

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N 000331 DEL 25 GIU. 2013

~~~~~

OGGETTO: ASSEGNAZIONE OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2013.

| PUBBLICAZIONE                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         | ESECRUTIVITA'                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>AFFISSIONE ALBO</u>                                                                                                                                                                             | <u>RELATA</u>                                                                                                                                                                           | <u>ORDINARIA</u>                                                                                            | <u>IMMEDIATA</u>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>La presente deliberazione è affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal</p> <p><u>26 GIU. 2013</u></p> <p>e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato</p> | <p>La presente deliberazione è stata affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p> | <p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <p>_____</p> <p>Il Dirigente</p> <p>_____</p> | <p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p></p> <p>Il Direttore Generale<br/>(Dott. Maurizio D'Amora)</p> <p>_____</p> |

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio D'Amora, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 467 del 26.09.2011 e Decreto Presidente Giunta n.198 del 29.09.2011, in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue

|                                        |
|----------------------------------------|
| ASL NAPOLI 3 SUD<br>Direzione Generale |
| 24 GIU 2013                            |
| PERVENUTO                              |

**Regione Campania**

**Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud**

**Via Marconi n. 66 ( ex Presidio Bottazzi)**

**80059 Torre del Greco**

**P.I. C.F. – N° 06322711216**

**OGGETTO:** Assegnazione obiettivi prestazionali anno 2013

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dall'Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione 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 tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

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

**PREMESSO**

che la valutazione dei dirigenti costituisce un elemento strategico relativo al loro rapporto ed è diretta a riconoscerne e a valorizzarne la qualità e l'impegno per il conseguimento dei più elevati livelli di risultato dell'organizzazione e per l'incremento della soddisfazione degli utenti, nonché a verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati;



## **VISTI**

- A) la delibera della Giunta regionale n. 467/2011 " Nomina del Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 Sud" ove sono assegnati gli obiettivi generali e specifici al Direttore Generale e, di conseguenza, a tutte le strutture aziendali;
- B) il regolamento sull'Ordinamento amministrativo della Giunta della Regione Campania del 15/12/2011, artt. 4 e 5;
- C) i Contratti Collettivi nazionali di Lavoro della dirigenza medica e della dirigenza SPTA ( CCNL 1998/2001 – 2002/2005 – 2006/2009) i quali attribuiscono grosso rilievo alla complessità, all'articolazione e all'importanza della valutazione dei dirigenti;

## **PRESO ATTO**

che al fine di garantire il mantenimento e lo sviluppo dei livelli di efficacia ed efficienza raggiunti nel conseguimento dei propri fini istituzionali, le Aziende danno ulteriore impulso ai metodi fondati sulla fissazione degli obiettivi, sulla misurazione dei risultati e sulla verifica della qualità dei servizi sanitari e delle funzioni assistenziali realizzando, in particolare, la più ampia valorizzazione della funzione dirigenziale,

## **CONSIDERATO**

che la valutazione e l'assessment della performance prevede una stretta connessione tra la pianificazione, lo svolgimento dei processi produttivi, la misurazione e la valutazione dei risultati;

## **RITENUTO**

che anche il D.lgs. n. 150/2009 agli articoli 4 e 5 parla di "definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori", nonché di "obiettivi programmati e definiti dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che, a loro volta, consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative";

## **VISTO**

che questa Azienda con delibera n. 58 del 31/01/2012 ad oggetto: "Preso d'atto proposta Piano della trasparenza e dell'integrità" D.lgs. 150/2009 art.11 adempimenti "ha preso atto della proposta del Piano triennale della trasparenza e dell'integrità dell'Asl Napoli 3 Sud per gli anni 2011/2012/2013;



## **CONSIDERATO**

che ci si riserva di modificare e/o integrare gli obiettivi prestazionali allegati alla presente delibera all'atto della stesura del Piano della performance aziendale;

## **TENUTO CONTO**

che il processo di assegnazione degli obiettivi avviene attraverso un meccanismo definito "a cascata" all'interno del quale gli obiettivi assegnati al Direttore generale saranno ribaltati sui dirigenti Responsabili di struttura complessa e di staff i quali, a loro volta, li ribalteranno sui dirigenti sotto ordinati a ciascuno di essi e questi ultimi a loro volta sul personale subordinato.

## **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

di procedere per l'anno 2013 all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti i dirigenti Responsabili di struttura complessa e di staff ( ALL. dal n. 1 al n 58.) i quali, a loro volta, li ribalteranno sui dirigenti sotto ordinati a ciascuno di essi e questi ultimi a loro volta sul personale subordinato.

**Il Direttore U.O.C. Controllo di Gestione**  
**Dott.ssa Antonella De Stefano**



## **IL DIRETTORE GENERALE**

Preso atto della dichiarazione resa dal Direttore proponente con la sottoscrizione in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy, sentito il parere favorevole espresso dai Direttori Amministrativo e Sanitario;

## **DELIBERA**

di procedere per l'anno 2013 all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti i dirigenti Responsabili di struttura complessa e di staff ( ALL. dal n. 1 al n.58 ) i quali, a loro volta, li ribalteranno sui dirigenti sotto ordinati a ciascuno di essi e questi ultimi a loro volta sul personale subordinato.



Il Direttore proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione curandone tutti i consequenziali adempimenti.

I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali hanno l'obbligo di informare il personale collaboratore degli obiettivi assegnati con il presente atto.

