019				
AREA 3. Programma 14 (14.4.3): implementazione sistemi di verifica appropriatezza prescrittiva. APPLICAZIONE DCA e CONTRATTI					
6	Monitoraggio di II° livello degli interventi riabilitativi e congruità file H e C mensili. Verifica applicazione contratti entro il 31.12.2019 Rilievo annuale degli sforamenti, determinazione e richieste di Note di Credito e comunicazioni alle UOAR distrettuali	6.1	Emissione Note di Credito/Debito da parte dei CC.AA / N.ro Rilievi effettuati.	20	> 60%
Delibera 170/2018: mappatura dei processi delle attività riabilitative.					
7	Monitoraggio flussi anomali ed accesso agli atti. Relazioni e riscontri in dipendenza di specifiche richieste/segnalazioni	7-1	N.ro Riscontri / N.ro specifiche richieste -segnalazioni	10	> 70%
Aren 3: L.E.A.. Programma 13.2 definizione percorsi di cura e diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche					
8	Ottimizzazione percorso ospedale territorio: raccordo UOAR territoriali per presa in carico assistiti per il miglioramento del percorso post ospedaliero	8-1	N.ro riscontri e raccordi con le U.O.A.R. Distrettuali / N.ro contatti con le UU.OO. Ospedaliere aziendali	15	> 80%
			Totale Peso	100	

*Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria

Per accettazione
Il Direttore U.O.C. Coordinamento Attività Riabilitative

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria : UOC Coordinamento Socio Sanitario					
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 - V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Welfare Solidarietà Sociale : Organizzazione aziendale per ambiti sociosanitari.					
4	Attività di supporto funzionale a tutte le IPAS Distrettuali per le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (Alto Aziendale DCA 39 del 25/09/2017)	4.1	Numero di attività di supporto funzionale a tutte le IPAS Distrettuali per le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria / N.ro 13 attività da espletare (almeno una per ogni distretto)	40	100%
Welfare Solidarietà Sociale: Patti Territoriali per la Salute.					
5	Attività di supporto alle Direzioni dei Distretti Sanitari per la corretta stesura ed adozione dei Piani di Attività Territoriali (P.A.T.) nel triennio, per la parte riguardante l'integrazione Sociosanitaria.	5.1	Numero attività di supporto alle Direzioni dei Distretti Sanitari per ogni singolo Distretto Sanitario (N. 13 Distretti Sanitari), per il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida per la parte riguardante l'integrazione Sociosanitaria e dell'aderenza con la Programmazione Regionale Sociosanitaria, entro il 31/12/2019 / N.ro 13 attività da espletare (almeno una per ogni distretto)	45	>= 95%
			totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria

Il Direttore ad interim U.O.C. Coordinamento Socio Sanitario

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria : UOC Coordinamento Cure Domiciliari					
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 * V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%
Livelli essenziali di Assistenza L.E.A.					
4	Aggiornamento costante della guida ai servizi per l'assistenza domiciliare e assistenza residenziale Hospice /Suap	4.1	Pubblicazione sul Sito Istituzionale delle Procedure Aziendali di Accesso alle Suap (in fase di elaborazione da parte del Tavolo Tecnico). Pubblicazione delle eventuali modifiche e revisioni delle Procedure di Accesso all' Hospice, approvate con Delibera n.928 del 23/11/2018.	25	100 %
5	Verifica della correttezza ed appropriatezza delle procedure per l' accesso in Hospice/Suap, attraverso il controllo formale sul corretto utilizzo da parte dei Distretti della Modulistica validata.	5.1	N. di Autorizzazioni alla spesa per ricovero in Hospice/Suap / N.ro delle richieste di autorizzazione pervenute dai Distretti	25	>= 95%
Obiettivo assegnato al Direttore Generale in All. 1 A DGRC n. 375/2016:					
Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI - Garantire almeno un valore aziendale compreso tra > = 1,56 e < 1,88					
6	Analisi e monitoraggio dei dati SIAD e dell'andamento dell' Indicatore 8 Griglia LEA anno 2019 per ogni Distretto, con relazione mensile sulle criticità e relative azioni correttive, alla Direzione Strategica e alla U.O.C. C.d.G.	6.1	N.ro 12 Relazioni Mensili N.ro 12 File excel con andamento Indicatori 8 e 9 ("Rosone Griglia LEA)	35	100%
totale peso				100	

*Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria

Il Direttore U.O.C. Cure Domiciliari

Per Accettazione

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio sanitaria: UOSD FISIOPATOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Mantenimento/Incremento del numero delle attività di Audiologia Pediatrica erogate nel 2019 rispetto all'anno 2018.	4.1	N. prestazioni di Audiologia pediatrica erogate dalla UOSD nel 2019 /N. prestazioni erogate nel 2018	30	100%	
5	Mantenimento/Incremento delle attività di Gestione di Terapie riabilitative in pazienti adulti e pediatrici rispetto all'anno 2018.	5.1	N. di Trattamenti riabilitativi logopedici nel 2019 /N. Trattamenti Logopedici anno 2018	20	100%	
6	Capacità di risposta alla richiesta assistenziale.	7.1	N. prestazioni erogate dalla UOSD /N. di prestazioni richieste alla UOSD	15	100%	
7	Trasmissioni dei dati di tutte le prestazioni erogate dalla UOSD tramite il file C per il tempestivo popolamento degli stessi sulla piattaforma Aziendale SiSte , entro la fine del mese successivo all'erogazione.	8.1	Trasmissione mensile delle prestazioni erogate dalla UOSD, tramite il file C.	20	100%	
Totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore del Dipartimento Attività territoriali e Integrazione Socio Sanitaria

[Firma]

Per accettazione
Il Responsabile U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione
[Firma]
Dir. Resp.: Dott. F. Giugliano

[Firma]

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

D.A.T.I.S.S. : UOSD NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE						
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
4	Mantenimento-incremento del numero delle consulenze nutrizionali domiciliari erogate nel 2019 rispetto all'anno 2018	4.1	N. consulenze domiciliari erogate dalla UOSD NAD nel 2019 /N. consulenze nutrizionali domiciliari erogate nel 2018	25	100 %	
5	Gestione domiciliare di sonde Gastrostomiche (PEG) in pazienti adulti e pediatrici	5.1	N. di sostituzioni domiciliari di sonde Gastrostomiche (PEG) nel 2019 /N. sostituzioni anno 2018	15	100 %	
6	Gestione domiciliare di Sonde nasogastriche (SNG) in pazienti adulti e pediatrici	6.1	N. sostituzioni domiciliari di Sonde nasogastriche (SNG), e primo posizionamento domiciliare di SNG nel 2019 /N. sostituzioni e primo posizionamento nell' anno 2018	15	100 %	
7	Capacità di risposta a richiesta assistenziale	7.1	N. prestazioni erogate dalla UOSD NAD /N. di prestazioni richieste alla UOSD NAD	10	100 %	
8	Trasmissioni dei dati di tutte le prestazioni erogate dalla UOSD NAD alla PUA distrettuale di Competenza per il tempestivo popolamento degli stessi sulla piattaforma Aziendale SiStie , ai fini del conferimento dei Flussi SIAd sul SANIARP ADI, nei tempi utili	8.1	N. prestazioni erogate dalla UOSD NAD e trasmesse alla PUA distrettuale di competenza, in tempo utile al popolamento dei Flussi SIAD	10	100 %	
9	Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni agli operatori del Ministero della Salute	9.1	Corretto utilizzo di tutte le soluzioni concentrate di clonuro di potassio * kcal * e di tutte le altre soluzioni concentrate (e contenenti potassio) nelle terapie endovenose a domicilio	10	100 %	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Attività Tecniche e Integrative Socio Sanitaria

Il Responsabile U.O.S.D. Nutrizione e Artificiale Domiciliare

Per accettazione
Il Responsabile U.O.S.D. Nutrizione e Artificiale Domiciliare

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

D.A.T.I.S.S.: UOSD diabetologia e malattie del ricambio						
N. OBTV	OGGETTO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
4	Aggiornamento cartella clinica informatizzata Smart digital clinic come da delibera 296/2014 per i centri diabetologici aziendali	4.1	N. di corsi di informazione / formazione ai teams dei Cad effettuati	25	100 %	
5	Implementazione del CAD Aziendali al sensi della Delibera di Giunta Regionale 330/2016 – delibera n. 19 /2016-	5.1	N. di cad pubblici su 7 i, implementati	30	100 %	
6	Prevenzione del diabete :azioni svolte in appoggio al truck plenz a salut	6.1	N. cad partecipanti entro dicembre (a partire dal 16 ottobre)	30	100 %	
Il contratto è stato firmato il 16 ottobre 2019				100		
totale peso						

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio Sanitaria

Per accettazione
Il Responsabile U.O.S.D. diabet e malattie metaboliche

Napoli 23/10/2019

Greenwood

[Signature]