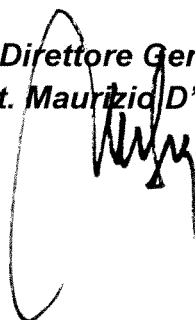
**Il Direttore Amministrativo**  
**Dott. Salvatore Panaro**



**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. Giuseppe Russo**



**Il Direttore Generale**  
**Dott. Maurizio D'Amora**



## Servizio Formazione ed Aggiornamento Professionale

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PESO | INDICATORI                                                                                              | VALUTAZIONE                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Realizzazione del manuale delle procedure della UOC FAP attraverso:</p> <p>1) elaborazione procedure per i seguenti processi amministrativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- liquidazione spese</li> <li>- approvvigionamento</li> <li>- gestione logistica</li> <li>- attribuzioni incarichi docenze a singoli o istituti</li> <li>- rilascio attestazioni e certificazioni</li> <li>- organizzazione corsi per clienti esterni</li> <li>- autorizzazioni all'uso delle aule formative e delle attrezzature in dotazione alla UOC</li> <li>- procedure per il processo ECM</li> </ul> <p>2) completamento procedure per i processi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tirocinio</li> <li>- volontariato</li> <li>- stipula convenzioni</li> </ul> | 25   | <p>1) N° procedure attivate</p>                                                                         | <p>6 procedure = 100%<br/>Da 6 a 4 procedure = 50%<br/>&lt;4 procedure = 0</p>                                 |
| <p>Riduzione tempi di attesa per i seguenti processi:</p> <p>1) rilascio attestati con crediti ECM</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      | <p>2) N° procedure completate</p>                                                                       | <p>3 procedure = 100%<br/>2 procedure = 50%<br/>&lt;2 procedure = 0</p>                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | <p>1) N° di corsi per i quali viene predisposto l'attestato finale entro 30 gg. dall'inserimento on</p> | <p>Dal 100% all'80% dei corsi = 100%<br/>Dal 79% al 50% dei corsi = 70%<br/>Dal 40% al 25% dei corsi = 50%</p> |



| line del report finale                                                                                                                                                                                                                      |    |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2) redazione determine liquidazione spese                                                                                                                                                                                                   | 25 | 2) N° determine di liquidazione                                                                     | <25% dei corsi = 0<br><br>Dal 100% all'80% delle determine = 100%<br>Dal 79% al 50% delle determine = 70%<br>Dal 40% al 25% delle determine = 50%<br><25% delle determine = 0       |
| 3) redazione determine di autorizzazione allo svolgimento dei tirocini                                                                                                                                                                      |    | 3) N° determine di autorizzazione allo svolgimento di tirocinio o volontariato redatte entro 15 gg. | Dal 100% all'80% delle deter. di autor. = 100%<br>Dal 79% al 50% delle deter. di autor. = 70%<br>Dal 40% al 25% delle deter. di autor. = 50%<br><25% delle deter. di autor. = 0     |
| Dematerializzazione dei documenti vs. clienti esterni ( Enti pubblici, Università, Scuole di specializzazione, Scuole di formazione ecc.) attraverso l'incremento dell'utilizzo della mail aziendale                                        | 25 | N° di risposte telematiche                                                                          | Dal 100% all'80% di risposte telematiche = 100%<br>Dal 79% al 50% di risposte telematiche = 70%<br>Dal 40% al 25% di risposte telematiche = 50%<br><25% di risposte telematiche = 0 |
| Miglioramento del processo di valutazione del Servizio FAP attraverso:                                                                                                                                                                      |    | 1) Stesura questionario                                                                             | 1) Si = 100%<br>No = 0                                                                                                                                                              |
| 1) Elaborazione questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione dei partecipanti rispetto alla qualità del Servizio (facilità e velocità di accesso alle informazioni, chiarezza delle stesse, disponibilità del personale ecc.) |    | 2) Somministrazione questionari compilati dai partecipanti                                          | 2) Dal 100% all'80% di somministr. quest. = 100%<br>Dal 79% al 50% di somministr. quest. = 70%                                                                                      |
| 2) Somministrazione del questionario ad un campione significativo di partecipanti ai Corsi di formazione realizzati nel II semestre. Inserimento dati nel programma informatico, elaborazione ed analisi dei dati                           | 25 |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |

|  |  |  |  |                                                                                 |
|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | Dal 40% al 25% di somministr. quest.<br>= 50%<br><25% di somministr. quest. = 0 |
|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------|

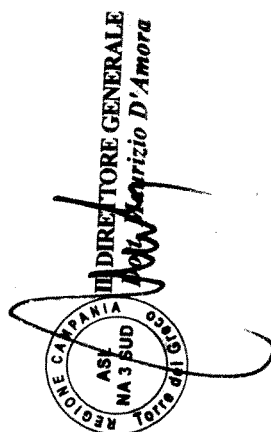
Il valutato

Atene

Data

Il valutatore

\_\_\_\_\_



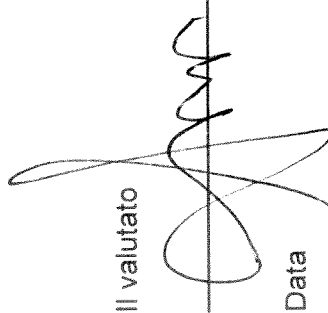
*[Handwritten signature]*

**Servizio Gestione tecnica ed ottimizzazione  
patrimonio immobiliare ospedaliero**

**Obiettivi prestazionali – anno 2013**

| OBIETTIVI SPECIFICI                                         | PESO | INDICATORI                      | VALUTAZIONE                                               |
|-------------------------------------------------------------|------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Contenimento dei costi relativi alla gestione impiantistica | 40   | N° interventi procedure emanate | Da n. 10 a n. 7 = 100%<br>Da n. 6 a n. 3 = 50%<br>< 3 = 0 |
| Adegguamento delle strutture ai sensi del decreto 81/08     | 30   | N° interventi di adeguamento    | Da n. 10 a n. 8 = 100%<br>Da n. 7 a n. 3 = 50%<br>< 3 = 0 |
| Redazione carta dei Servizi                                 | 30   | Adozione                        | Sì = 100%<br>No = 0                                       |

Il valutato



Data

Il valutatore

\_\_\_\_\_





IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio 

## Servizio Assistenza Sanitaria di base

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

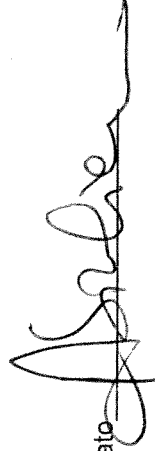
| Obiettivi Specifici                                                                                                                                   | Peso | Indicatori                                                                                                         | Valutazione         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Rilevazione della spesa erogata per trasporto emodializzati alla data del 31/12/2013 e confronto col dato dell'anno 2012                              | 10   | Report riportante i dati relativi alla spesa trasporto emodializzati e comparazione con l'anno 2012                | Si = 100%<br>No = 0 |
| Rilevazione della spesa erogata per trapiantati alla data del 31/12/2013 e confronto col dato dell'anno 2012                                          | 10   | Report riportante i dati relativi alla spesa dei trapiantati in Italia e all'Estero e comparazione con l'anno 2012 | Si = 100%<br>No = 0 |
| Redazione di un percorso assistenziale di concerto con due UU.OO. distrettuali di Assistenza Sanitaria di Base per l'integrazione ospedale/territorio | 80   | Implementazione percorso assistenziale                                                                             | Si = 100%<br>No = 0 |

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Data

12/6/13

Il Valutato



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio D'Amora



# ASL NA 3 SUD

## Servizio Fasce deboli

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| Obiettivi Specifici                                                                                                                                                     | Peso | Indicatori                                                                                                | Valutazione                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Attuazione Decreto Commissariale n.1 del 7/01/2013 " Profili di cura e applicazione tariffe per le Cure domiciliari", per il territorio dei Distretti nn.48,49,50,51,52 | 50   | Partecipazione a riunioni del gruppo di lavoro aziendale e a incontri con i competenti settori regionali  | Partecipazione a tutte le riunioni = 100%<br>Non partecipazione = 0         |
| Implementazione sistema di informatizzazione delle cure domiciliari per il territorio dei Distretti nn. 48,49,50,51,52                                                  | 50   | Incontri formativi con il personale sanitario distrettuale e ospedaliero che opera nelle Cure domiciliari | N° di incontri da 10 a 7 = 100%<br>N° di incontri da 6 a 5 = 50%<br>< 5 = 0 |

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Il Valutato C. Galdi

Data



*[Handwritten signature]*