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

D.A.T.I.S.S.: UOSD RETE ULCERE CUTANEE						
N. OBTV	OGGETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti o della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100 %	
4	Mantenimento-incremento del numero delle consulenze chirurgiche domiciliari erogate nel 2019 rispetto all'anno 2018	4.1	N. consulenze domiciliari erogate dalla UOSD nel 2019 / N. consulenze domiciliari erogate nel 2018	25	100 %	
	Gestione ambulatoriale di pazienti affetti da LCC e trattati con terapia a pressione negativa	5.1	N. di pazienti trattati nel 2019 / N di pazienti trattati anno 2018	15	100 %	
6	Gestione domiciliare di pazienti affetti da LCC e trattati con terapia a pressione negativa	6.1	N. di pazienti affetti da LCC e trattati con terapia a pressione negativa a domicilio nel 2019 / N di pazienti affetti da LCC e trattati con terapia a pressione negativa a domicilio nell' anno 2018	15	100 %	
7	Capacità di risposta a richiesta assistenziale	7.1	N. prestazioni erogate dalla UOSD / N. di prestazioni richieste alla UOSD	10	100 %	
8	Trasmissioni dei dati di tutte le prestazioni erogate dalla UOSD alla PUA distrettuale di Competenza per il tempestivo popolamento degli stessi sulla piattaforma Aziendale SiSie, ai fini del contenimento dei Flussi SIAD sul SANIARP ADI, nei tempi utili	8.1	N. prestazioni erogate dalla UOSD e trasmesse alla PUA disistituite di competenza, in tempo utile al popolamento del Flussi SIAD/ N. prestazioni erogate dalla UOSD	10	100 %	
totale peso				100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà eventualmente attribuito

Il Direttore Dipartimento Attività Territoriali e Integrazione Socio-Sanitaria

Per accettazione

Il Responsabile U.O.S.D. Rete Ulcere Cutanee

Luigi C. C. C.

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Dipartimento di Area Critica						
N. OBT V	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti	4.1	Rispetto e vigilanza degli orari di accesso al pubblico e di colloquio con i familiari	5	Sì (allegare procedura interna)	
5	Area governo del presidio. Accesso utenti	5.1	Deve essere disponibile una procedura operativa con le modalità di <i>Identificazione dei pazienti sconosciuti.</i>	10	Fidelazione, condivisione e disponibilità della procedura per gli operatori.	
6	Area governo del presidio. Appropriato utilizzo dell'attività di ricovero	6.1	riduzione ricoveri 0/1 g in urgenza rispetto all' anno 2018	10	attività di audit clinico con analisi dei ricoveri almeno bimensile. presso le UU.OO. di Med di urgenza	

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

7	Miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19	7.1	Selezione delle patologie da trattare in regime di ricovero ordinario Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (Non ARI) in regime ordinario. Anno 2018, per i presidi ospedalieri a gestione diretta, 0,17.	10	Rapporto atteso < 0,21
		7.2	Aumento del numero di sedute operatorie x applicazione del PDTA frattura del femore	5	>60%
8	Management del paziente. Ampliamento dell'offerta- ospedale senza dolore - implementazione e applicazione del protocollo per la gestione del post operatorio	8.1	n.pazienti trattati con protocollo per la gestione del dolore post-operatorio /n. pazienti operati	10	< 0,20
9	Area Gestionale_Dipartimentalizzazione	9.1	Dipartimentalizzazione - Tendere ad una maggiore gestione comune di risorse umane e tecnologiche riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica dell'ottimizzazione di risorse.	10	realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell' area dell' efficienza
10	Gestione rischio clinico	10.1	Buone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle antibiotico-resistenze: applicazione procedure secondo il Piano prevenzione ICA (Riduzione della spesa farmaceutica per antibiotici rispetto 2018)	10	Report trimestrali di esito
11	Documentazione Sanitaria (aggiornamento-formazione in situ)	11.1	Corretta Compilazione della documentazione sanitaria. Verifica con audit interni con partecipazione collegiale dei sanitari.	15	Almeno due audit (allegare verbali Protocolli)
			Totale peso	100	

• Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

II Direttore Sanitario

Luigi N. 13

[Signature]

La Direzione Aziendale

Per accettazione
II Direttore Dipartimento Area Critica

[Signature]

II Direttore/Responsabile della Struttura

REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

PRESIDI OSPEDALIERI

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a final flourish, located in the bottom right corner of the page.

Scheda Performance 2019 P.O. SAN LEONARDO e STABILIMENTO DI GRAGNANO

N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Miglioramento e riorganizzazione dell'accesso per gli utenti e visitatori.	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo del Presidio relativo agli accessi degli utenti e visitatori e suo monitoraggio. Pubblicazione sul sito aziendale	5	Si (allegare documento)	
		4.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2h/sett. per la consegna della documentazione sanitaria agli utenti esterni	5	Si (allegare relazione sui giorni e ore della settimana di apertura)	
5	Monitoraggio e miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19	5.1	Monitoraggio almeno trimestrale degli indicatori di area ospedaliera di cui alla delibera 372/19 per le UU.OO. di degenza	15	Si (allegare report e note protocollate di trasmissione)	
		5.2	Convocazione trimestrale delle UU.OO. che non hanno raggiunto l'obiettivo per un audit con definizione del piano di rientro e sue specifiche modalità con un miglioramento di almeno il 25% rispetto anno 2018	15	Si (allegare verbale dell'audit)	