## ASL NAPOLI 3 SUD

### Servizio di Epidemiologia Valutativa ed Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie

#### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                  | PESO | INDICATORI                                                                              | VALUTAZIONE                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Monitoraggio erogazione LEA anni 2011/2012                                                                                                           | 25   | Rapporto finale al Direttore generale                                                   | SI = 100%<br>NO = 0                                                          |
| Verifica dell'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo nelle Case di Cura temporaneamente accreditate dell'ASL Napoli 3 Sud                      | 25   | N. di cartelle cliniche controllate/tot. Tagli cesarei eseguiti nel 1° sem. 2013        | Da 100% a 80% = 100%<br>Da 80% a 60% = 805<br>Da 60% a 50% = 50%<br><50% = 0 |
| Implementazione della corretta Gestione dei Modelli Ministeriali NSIS da parte le Strutture Pubbliche e le Case di Cura temporaneamente accreditate. | 25   | Stesura di un manuale per la gestione del percorso dei flussi informativi sanitari NSIS | SI = 100%<br>No = 0                                                          |

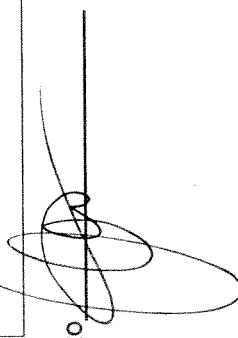


*[Handwritten signature]*

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

ME DEL

|                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                 |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Verifica dell'appropriatezza prescrittiva degli esami diagnostici per immagini (TAC e RMN) erogati in regime di specialistica ambulatoriale presso le strutture pubbliche e temporaneamente accreditate dell'ASL Napoli 3 Sud | 25 | N. esami controllati/tot. prescrizioni eseguite | Da 100% a 80% = 100%<br>Da 80% a 60% = 805<br>Da 60% a 50% = 50%<br><50% = 0 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

Il Valutato 

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora



OO.RR. Area stabiense

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                         | PESO | INDICATORI                                                                   | VALUTAZIONE                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Occupazione posti letto                                                                                     | 20   | Indice occupazione posti letto per ricoveri ordinari                         | >80% = 100%<br>da 80% a 70% = 80%<br>da 70% a 50% = 50%<br><50% = 0 |
| Complessità ricoveri                                                                                        | 20   | Differenza peso medio 2013/peso medio 2012 ricoveri ordinari per disciplina  | >5% = 100%<br>Da -5% a +5% = 80%<br><-5% = 50%                      |
| Appropriatezza ricoveri chirurgici                                                                          | 20   | Rispetto al 2012<br>N.ricoveri chirurgici/tot.Ricoveri per UU.OO chirurgiche | +20% = 100%<br>Dal 10% al 20% = 70%<br><10% = 0                     |
| Chiusura SSDDO entro 15 gg. dalla dimissione o dall'ultimo accesso e consegna in archivio                   | 20   | SSDDO consegnate in archivio/n.dimessi                                       | >95% = 100%<br>Dal 90% al 90% = 70%<br><90% = 0                     |
| Prime cure farmaceutiche<br>% ritiro farmaci I ciclo alla dimissione/utenti dimessi con prescrizione medica | 20   | % ritiro/n. dimessi con prescrizione                                         | Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0                                  |

Il valutato

Il valutatore



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

Data 21/05/2013

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Area Siderica  
U.O. C. Patologia clinica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                    | PESO | INDICATORI                                 | VALUTAZIONE                        |
|----------------------------------------|------|--------------------------------------------|------------------------------------|
| Monitoraggio rischio                   | 25   | Report trimestrali eventi avversi          | Si = 100%<br>No = 0                |
| Appropriatezza richieste               | 25   | N. totale referti esaminate<br>evidenziati | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Qualità prestazioni per utenti interni | 25   | Consegna referti<br>UU.OO. ospedaliere     | Entro 1 gg. = 100%<br><1 gg. = 0   |
| Qualità prestazioni per utenti esterni | 25   | Consegna referti punti prelievo            | Entro 3 gg. = 100%<br><3gg. = 0    |

Il valutato

Il valutatore

\_\_\_\_\_

21/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Area Siderica

U.O. C. Anatomia patologica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                          | PESO | INDICATORI                               | VALUTAZIONE                        |
|----------------------------------------------|------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                    | 40   | Consegna referti                         | Entro 5 gg. = 100%<br>< 5 gg. = 0  |
| Appropriatezza richieste                     | 30   | N. totale referti esaminati/n. richieste | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Stesura linee guida e unificazione procedure | 30   | Attuazione procedura unica centralizzata | Si = 100%<br>No = 0                |

Il valutato

*Carlo...*

24/05/2013

Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio Di Mario

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Ave Schiavone  
U.O. C. Radiologia

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                     | PESO | INDICATORI                                        | VALUTAZIONE                                   |
|---------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                               | 40   | N. giornate                                       | 1 giorno = 100%<br>2 giorni = 50%<br><50% = 0 |
| Appropriatezza richieste                                | 30   | N. totale referti esaminati e rilievi evidenziati | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0            |
| Stesura linee guida per miglioramento procedure interne | 30   | Elaborazione ed attuazione                        | Si = 100%<br>No = 0                           |

Il valutato

*Comandante*

21/05/2013

Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

# ASL NA 3 SUD

## OO.RR. Area nolana

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                         | PESO | INDICATORI                                                                   | VALUTAZIONE                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Occupazione posti letto                                                                                     | 20   | Indice occupazione posti letto per ricoveri ordinari                         | >80% = 100%<br>da 80% a 70% = 80%<br>da 70% a 50% = 50%<br><50% = 0 |
| Complessità ricoveri                                                                                        | 20   | Differenza peso medio 2013/peso medio 2012 ricoveri ordinari per disciplina  | >5% = 100%<br>Da -5% a +5% = 80%<br><-5% = 50%                      |
| Appropriatezza ricoveri chirurgici                                                                          | 20   | Rispetto al 2012<br>N.ricoveri chirurgici/tot.Ricoveri per UU.OO.chirurgiche | +20% = 100%<br>Dal 10% al 20% = 70%<br><10% = 0                     |
| Chiusura SSDDO entro 15 gg. dalla dimissione o dall'ultimo accesso e consegna in archivio                   | 20   | SSDDO consegnate in archivio/n.dimesi                                        | >95% = 100%<br>Dal 90% al 90% = 70%<br><90% = 0                     |
| Prime cure farmaceutiche<br>% ritiro farmaci I ciclo alla dimissione/utenti dimessi con prescrizione medica | 20   | % ritiro/n. dimessi con prescrizione                                         | Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0                                  |

Il valutato

Il valutatore

Data

20/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

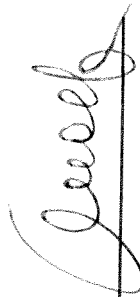
ASL NA 3 SUD

OO.RR.  
U.O. C. Patologia clinica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                    | PESO | INDICATORI                                 | VALUTAZIONE                        |
|----------------------------------------|------|--------------------------------------------|------------------------------------|
| Monitoraggio rischio                   |      | Report trimestrali eventi avversi          | Si = 100%<br>No = 0                |
| Appropriatezza richieste               | 25   | N. totale referti esaminate<br>evidenziati | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Qualità prestazioni per utenti interni | 25   | Consegna referti<br>UU OO ospedaliere      | Entro 1 gg. = 100%<br><1 gg. = 0   |
| Qualità prestazioni per utenti esterni | 25   | Consegna referti punti prelievo            | Entro 3 gg. = 100%<br><3gg. = 0    |

Il valutato



Il valutatore

---



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

ASL NA 3 SUD

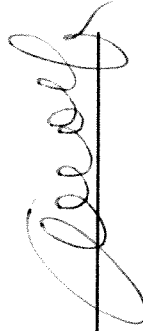
OO.RR.

U.O. C. Anatomia patologica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                          | PESO | INDICATORI                               | VALUTAZIONE                        |
|----------------------------------------------|------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                    | 40   | Consegna referti                         | Entro 5 gg. = 100%<br>< 5 gg. = 0  |
| Appropriatezza richieste                     | 30   | N. totale referti esaminati/n. richieste | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Stesura linee guida e unificazione procedure | 30   | Attuazione procedura unica centralizzata | SI = 100%<br>No = 0                |

Il valutato



Il valutatore

---



IL DIRETTORE GEN.  
Dott. Maurizio DA

ASL NA 3 SUD

OO.RR.  
U.O. C. Radiologia

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                     | PESO | INDICATORI                                        | VALUTAZIONE                                   |
|---------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                               | 40   | N. giornate                                       | 1 giorno = 100%<br>2 giorni = 50%<br><50% = 0 |
| Appropriatezza richieste                                | 30   | N. totale referti esaminati e rilievi evidenziati | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0            |
| Stesura linee guida per miglioramento procedure interne | 30   | Elaborazione ed attuazione                        | Si = 100%<br>No = 0                           |

Il valutato



Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Golfo vesuviano

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                         | PESO | INDICATORI                                                                   | VALUTAZIONE                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Occupazione posti letto                                                                                     | 20   | Indice occupazione posti letto per ricoveri ordinari                         | >80% = 100%<br>da 80% a 70% = 80%<br>da 70% a 50% = 50%<br><50% = 0 |
| Complessità ricoveri                                                                                        | 20   | Differenza peso medio 2013/peso medio 2012 ricoveri ordinari per disciplina  | >5% = 100%<br>Da -5% a +5% = 80%<br><-5% = 50%                      |
| Appropriatezza ricoveri chirurgici                                                                          | 20   | Rispetto al 2012<br>N.ricoveri chirurgici/tot.Ricoveri per UU.OO.chirurgiche | +20% = 100%<br>Dal 10% al 20% = 70%<br><10% = 0                     |
| Chiusura SSDDO entro 15 gg. dalla dimissione o dall'ultimo accesso e consegna in archivio                   | 20   | SSDDO consegnate in archivio/n.dimessi                                       | >95% = 100%<br>Dal 90% al 90% = 70%<br><90% = 0                     |
| Prime cure farmaceutiche<br>% ritiro farmaci I ciclo alla dimissione/utenti dimessi con prescrizione medica | 20   | % ritiro/n. dimessi con prescrizione                                         | Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0                                  |

Il valutato

Il valutatore

Data 26.05.2013



*[Signature]*

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

ASL NA 3 SUD

OO.RR.

U.O. C. Patologia clinica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                    | PESO | INDICATORI                                 | VALUTAZIONE                                   |
|----------------------------------------|------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Monitoraggio rischio                   | 25   | Report trimestrali eventi avversi          | Si = 100%<br>No = 0                           |
| Appropriatezza richieste               | 25   | N. totale referti esaminate<br>evidenziati | rilievi<br>Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Qualità prestazioni per utenti interni | 25   | Consegna referti<br>UU OO ospedaliere      | alle<br>Entro 1 gg. = 100%<br><1 gg. = 0      |
| Qualità prestazioni per utenti esterni | 25   | Consegna referti punti prelievo            | Entro 3 gg. = 100%<br><3gg. = 0               |

Il valutato

*[Signature]*

Il valutatore

26.05.2013

*[Signature]*



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

ASL NA 3 SUD

OO.RR.

U.O. C. Anatomia patologica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                          | PESO | INDICATORI                               | VALUTAZIONE                        |
|----------------------------------------------|------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                    | 40   | Consegna referti                         | Entro 5 gg. = 100%<br>< 5 gg. = 0  |
| Appropriatezza richieste                     | 30   | N. totale referti esaminati/n. richieste | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Stesura linee guida e unificazione procedure | 30   | Attuazione procedura unica centralizzata | Sì = 100%<br>No = 0                |

Il valutato



Il valutatore

\_\_\_\_\_

21.05.2013



IL DIRETTORE GEN.  
Dr. Maria...

**ASL NA 3 SUD**

**OO.RR.**

**U.O. C. Radiologia**

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                     | PESO | INDICATORI                                        | VALUTAZIONE                                   |
|---------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                               | 40   | N. giornate                                       | 1 giorno = 100%<br>2 giorni = 50%<br><50% = 0 |
| Appropriatezza richieste                                | 30   | N. totale referti esaminati e rilievi evidenziati | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0            |
| Stesura linee guida per miglioramento procedure interne | 30   | Elaborazione ed attuazione                        | Si = 100%<br>No = 0                           |

Il valutato



24.05.2013

Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Penisola sorrentina

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                         | PESO | INDICATORI                                                                   | VALUTAZIONE                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Occupazione posti letto                                                                                     | 20   | Indice occupazione posti letto per ricoveri ordinari                         | >80% = 100%<br>da 80% a 70% = 80%<br>da 70% a 50% = 50%<br><50% = 0 |
| Complessità ricoveri                                                                                        | 20   | Differenza peso medio 2013/peso medio 2012 ricoveri ordinari per disciplina  | >5% = 100%<br>Da -5% a +5% = 80%<br><-5% = 50%                      |
| Appropriatezza ricoveri chirurgici                                                                          | 20   | Rispetto al 2012<br>N.ricoveri chirurgici/tot.Ricoveri per UU OO chirurgiche | +20% = 100%<br>Dal 10% al 20% = 70%<br><10% = 0                     |
| Chiusura SSDDO entro 15 gg. dalla dimissione o dall'ultimo accesso e consegna in archivio                   | 20   | SSDDO consegnate in archivio/n.dimessi                                       | >95% = 100%<br>Dal 90% al 90% = 70%<br><90% = 0                     |
| Prime cure farmaceutiche<br>% ritiro farmaci I ciclo alla dimissione/utenti dimessi con prescrizione medica | 20   | % ritiro/n. dimessi con prescrizione                                         | Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0                                  |

Il valutato

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amico

ASL NA 3 SUD

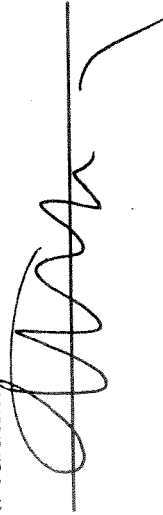
OO.RR.

U.O. C. Patologia clinica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                    | PESO | INDICATORI                                 | VALUTAZIONE                                  |
|----------------------------------------|------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Monitoraggio rischio                   | 25   | Report trimestrali eventi avversi          | SI = 100%<br>No = 0                          |
| Appropriatezza richieste               | 25   | N. totale referti esaminate<br>evidenziati | rilevi<br>Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Qualità prestazioni per utenti interni | 25   | Consegna referti<br>UU.OO.ospedaliere      | Entro 1 gg. = 100%<br><1 gg. = 0             |
| Qualità prestazioni per utenti esterni | 25   | Consegna referti punti prelievo            | Entro 3 gg. = 100%<br><3gg. = 0              |

Il valutato,



Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERAL  
Dott. Maurizio D'Amore

ASL NA 3 SUD

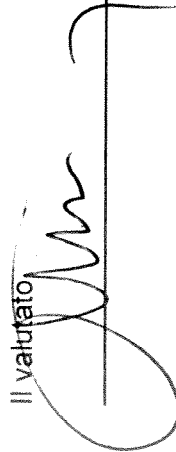
OO.RR.