La Direzione Aziendale



		5.3	Convocazione semestrale delle UU.OO di diagnostica strumentale per il miglioramento delle loro performance in relazione agli obiettivi del DG. per un audit con definizione del piano di attività rispetto anno precedente	10	Si (allegare verbale dell'audit)	
6	Gestione Rischio clinico	6.1	Buone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle antibioticoresistenze: diffusione linee di indirizzo e procedure secondo Piano prevenzione ICA aziendale. Convocazione periodica del CIO di presidio per la specifica problematica	5	Si (copia verbali delle riunioni almeno tre)	
	Gestione Rischio clinico Raccomandazioni Ministeriali	6.2	Applicazioni delle 18 Raccomandazioni Ministeriali con il Risk Management	10	Allegare verbali di verifica interna per ciascuna unità operativa.	
7	Gestione Emergenza	7.1	Aggiornamento PEIMAF	5	Allegare il piano e la nota di notifica alle UU.OO. di competenza.	
8	Documentazione Sanitaria	8.1	Verifiche di completezza e corretta compilazione della documentazione sanitaria - applicazione DCA 21/18	10	Si (verifiche di autocontrollo nei tempi e modi)	
9	Incremento dell' offerta ospedaliera.	9.1	Attivazione pp. II. di riabilitazione e/o lungodegenza Supportare il direttore del Dip. di Med. e cure riabilitative nella siesura del piano di fattibilità	5	Siesura e condivisione del piano di fattibilità.	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un va ore di 100 per mancanta di casi al denominatore, peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

[Firma]

Il Direttore Presidente Ospedaliero
Per accettazione
12/14
STABILE
AREA
DIPARTIMENTO
NOI2

La Direzione Aziendale

[Firma]

Il Direttore/Responsabile della Struttura

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Scheda Performance 2019 P.O. SORENTINO / P.O. VICO EQUENSE						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Miglioramento e riorganizzazione dell'accesso per gli utenti e visitatori.	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo del Presidio relativo agli accessi degli utenti e visitatori e suo monitoraggio. Pubblicazione sul sito aziendale	5	Si (allegare documento)	
		4.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2h/sett. per la consegna della documentazione sanitaria agli utenti esterni	5	Si (allegare relazione sui giorni e ore della settimana di apertura)	
	Monitoraggio e miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19	5.1	Monitoraggio almeno trimestrale degli indicatori di area ospedaliera di cui alla delibera 372/19 per le UU.OO. di degenza	15	Si (allegare report e note protocollate di trasmissione)	
5		5.2	Convocazione trimestrale delle UU.OO. che non hanno raggiunto l'obiettivo per un audit con definizione del piano di rientro e sue specifiche modalità con un miglioramento di almeno il 25% rispetto anno 2018	15	Si (allegare verbale dell'audit)	

Direzione Aziendale


Direttore/Responsabile della Struttura

		5.3	Convocazione semestrale delle UU.OO di diagnostica strumentale per il miglioramento delle loro performance in relazione agli obiettivi del DG. per un audit con definizione del piano di attività rispetto anno precedente	10	Si (allegare verbale dell'audit)	
6	Gestione Rischio clinico	6.1	Buone pratiche per l'uso correlato degli antimicrobici e per il controllo delle antibioticoresistenze; diffusione linee di indirizzo e procedure secondo Piano prevenzione ICA aziendale. Convocazione periodica del CIO di presidio per la specifica problematica	5	Si (copia verbali delle riunioni almeno tre)	
	Gestione Rischio clinico Raccomandazioni Ministeriali	6.2	Applicazioni delle 18 Raccomandazioni Ministeriali con il Risk Management	10	Allegare verbali di verifica interna per ciascuna unità operativa.	
7	Gestione Emergenza	7.1	Aggiornamento PEIMAF	5	Allegare il piano e la nota di notifica alle UU.OO. di competenza.	
8	Documentazione Sanitaria	8.1	Verifiche di completezza e corretta compilazione della documentazione sanitaria - applicazione DCA 21/18	10	Si(verifiche di autocontrollo nei tempi e modi)	
9	Incremento dell' offerta ospedaliera.	9.1	Attivazione pp. II. di riabilitazione e/o lungodegenza Supportare il direttore del Dip. di Med. e cure riabilitative nella stesura del piano di fattibilità	5	Stesura e condivisione del piano di fattibilità.	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

[Firma]

Per accettazione
Il Direttore Presidio Ospedaliero

[Firma]