U.O. C. Anatomia patologica

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                          | PESO | INDICATORI                               | VALUTAZIONE                        |
|----------------------------------------------|------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                    | 40   | Consegna referti                         | Entro 5 gg. = 100%<br>< 5 gg. = 0  |
| Appropriatezza richieste                     | 30   | N. totale referti esaminati/n. richieste | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0 |
| Stesura linee guida e unificazione procedure | 30   | Attuazione procedura unica centralizzata | Si = 100%<br>No = 0                |

Il valutato



Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio Di Biase

**ASL NA 3 SUD**

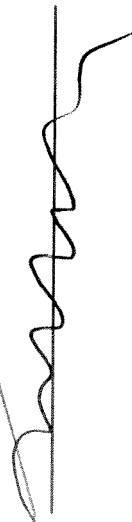
**OO.RR.**

**U.O. C. Radiologia**

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                     | PESO | INDICATORI                                        | VALUTAZIONE                                   |
|---------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Riduzione tempi di attesa                               | 40   | N. giornate                                       | 1 giorno = 100%<br>2 giorni = 50%<br><50% = 0 |
| Appropriatezza richieste                                | 30   | N. totale referti esaminati e rilievi evidenziati | Dal 100% al 80% = 100%<br><80% = 0            |
| Stesura linee guida per miglioramento procedure interne | 30   | Elaborazione ed attuazione                        | Si = 100%<br>No = 0                           |

Il valutato



Il valutatore

\_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora



## Dipartimento Farmaceutico

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| Obiettivi Specifici                                                                                                                                        | Peso | Indicatori                                                                                                                                                                                                                                                                        | Valutazione                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monitoraggio sull'uso dei farmaci della classe antimicrobici sistemici "J". Monitoraggio delle prescrizioni di sartani.                                    | 20   | Invio reports trimestrali relativo all'attività di controllo svolto dalle Commissioni distrettuali.                                                                                                                                                                               | 4 report = 100%<br>tra 3 e 4 report = 70%<br>< 2 report = 0                                      |
| Monitoraggio delle prescrizioni e utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci biologici pervenute alla struttura.                                 | 20   | Reports trimestrali da inviare alla Direzione sanitaria ospedaliera, al Nucleo Appropriatezza farmaceutica aziendale (tramite DIF)                                                                                                                                                | 4 report = 100%<br>tra 3 e 4 report = 70%<br>< 2 report = 0                                      |
| Controllo della corretta applicazione di quanto previsto della nota AIFA 13 e del decreto regionale 133/2012. Monitoraggio delle schede di appropriatezza. | 20   | Monitoraggio delle prescrizioni dei principi attivi di cui ai decreti 133/2012 – 55/2011 – 56/2011 e invio reports ai Distretti per la valutazione di appropriatezza e raggiungimento degli obiettivi fissati dai su indicati decreti                                             | 4 report = 100%<br>tra 3 e 4 report = 70%<br>< 2 report = 0                                      |
| Intensificazione dei controlli sulla prescrizione dei farmaci relativi all'appropriatezza clinica e farmaceutica                                           | 20   | Utilizzo di richieste motivate, pervenute da parte dei reparti e/o UU.OO. degli ospedali, valutazione delle stesse rispetto alla dispensazione di farmaci ad alto costo. In particolar modo controlli sulle prescrizioni per la profilassi antibiotica per-operatoria (D.15/2009) | 100% = 100%<br>da 99% a 80% = 80%<br><80% = 0                                                    |
| Gestione razionale di farmaci                                                                                                                              | 20   | Programmazione della preparazione dei farmaci personalizzati con l'utilizzo dei residui giornalieri con l'eventuale economia nella preparazione delle varie terapie                                                                                                               | Economia del 34% = 100%<br>Economia del 28% = 80%<br>Economia del 20% = 60%<br>Economia <20% = 0 |

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

Il Valutato \_\_\_\_\_

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Golfo vesuviano  
Direzione amministrativa

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                            | PESO | INDICATORI                                                                                                                           | VALUTAZIONE                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Miglioramento qualità dei rapporti Area amministrativa/Area sanitaria                                          | 40   | N .incontri interfunzionali/n. verbali                                                                                               | Almeno 2 incontri mensili = 100%<br><2 incontri = 0 |
| Verifica e monitoraggio cassa economale                                                                        | 20   | N.report trimestrali da consegnare alla D.S.dell'ospedale entro la fine del mese successivo al trimestre in questione                | n.4 report = 100%<br><4 report = 0                  |
| Gestione del personale e monitoraggio costi riferiti agli istituti contrattuali relativi al rapporto di lavoro | 40   | N.report trimestrali da consegnare alla D.A. aziendale e al Servizio GRU entro la fine del mese successivo al trimestre in questione | n.4 report = 100%<br><4 report = 0                  |

Il valutato

Il valutatore

Data

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Salvatore P. Piro



*[Handwritten signature]*

32

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Area nolana  
Direzione amministrativa

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                            | PESO | INDICATORI                                                                                                                           | VALUTAZIONE                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Miglioramento qualità dei rapporti Area amministrativa/Area sanitaria                                          | 40   | N .incontri interfunzionali/n. verbali                                                                                               | Almeno 2 incontri mensili = 100%<br><2 incontri = 0 |
| Verifica e monitoraggio cassa economale                                                                        | 20   | N.report trimestrali da consegnare alla D.S.dell'ospedale entro la fine del mese successivo al trimestre in questione                | n.4 report = 100%<br><4 report = 0                  |
| Gestione del personale e monitoraggio costi riferiti agli istituti contrattuali relativi al rapporto di lavoro | 40   | N.report trimestrali da consegnare alla D.A. aziendale e al Servizio GRU entro la fine del mese successivo al trimestre in questione | n.4 report = 100%<br><4 report = 0                  |

Il valutato

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Salvatore Pizzuro

32

ASL NA 3 SUD

OO.RR. Penisola sorrentina  
Direzione amministrativa

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                            | PESO | INDICATORI                                                                                                                           | VALUTAZIONE                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Miglioramento qualità dei rapporti Area amministrativa/Area sanitaria                                          | 40   | N.incontri interfunzionali/n. verbali                                                                                                | Almeno 2 incontri mensili = 100%<br><2 incontri = 0 |
| Verifica e monitoraggio cassa economale                                                                        | 20   | N.report trimestrali da consegnare alla D.S.dell'ospedale entro la fine del mese successivo al trimestre in questione                | n.4 report = 100%<br><4 report = 0                  |
| Gestione del personale e monitoraggio costi riferiti agli istituti contrattuali relativi al rapporto di lavoro | 40   | N.report trimestrali da consegnare alla D.A. aziendale e al Servizio GRU entro la fine del mese successivo al trimestre in questione | n.4 report = 100%<br><4 report = 0                  |

Il valutato Emilio D'Almeida

Il valutatore [Signature]

Data



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Salvatore P. P. P.

[Signature]

77



ato Ngelo Madikane



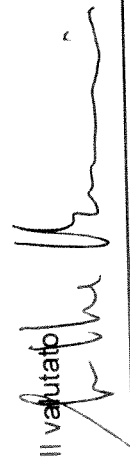
**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
*Dott. Salvatore Pignaro*

# Distretto sanitario N.34

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi del M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abbisognavoli di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato



Il valutatore


 IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Maurizio D'Amora



Data

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informativo                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abbisognavoli di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

Distretto sanitario N. 49

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                          | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                          | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale ( 3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio      | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                               | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celaci e abbinabili di ossigeno terapia                | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                         | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                 | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                   | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

*[Firma]*

Il valutatore

Data

21-05-2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Firma]*

Distretto sanitario N. 50

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                          | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informativo                                                                                          | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale ( 3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                               | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abbisognevole di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                         | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                 | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                   | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

*[Firma]*  
Data 21/05/2013

Il valutatore



*[Firma]*

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio Di Niro

Distretto sanitario N. 51

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                          | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informativo                                                                                          | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale ( 3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                               | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abbisognevole di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                         | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                 | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                   | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

*[Firma]*

Data

21/05/2013

Il valutatore



Distretto sanitario N. 52

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celaci e abissognevoli di ossigeno terapia             | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

Data

20/05/2013

ASL NA 3 SUD  
Torre del Greco  
Dott. Maurizio M. Ahora

ASL NA 3 SUD

Distretto sanitario N. 53

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                          | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informativo                                                                                          | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale ( 3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi del M.A.P.                                                                                                               | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abbisognavoli di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                         | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                 | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                   | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

Data

24-5-2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio Di Amora

Distretto sanitario N. 54

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi del M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine cellaci e abissognevoli di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

Data

Distretto sanitario N. 55

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abissognevoli di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

Data

28/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amico

Distretto sanitario N. 56

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi del M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadini celiaci e abbisognavoli di ossigeno terapia            | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

*[Firma]*

Il valutatore

Data 23.08.2013

*[Firma]*



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amore

Distretto sanitario N. 57

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                          | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                          | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale ( 3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                               | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celaci e abbisognevole di ossigeno terapia             | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                         | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                 | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                   | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

Data

23/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amico

*[Handwritten signature]*

Distretto sanitario N. 58

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi del M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abbinamento di ossigeno terapia              | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutato

Il valutatore

*Agnese Pardo*  
Data

Distretto sanitario N. 59

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket                                                                     | 20   | Numeri anomalie evidenziate sulla base della reportistica inviata dal Servizio Informatico                                                                                         | Modifica anomalie<br>Dal 90% al 100% = 100%<br><90% = 0    |
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                      | 20   | Definizione procedure – partecipazione riunioni con il Servizio Assistenza distrettuale per la predisposizione procedure attività distrettuali con cadenza quadrimestrale (3/anno) | >2 incontri = 100%<br>< 2 incontri = 0                     |
| Campagna vaccinale antinfluenzale anno 2013/2014. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.     | 15   | % di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.                                                                                                              | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Predisposizione procedure informatiche assistenza ai cittadini e cittadine celaci e abissognevoli di ossigeno terapia             | 15   | Messa a regime delle procedure informatiche                                                                                                                                        | Dal 70% al 100% = 100%<br>Dal 60% al 70% = 50%<br><60% = 0 |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto                                                                                    | 15   | Reclutamento del 40% target annuale                                                                                                                                                | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 60% a 80% = 50%<br><60% = 0     |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione varie tipologie di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti | 15   | N. controlli eseguiti su singoli prescrittori sulla base della reportistica inviata dal Dipartimento farmaceutico                                                                  | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 50%<br><50% = 0     |

Il valutatore

*[Firma]*

23.05.13

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amico

*[Firma]*

## Dipartimento di Salute mentale

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

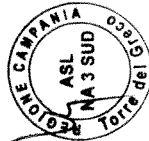
| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                    | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                                | VALUTAZIONE                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contenimento della spesa assistenziale promuovendo azioni finalizzate alla riduzione dei ricoveri presso strutture temporaneamente accreditate                                                                         | 10   | Decremento giornate di degenza/2012 .<br>Assegnazione dell'obiettivo alle UU.OO.S.M. secondo la media ponderata dei ricoveri dipartimentali                                                               | Riduzione 5% = 100%<br>Riduzione 3% = 50%<br>Riduzione < 3% = 0                                                                                                    |
| Miglioramento della presa in carico degli utenti inseriti nelle Comunità terapeutiche ( CT). Elaborazione e monitoraggio dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI)                                    | 20   | Report trimestrale utenti inseriti in CT con PTRI aggiornati                                                                                                                                              | N° 4 report = 100%<br>N° 3 report = 75%<br>N° 2 report = 50%<br>< 2 report = 0                                                                                     |
| Miglioramento della qualità e appropriatezza terapeutica mediante la presa in carico dell' équipe multidisciplinare dedicata, per pazienti complessi, con la completa registrazione degli utenti nella piattaforma HTH | 20   | A) % utenti in carico alle UU.OO.S.M. per i quali è stato elaborato il PTRI multidisciplinare<br>B) Attività formativa e supervisione dei casi                                                            | A) Da 10% a 8% = 100%<br>Da 7% a 5% = 50%<br>< 5% = 0<br>B) Da 10 a 8 incontri formativi = 100%<br>Da 8 a 5 incontri formativi = 50%<br>< 5 incontri formativi = 0 |
| Miglioramento appropriatezza prescrittiva e organizzativa dei Centri prescrittori del DSM                                                                                                                              | 20   | Monitoraggio prescrizioni antipsicotici di seconda generazione con la redazione di report quadrimestrali secondo lo schema del registro Li.T con diagnosi codificata                                      | N° 3 report = 100%<br>N° 2 report = 50%<br>N° 1 report = 0                                                                                                         |
| Definizione dei fattori quali – quantitativi per la validazione operativa delle Linee guida dipartimentali per le tre macroaree: centro di salute mentale, residenzialità e semiresidenzialità                         | 30   | A) N° incontri gruppo di lavoro per l'individuazione dei fattori da sperimentare<br>B) Report analitico sulla applicazione sperimentale, nel II semestre 2013, dei fattori per ognuna delle tre macroaree | A) N° 3 incontri al 30 giugno = 50%<br>N° 2 incontri al 30 giugno = 25%<br>< 2 incontri = 0<br>B) N° 3 report = 50%<br>N° 2 report = 25%<br>N° 1 report = 0        |

Il valutato

Il valutatore

Data

31-05-13


 IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Maurizio D'Amora

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD**  
**Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio di "Igiene e Medicina del Lavoro"**

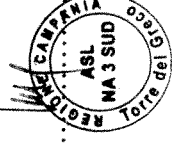
| OBIETTIVI                                                                                                                                                                                                                                                   | PESO | INDICATORI                                                                                                              | VALUTAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Inchieste Infortuni(area verde)<br>-inchieste malattie professionali                                                                                                                                                                                       | 25   | -Evasione di tutte le segnalazioni dei medici competenti e conclusione di tutte le deleghe.                             | Evasione di tutte le richieste obiettivo 100%<br>dal 75% al 99%= obiettivo 75%<br>dal 50% al 74% = obiettivo 50%                                                                                                                                                        |
| Vigilanza per la sicurezza nei cantieri temporanei mobili.<br>Incremento + 10% rispetto al 2012                                                                                                                                                             | 25   | Almeno 220 ispezioni cantieri in edilizia.                                                                              | 220 ispezioni = obiettivo 100%<br>Da 160 a 220 isp. = obiettivo 75%<br>Da 100 a 149 isp. = obiettivi 50%                                                                                                                                                                |
| vigilanza nelle imprese del settore industrie e servizi e valutazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria.<br>Valutazione e pareri ex art. 63,65,67 del D.Lgs 81/08.<br>Ricorsi avversi ex art. 41 del D.Lgs 81/08<br>Incremento +10% rispetto al 2012 | 20   | Accesso presso almeno 55 unita' locale<br>Evasione di tutte le richieste pareri art 41-63-65-67 del D.Lgs 81/08 e s.m.i | Accesso presso 55 unita' Locali e valutazione di tutte le richieste pareri ex art 63-65-67 e ricorsi avversi =obiettivo 100%<br>Da 45 a 55 + tutti i pareri=obiettivo 80%<br>Da 35 a 45 + tutti i pareri= obiettivo 60%<br>Da 25 a 35 + tutti i pareri = obiettivo 50%, |
| Valutazione dei piani di bonifica amianto, in misura minima del 90% dei piani pervenuti al SIML                                                                                                                                                             | 25   | Valutazione del 90% dei piani di bonifica                                                                               | Valutazione 90% dei piani di bonifica amianto = obiettivo 100%<br>dal 70% al 89% dei piani = obiettivo 75%<br>dal 50% al 69% dei piani = obiettivo 50%                                                                                                                  |
| Informazione/formazione ai lavoratori, rivenditori, utilizzatori di fitofarmaci, in collaborazione con Regione e SIAN                                                                                                                                       | 05   | Formazione di rivenditori e lavoratori                                                                                  | Evasione di tutte le richieste inoltrate dalla Regione Campania,obiettivo 100%<br>Dal 75% al 99% delle richieste = obiettivo 75%<br>Dal 50% al 74% delle richieste = obiettivo 50%                                                                                      |

I Direttori dei Servizi "Igiene e Medicina del Lavoro": Dr. Alfonso Alfano

Dr. Alfonso Cirillo

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora



IL DIRETTORE GENERALE  
**Dott. Maurizio D'Amora**

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

## Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio di "Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro"

| OBIETTIVI                                                                                                | PESO | INDICATORI                                                                               | VALUTAZIONE                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Accesso presso le unità locali sul territorio                                                            | 25   | Accesso presso unità locali sul territorio di competenza                                 | 50 unità = 100%<br>da 35 a 49 = 75%<br>da 15 a 34 = 50%                            |
| Misure per la sicurezza nei cantieri temporanei e mobili                                                 | 20   | Accesso a Cantieri edili                                                                 | 250 cantieri = 100%;<br>da 190 a 249 cantieri = 75%<br>da 125 a 190 cantieri = 50% |
| Inchieste infortuni inoltrate al Servizio dalle AA.GG.                                                   | 15   | Conclusione di tutte le deleghe inoltrate al Servizio dalle AA.GG.                       | n. Deleghe 100 = 100%<br>n. Deleghe 75a 99 = 75%<br>n. 50 a 74 Deleghe = 50%       |
| Verifiche periodiche di macchine attrezzature e impianti (Intero territorio ASL NA Area azzurra e verde) | 30   | verifiche periodiche di legge                                                            | n. 1000 = 100%<br>da 750 al 999 = 75%<br>da 250 a 499 = 50%                        |
| Formazione dei rivenditori ed utilizzatori dei fitofarmaci                                               | 5    | In collaborazione con la regione Campania ed il S.I.A.N. del dipartimento di prevenzione | 30 corsi = 100%<br>da 16 a 29 = 75 %<br>da 5 a 15 = 50%                            |
| Commissione Tecnica REACH Regione Campania                                                               | 5    | n° 40 riunioni Commissione Regionale Ispettiva REACH 100%                                | 40 Riunione = 100%<br>30 Riunioni = 75%<br>da 10 a 20 Riunioni = 50%               |

Il Direttore del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro" ff :

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano.....