[Firma]

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

Scheda Performance 2019 P.O. 027						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Miglioramento e riorganizzazione dell'accesso per gli utenti e visitatori.	4.1 4.2	4.1 Aggiornamento del documento organizzativo del Presidio relativo agli accessi degli utenti e visitatori e suo monitoraggio. Pubblicazione sul sito aziendale 4.2 Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2h/sett. per la consegna della documentazione sanitaria agli utenti esterni	5 5	Si (allegare documento) Si (allegare relazione sui giorni e ore della settimana di apertura)	
5	Monitoraggio e miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19	5.1	Monitoraggio almeno trimestrale degli indicatori di area ospedaliera di cui alla delibera 372/19 per le UU.OO. di degenza	15	Si (allegare report e note protocollate di trasmissione)	
		5.2	Convocazione trimestrale delle UU.OO. che non hanno raggiunto l'obiettivo per un audit con definizione del piano di nentro e sue specifiche modalità con un miglioramento di almeno il 25% rispetto anno 2018	15	Si (allegare verbale dell'audit)	

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

6/11/2019



		5.3	Convocazione semestrale delle UU.OO di diagnostica strumentale per il miglioramento delle loro performance in relazione agli obiettivi del DG. per un audit con definizione del piano di attività rispetto anno precedente.	10	Si (allegare verbale dell'audit)	
6	Gestione Rischio clinico	6.1	Buone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle antibioco-resistenze: diffusione linee di indirizzo e procedure secondo Piano prevenzione ICA aziendale. Convocazione periodica del CIO di presidio per la specifica problematica	5	Si (copia verbali delle riunioni almeno tre)	
	Gestione Rischio clinico Raccomandazioni Ministeriali	6.2	Applicazioni delle 18 Raccomandazioni Ministeriali con il Risk Management	10	Allegare verbali di verifica interna per ciascuna unità operativa.	
7	Gestione Emergenza	7.1	Aggiornamento PEIMAF	5	Allegare il piano e la nota di notifica alle UU.OO. di competenza.	
8	Documentazione Sanitaria	8.1	Verifiche di completezza e corretta compilazione della documentazione sanitaria - applicazione DCA 21/18	10	Si (verifiche di autocontrollo nei tempi e modi)	
9	Incremento dell' offerta ospedaliera.	9.1	Attivazione pp. II. di riabilitazione e/o lungodegenza Supportare il direttore del Dip. di Med. e cure riabilitative nella stesura del piano di fattibilità	5	Stesura e condivisione del piano di fattibilità.	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

II Direttore Sanitario

6/11/2013

Per accettazione
Il Direttore Presidio Ospedaliero

COPIA
DIREZIONE
SANITARIA
NA 3 SUD
TELEFONATA

La Direzione Aziendale

Il Direttore/Responsabile della Struttura

 Scheda Performance 2019 - P.O. BOSCOTRECASE						
N. OBTV	OBIEITVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019*	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100%	
4	Miglioramento e riorganizzazione dell'accesso per gli utenti e visitatori.	4.1	Aggiornamento del documento organizzativo del Presidio relativo agli accessi degli utenti e visitatori e suo monitoraggio. Pubblicazione sul sito aziendale	5	Si (allegare documento)	
		4.2	Esistenza di apertura pomeridiana (dopo le ore 15) per almeno 2h/sett. per la consegna della documentazione sanitaria agli utenti esterni	5	Si (allegare relazione sui giorni e ore della settimana di apertura)	
		5.1	Monitoraggio almeno trimestrale degli indicatori di area ospedaliera di cui alla delibera 372/19 per le UU.OO. di degenza	15	Si (allegare report e note protocollate di trasmissione)	
5	Monitoraggio e miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19	5.2	Convocazione trimestrale delle UU.OO. che non hanno raggiunto l'obiettivo per un audit con definizione del piano di rientro e sue specifiche modalità con un miglioramento di almeno il 25% rispetto anno 2018	15	Si (allegare verbale dell'audit)	
		5.3	Convocazione semestrale delle UU.OO di diagnostica strumentale per il miglioramento delle loro performance in relazione agli obiettivi del DG, per un audit con definizione del piano di attività rispetto anno precedente	10	Si (allegare verbale dell'audit)	