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora.....



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Handwritten signature]*

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

## Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio "Igiene e Sanità Pubblica"

| OBIETTIVI                                                                                                                                                | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                                                     | VALUTAZIONE                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività di vigilanza e controllo sulle industrie insalubri, come da elenco riportato nel D.M. 05 settembre 1994.                                        | 20   | verifica check lists utilizzate nell'attività di vigilanza e controllo dalle UU.OO.P.C., agli atti del SISP.                                                                                                                   | Verifiche 98 - 100% Pun. 100%<br>Verifiche 97 - 95% Pun. 70%<br>Verifiche 94 - 90% Pun. 50%<br>Verifiche < 90% Pun. 0% |
| Attività di vigilanza e controllo sulle piscine, ai sensi del DGRC 2088/04.                                                                              | 20   | Attività di vigilanza e controllo sui requisiti delle piscine, insistenti sul territorio di competenza della ASL NA 3 sud, mediante apposita check-list                                                                        | contr. 98 - 100% Pun. 100%<br>contr. 97 - 95% Pun. 70%<br>contr. 94 - 90% Pun. 50%<br>contr. < 90% Pun. 0%             |
| Attività di vigilanza e controllo acque destinate al consumo umano, espletata ai sensi del D.Lgs 31/01 alle attività alimentari, di concerto con il SIAN | 20   | Attività di vigilanza e controllo su campioni di acqua distribuita da industrie alimentari del territorio della ASL NA 3 sud, eseguiti da personale delle UOPC, e di concerto con il SIAN.                                     | Controlli 98 - 100% Pun. 100%<br>Controlli 97 - 95% Pun. 70%<br>Controlli 94 - 90% Pun. 50%<br>Controlli < 90% Pun. 0% |
| Attività di vigilanza e controllo delle acque destinate al consumo umano, ai sensi del D.Lgs. 31/01 e ss.mm.ii                                           | 30   | Attività di vigilanza e controllo delle acque destinate al consumo umano, mediante controlli di routine e di verifica dell'attività di campionamento annuo secondo la frequenza minima stabilita nella programmazione annuale. | Controlli 95 - 100% Pun. 100%<br>Controlli 80 - 94% Pun. 70%<br>Controlli 50 - 79% Pun. 50%<br>Controlli < 50% Pun. 0% |
| Partecipazione a n. 10 giornate formative.                                                                                                               | 10   | Partecipazione a n. 10 giornate formative per singolo Dirigente e TPAL.                                                                                                                                                        |                                                                                                                        |

Il Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica : Dr. Alfonso Ciniglio .....

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano.....

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora.....



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Handwritten signature]*

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

## Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio di "Epidemiologia e Prevenzione"

| OBIETTIVI                                                                                                                                                 | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                       | VALUTAZIONE                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordinamento, gestione, promozione, monitoraggio dello screening del cancro del colon retto.<br>Implementazione screening distretti 53-54-55-56-57-58-59 | 30   | Dati di attività: report annuale n. distretti che avviano lo screening                                                                                                                           | Avvio screening in 8 ds. = 100%<br>" " " 6-7 ds. = 75%<br>" " " 4-5 ds. = 50%<br>" " " 2-3 ds. = 25% |
| Gestione Registro Nominativo delle cause di morte.                                                                                                        | 15   | Attribuzione codici ICD9<br>Schede anno 2011                                                                                                                                                     | Tutte le schede = 100%<br>da 80% a 89% = 80%<br>da 50% a 79% = 50%<br>< 50% = 25%                    |
| Implementazione dell'indagine campionaria di popolazione PASSI 2013 (sullo stato di salute, sugli stili di vita e sull'utilizzo dei servizi).             | 5    | Effettuazione indagine 2013.                                                                                                                                                                     | Tutte interviste = 100%<br>da 80% a 89% = 80%<br>da 50% a 79% = 50%<br>< 50% = 25%                   |
| Coordinamento e promozione vaccinazioni nell'infanzia e campagna vaccinazione antinfluenzale.                                                             | 5    | Analisi dati anni precedenti.<br>-Atti Report andamento attività vaccinali dell'infanzia 2012 e campagna antinfluenzale 2012-2013.<br>-Atti di programmazione campagna antinfluenzale 2013-2014. | Report anni precedenti si = 100%<br>Report anni precedenti no = 0%                                   |
| Coordinamento attività di sorveglianza e profilassi malattie infettive: raccolta ed analisi dati.                                                         | 15   | Report anno 2012                                                                                                                                                                                 | Report anno 2012 si = 100%<br>Report anno 2012 no = 0%                                               |

I Direttori dei Servizi Epidemiologia e Prevenzione : Dr Raffaele Palombino

Dr. Francesco Giugliano

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano.....

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora.....