6	Gestione Rischio clinico	6.1	Buone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle antibioticoresistenze: diffusione linee di indirizzo e procedure secondo Piano prevenzione ICA aziendale. Convocazione periodica del CIO di presidio per la specifica problematica	5	Si (copia verbali delle riunioni almeno tre)	
	Gestione Rischio clinico Raccomandazioni Ministeriali	6.2	Applicazioni delle 18 Raccomandazioni Ministeriali con il Risk Management	10	Allegare verbali di verifica interna per ciascuna unità operativa.	
7	Gestione Emergenza	7.1	Aggiornamento PEIMAF	5	Allegare il piano e la nota di notifica alle UU.OO. di competenza.	
8	Documentazione Sanitaria	8.1	Verifiche di completezza e corretta compilazione della documentazione sanitaria - applicazione DCA 21/18	10	Si (verifiche di autocontrollo nei tempi e modi)	
9	Incremento dell'offerta ospedaliera.	9.1	Attivazione pp. II. di riabilitazione e/o lungodegenza Supportare il direttore del Dip. di Med. e cure riabilitative nella stesura del piano di fattibilità	5	Stesura e condivisione del piano di fattibilità.	
			Totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

[Firma]

05/12/2019

per accettazione
Il Direttore Presidio Ospedaliero

[Firma]

REGIONE CAMPANIA

OBIETTIVI ANNO 2019

DISTRETTI SOCIO SANITARI

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a final flourish, located in the bottom right corner of the page.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 34 di PORTICI						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Preventivo della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento - Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra ≥ 1.56 e ≤ 1.88 Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100% relazione	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per C.A. ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Si/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità fonte dato: Piattaforma Saniarp.	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	

24/10/2019

SCHEDA PERFORMANCE 2019 DISTRETTO SANITARIO 34 dr L S Alfano

8	Quality Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione alla gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravidie. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
9	Convolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%	
		9.3	Aggiornamento informativo ai MMMGG e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%	
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%	
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
				totale peso	100	

* In caso in cui in indicatore quantitativo un valore di 0/0 per mancanza i casi, a meno di 10 ore per caso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuita

Il Direttore Sanitario



24/10/2019

Per accettazione

Il Direttore del Distretto 34



dr Luigi Stella Alfano



DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 48

N. Obiettivo	INDICATORE	N. IND.	INDICATORE	PES	V.A. 2019	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	11	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempestività nel Piano Triennale Trasparenza	21	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 1° 02 2019	31	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza di cui alla Delibera 135/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento - Analisi del bisogno di salute	41	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100°	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	51	Garanti re almeno un valore ricompreso tra ≥ 156 e ≤ 188 Numero di soggetti $>=65$ anni trattati in ADI / popolazione di età > 65 anni (r. soggetti $>= 65$ anni 2018)	10	100°	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA cervice uterina mammella colon retto	61	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/no	
7	Cure domiciliari Co. tenimento/l'azzeramento delle pratiche di assistenza	71	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione de codici CIAO A.S.I. NA R&UD	

DISTRETTO SANITARIO n. 48

IL DIRETTORE RESPONSABILE

Prof. Dr. Roberto Tassi

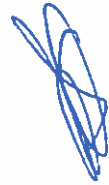


Sull'attività (AD) con coefficiente di intensità superiore pari a 0		Fonte dato Piattaforma Saniarp			
8	Qualità Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza - Istruzione dei Corsi di Educazione in gravidanza	8 1	Attualizzazione delle Linee Guida Gravidanza Fisilogica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide A) N Corsi di Educazione B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9	Conferimento dei Medici Confezionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il potenziamento dell'assistenza integrata	9 1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10	Strutturazione dell'armadietto farmaceutico	10 1	Notifica delle note AIFA	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11 1	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti linee guida integrazione socio-san /ospedale-territorio, etc) Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n 553/2015 n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		totale peso		100	

La presente attività è stata valutata in un valore di 0/10 per mancanza di dati da esaminare, a meno che tale circostanza non seguita e motivata dalla struttura - per comunicare all'Ufficio

Il Direttore Sanitario

Per accettazione
Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n 48
IL DIRETTORE RESPONSABILE
Dr. Vincenzo Luiano



DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 49 di Nola						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	

n

2

	Indicatore (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	Fonte dato: Piattoforma Saniarp.			
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione di gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionali per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuita

Il Direttore Sanitario

Asp'2

Per accettazione

Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.49

ASL NAPOLI 3SUD
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n° 49
IL DIRETTORE RESPONSABILE

Dr. Domenico Russo

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 50						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti $>=65$ anni trattati in ADI / popolazione di età $>= 65$ anni (n. soggetti $>= 65$ anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Si/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	

	domiliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0		fonte dato: Piattaforma Saniarp.			
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto- Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione dal 1° trimestre di gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%	
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%	
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%	
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario



Per accettazione
Il Direttore DISTRETTO SANITARIO n. 50
DISTRETTO

Dr. Pasquale Annunziata

Pag. 2 a 2



DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 51						
N. OBT	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Si/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	

	domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	fonte dato: Piattaforma Saniarp.			
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione dal 1° trimestre di gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisilogica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravis. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

[Handwritten signature]



Per accettazione

DIRETTORE DISTRETTO SANITARIO n.51

[Handwritten signature]

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 52						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	

	domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	fonte dato: Piattaforma Saniarp.			
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione di gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
totale peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario



Per accettazione

Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n



DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 53

INDICATORE	INDICATORE	N. IND	PES	V.A. 2019
1.1	N. Adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	1	5	100% (relativa)
2.1	N. Adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	2	5	100% (relativa)
3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	3	5	100% (relativa)
4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reperti delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	4	5	100%
5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra ≥ 1.50 e ≤ 1.80 Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	5	10	100%
6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	6	50%
7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità / n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 n. coefficiente di intensità	7	10	Differenziale

Indicatore (AD) con coefficiente d'intensità assistenziale pari a 0		Fonte dato	PIattaforma Sanarp		
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione di gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravide. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9	Contributo dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		9.2	Notifica delle note AIFA	10	100%
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san, ospedale-territorio, etc.)	10	100%
10	Optimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%
11	Optimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
totale peso				100	

Il presente documento è da considerarsi valido solo se firmato e controfirmato dalla struttura, con la data della firma, e con la data della firma.

Il Direttore Sanitario

Regione Campania - ASL NA 3 Si
Distretto Sanaccellazione
Il Direttore Distrettuale Socio Sanitario n. 53
Dr. Felice Carolin

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 54						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	

	domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	fonte dato: Piattaforma Saniarp.			
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione alla gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravidie. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
			totale peso	100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario



Per accettazione



Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.54

A.S.L. NAPOLI 3 SUP
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.54
Il Direttore Responsabile
Dott.ssa Teresa Maria Stocchetti

Data assegnazione obiettivi – Performance 2019

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 55 di ERCOLANO						
N. OBTV	OBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019	3.1	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/no	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità fonte dato: Piattaforma Saniarp.	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	



	coefficiente di intensità assistenziale pari a 0					
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto- Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione.	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravidie. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS.	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%	
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%	
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%	
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n.fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	
			totale peso	100		

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario



Per accettazione

Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n 55



Data assegnazione obiettivi (21/10/2019) – Performance 2019

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 56 di Torre Annunziata						
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato B della delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla delibera 135 del 11/02/2019	3.1	N. adempimenti di cui alla delibera n. 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui alla delibera n. 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di inferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso fra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni anno 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto;	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/No	
7	Cure domiciliari - Contenimento/azzeramento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. pratiche di assistenza domiciliare 2018 con coefficiente di intensità fonte dato: Piattaforma Saniarp.	4	Diminuzione dei codici CIAO 100%	
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto- Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravidie. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 57 di Torre del Greco					
N. OBTV	OBBIETTIVO	N. IND.	INDICATORE	PESO	V.A. 2019 - V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	1.1	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	2.1	N. adempimenti di cui all'allegato B della delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato B della delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)
3	Adempimenti di cui alla delibera 135 del 11/02/2019	3.1	N. adempimenti di cui alla delibera n. 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. adempimenti di competenza, di cui alla delibera n. 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento – Analisi del bisogno di salute	4.1	Analisi statistica/epidemiologica attuale sui I reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	5.1	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni anno 2018)	10	100%
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA ❖ cervice uterina; ❖ mammella; ❖ colon retto;	6.1	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Si/No
7	Cure domiciliari - Contenimento/rafforzamento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con coefficiente di intensità assistenziale pari a 0	7.1	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. pratiche di assistenza domiciliare 2018 con coefficiente di intensità fonte dato: Piattaforma Sanitarp.	4	Diminuzione dei codici C/IO 100%
8	Quality Management della Gravidanza e del Parto- Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica. Tenuta del Registro distrettuale delle gravidanze. A) N. Corsi di Educazione. B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

9	Coinvolgimento dei Medici Convenzionali per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il Potenziamento dell'assistenza integrata	9.1	Incontri UCAD per informazioni/informazione ai medici MAP e PLS	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
10		9.2	Notifica delle note AIFA	10	100%
		9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san./ospedale-territorio, etc.)	10	100%
		10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla delibera n. 553/2015	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11.1	n. fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
totale peso				100	

* Nel caso in cui l'indicatore quantitativo ha un valore di 0/0 per mancanza di casi al denominatore, il peso, se tale circostanza sarà segnalata e motivata dalla struttura, sarà comunque attribuito

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n 57

A.S.L. NAPOLI 3 SUD
DISTRETTO SANITARIO 57
Il Direttore Sanitario
Dott. Guido Corbisieto