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Handwritten signature]*

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

## Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio di "Igiene degli Alimenti e Nutrizione"

| OBIETTIVI                                                                                                                                                                                                                                                                        | PESO | INDICATORI                                                                                                | VALUTAZIONE                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Programmazione controlli ufficiali sulle attività alimentari (ispezioni in sorveglianza con categorizzazione), con priorità sulle imprese dedite alla ristorazione pubblica e collettiva, produzione e commercializzazione all'ingrosso nonché nuovi insediamenti produttivi.    | 20   | Atti relativi alla verifica e controllo della documentazione inviata dalle UU.OO.PP.C.<br>Report attività | 12 report mensili = 100%<br>da 9 a 11 = 75%<br>da 6 a 8 = 50%                           |
| Programmazione piano di monitoraggio su matrici vegetali e bevande ai sensi del PRI: Ricerca contaminanti chimici, fisici, biologici, OGM.                                                                                                                                       | 20   | Predisposizione piano e valutazione trimestrale attività UU.OO.PP.C.<br>Report                            | 4 report trimestrali = 100%<br>3 report trimestrali = 75%<br>2 report trimestrali = 50% |
| Prodotti fitosanitari per l'agricoltura: Corso di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari per l'agricoltura, con esame finale. Controllo di tutte le rivendite di prodotti fitosanitari per l'agricoltura con utilizzo Check List.                                   | 20   | Vigilanza c/o tutte le 68 rivendite di fitosanitari.<br>Atti relativi ai Corsi<br>Report.                 | Verifica delle 68 rivendite = 100%<br>da 67 a 40 = 75%<br>da 39 a 10 = 50%              |
| Sistema Nazionale di Sorveglianza sui rischi comportamentali nei giovani in età 6-17 anni: Okkio alla salute                                                                                                                                                                     | 15   | Report, evento divulgazione dati                                                                          | Report finale, con attività Complete = 100%<br>Report con attività parziali = 50%       |
| Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati, con evasione di tutte le richieste. Effettuazione di n.6 moduli formativi rivolti agli addetti alla ristorazione collettiva differenziata (DGRC 2163/2007)                                                | 15   | Atti dell'attività.<br>Report                                                                             | n. 6 corsi addetti ristorazione collettiva da 3 a 5 < 3<br>= 100%<br>= 75%<br>= 50%     |
| Informazione e controllo utilizzo sale contenente iodio. Diffusione materiale informativo in collaborazione con le UU.OO.PP.C. Controllo utilizzo sale iodato presso punti di preparazione pasti per le mense scolastiche e grossi centri di commercializzazione n.40 verifiche. | 10   | Atti dell'attività.<br>Report                                                                             | 40 verifiche da 39 a 20 < 19<br>= 100%<br>= 75%<br>= 50%                                |

Il Direttori dei Servizi "Igiene degli Alimenti e Nutrizione": Dr. Silvestre Principato ..... Dr. Ivan La Rocca .....

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano.....

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora.....



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Handwritten signature]*

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

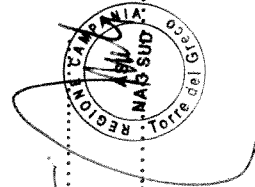
## Obiettivi Aziendali anno 2013 Servizio di "Sanità Animale"

| OBIETTIVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PESO | INDICATORI                                                                                                                   | VALUTAZIONE                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantenimento dell'accreditamento del 100 % delle aziende suine presenti sul territorio ai fini della Malattia Vescicolare (MVS) ai sensi della Decisione della Commissione 779/2005/CE relativa a talune misure sanitarie di protezione contro la malattia vescicolare dei suini in Italia e della Circ. del Ministero della Salute prot.DGSA.III/1472/P- del 17.01. 2012                                                                                            | 25   | N° allevamenti controllabili/controllati<br>Dati SIGLA - OEVR<br>Due verifiche/anno                                          | All. contr. 98 -100% Pun. 100%<br>All. contr. 97 - 95% Pun. 70%<br>All. contr. 94 - 90% Pun. 50%<br>All. contr. < 90% Pun. 0% |
| Mantenimento della qualifica di ufficialmente indenni da tubercolosi e brucellosi ed indenni da leucosi di tutti gli allevamenti bovini e bufalini già in qualifica e raggiungimento della qualifica per quelli non ancora risanati, mediante il controllo del 100 % delle aziende e dei capi presenti<br>Mantenimento / Raggiungimento della qualifica di Ufficialmente indenne da BRC degli allevamenti ovi-caprini mediante il controllo del 100 % delle aziende. | 35   | Report BDN e SANAN<br>Dati SIGLA - OEVR<br>Verifica semestrale                                                               | All. contr. 98 -100% Pun. 100%<br>All. contr. 97 - 95% Pun. 70%<br>All. contr. 94 - 90% Pun. 50%<br>All. contr. < 90% Pun. 0% |
| Controlli sui Sistema di Identificazione e Registrazione degli animali (bovini – suini – ovi-caprini – equidi) con la compilazione di una Check List                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20   | Verifica in rete delle procedure di alimentazione della Banca dati.<br>Registrazioni controlli in BDN<br>Verifica semestrale | Controlli 98 -100% Pun. 100%<br>Controlli 97 - 95% Pun. 70%<br>Controlli 94 - 90% Pun. 50%<br>Controlli < 90% Pun. 0%         |
| Piano di monitoraggio sull'anagrafe dei cani padronali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 15   | N° ispezioni (mod. 5) inserite nel Sistema Informativo Regionale GISIA                                                       | Ispezioni 95 -100% Pun. 100%<br>Ispezioni 80 - 94% Pun. 70%<br>Ispezioni. 50 - 79% Pun. 50%<br>Ispezioni. < 50% Pun. 0%       |
| Registrazione in BDR delle colonie feline censite secondo procedure.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5    | Numero colonie feline registrate in BDR su quelle attive censite                                                             | Colonie reg.70-100% Pun. 100%<br>Colonie reg.69-50% Pun. 70%<br>Colonie reg.49-30% Pun. 50%<br>Colonie reg. < 30% Pun. 0%     |

Il Direttore del Servizio di Sanità Animale : Dr. Angelo Bisogno .....

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano.....

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora.....



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

## Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio di "Igiene degli Alimenti di Origine Animale"

| OBIETTIVI                                                                                                                                                          | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                                                               | VALUTAZIONE                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Audit per la verifica delle procedure adottate dalle imprese riconosciute per assicurare la sicurezza alimentare.                                                  | 20   | Esecuzione di n. 6 Audit negli stabilimenti riconosciuti di categoria di rischio 4 e 5. Rapporti finali.                                                                                                                                 | 6 Audit = 100%<br>da 4 a 6 = 75%<br>da 2 a 4 = 50%<br>da 0 a 2 = 25%                       |
| Ispezione delle carni negli stabilimenti di macellazione degli ungulati domestici.<br>Prelievo dei campioni programmati nel P.N.R. 2012 (Piano Nazionale Residui). | 20   | Esecuzione dei controlli ufficiali ante e post-mortem di tutti gli ungulati domestici macellati. Report annuale dei controlli ufficiali. Prelievo di tutti i campioni programmati dalla Regione Campania con relativi referti analitici. | Tutti i campioni = 100%                                                                    |
| Aggiornamento della categoria di rischio degli stabilimenti riconosciuti.                                                                                          | 20   | Compilazione ed inserimento in GISA delle Checklist relative agli stabilimenti riconosciuti la cui categorizzazione del rischio non risulta aggiornata nei termini prescritti.                                                           | Tutti = 100%                                                                               |
| Rendicontazione trimestrale delle prestazioni e delle entrate                                                                                                      | 20   | Trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione della scheda trimestrale di rilevazione delle prestazioni e delle entrate entro il giorno 20 del mese di aprile, luglio, ottobre e gennaio.                                  | 4 Schede = 100%<br>da 3 a 4 Schede = 75%<br>da 2 a 3 Schede = 50%<br>da 1 a 2 Schede = 25% |
| Trasmissione delle Schede AG 2 e AG 3 di tutti i Dirigenti Veterinari del Servizio entro il 31.01.2014.                                                            | 20   | Data del protocollo della nota di trasmissione delle schede alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione.                                                                                                                              | Invio delle schede AG 2 e AG 3 entro i termini = 100%                                      |

Il Direttore del Servizio "Igiene degli Alimenti di Origine Animale": Dr. Gennaro Del Franco *[Firma]*

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr. Francesco Giugliano *[Firma