	Indicatore (ADI) con coefficiente di intensità assegnazione pari a 0	Fonte dato: Piattaforma Sanitarp.		
9	Qualità Management della Gravidanza e del Parto- Modello operativo distrettuale per l'educazione alla Gravidanza: Istruzione dei Corsi d' Educazione di gravidanza	8 1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica Tenuta del Registro distrettuale delle gravide A) N Corsi di Educazione B) Relazione con riferimento all'obiettivo	ai Almeno 2 a) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico 10
		9 1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico 10
		9 2	Notifica delle note AIFA	100% 10
		9 3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san /ospedale-territorio, etc)	100% 10
10	Qualità azione dell'armadietto farmaceutico	10 1	Totale ottenimento alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	100% 10
11	Qualità azione dei tempi di liquidazione delle fatture registrate entro i termini di legge	11 1	Le fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n. di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico 10
			totale peso	100

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 59

N. Obiettivo	Obiettivo	N. IND.	INDICATORE	PES O	V.A. 2019 *	V.R. 2019
1	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione	11	N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, posti in essere nei tempi previsti / N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n. 678/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
2	Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza	21	N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n. 678/2019 da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
3	Adempimenti di cui alla Delibera n. 135 del 11/02/2019	31	N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera n. 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/ N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera n. 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti	5	100% (relazione)	
4	Bisogno sanitario della popolazione di riferimento - Analisi del bisogno di salute	41	Analisi statistica/epidemiologica attuata sui reports delle aree centrali (su trasmissione dei dati da parte dei servizi competenti)	5	100%	
5	Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI	51	Garantire almeno un valore ricompreso tra $\geq 1,56$ e $\leq 1,88$ Numero di soggetti ≥ 65 anni trattati in ADI / popolazione di età ≥ 65 anni (n. soggetti ≥ 65 anni 2018)	10	100%	
6	Incremento della popolazione che ha effettuato test di screening di primo livello per CA * cervicale uterina, * mammella, * colon retto	61	n. di incontri effettuati nel 2019 UCAD per incrementare le adesioni agli screening (4 incontri)	6	Sì/no	
7	Azure domiciliari -Contenimento delle pratiche di assistenza domiciliare (ADI) con	71	n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2019 con coefficiente di intensità/n. Pratiche di assistenza domiciliare anno 2018 con coefficiente di intensità	4	Diminuzione del codice C.I.A.C. 100	

Coefficiente di intensità assistenziale pari a 0		Fonte dato: Piattaforma Sanalp			
9	Quality Management della gravidanza e del Parto-Modello operativo distrettuale per l'educazione alla gravidanza. Istituzione dei Corsi di Educazione in gravidanza	8.1	Attuazione delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica Tenuta del Registro distrettuale delle gravide A) N Corsi di Educazione B) Relazione con riferimento all'obiettivo	10	A) Almeno 2 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
	Conferimento dei Medici Convenzionati per una maggiore appropriatezza prescrittiva e il potenziamento dell'assistenza gratuita	9.1	Incontri UCAD per formazione/informazione ai medici MAP e PLS	10	A) ≥ 4 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
		9.2	Notifica delle note AIFA.	10	100%
10	Ottimizzazione dell'armadietto farmaceutico	9.3	Aggiornamento informativo e documentale (utilizzo farmaci equivalenti, linee guida integrazione socio-san, ospedale-territorio, etc.)	10	100%
		10.1	Totale ottemperanza alla procedura di registrazione del carico e scarico dei beni sanitari dell'armadietto farmaceutico di cui alla Delibera n. 553/2015	10	100%
11	Ottimizzazione dei tempi di liquidazione delle fatture fiscali entro i termini di legge	11.1	In fatture registrate liquidate entro i termini di legge/n di fatture registrate da liquidare entro i termini di legge	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
totale peso				100	

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

Il Direttore DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 59

ASL Napoli 3 Sud
Distretto n. 59

Il Direttore Responsabile
Dott. Grazia Fornis

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullio)

Marco Tullio

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 28 NOV. 2019 / _____ **A:**

☒ DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
☒ DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL. VAL.	
☒ COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	☒ U.O.C. VAL. RISORSE UMANE E PERFORMANCE	
U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
	DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
U.O.C. COORDINAMENTO ATTIVITA RIABILITATIVE	DIPARTIMENTO MEDICINA LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA	DISTRETTO N. 57
U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE	COORD. TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
U.O.C. CURE PRIMARIE E ATTIVITA TERRITORIALI	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	P.O. NOLA + STAB. POLLENA TROCCHIA
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO
U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	P.O. BOSCO + P.O. MARESCA
U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ.
U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 48	DIPARTIMENTO AREA CRITICA
U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE	DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC	DISTRETTO N. 51	U.O.C. COORDINAMENTO COMITATO ETICO CAMPANIA SUD
U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	DISTRETTO N. 52	DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE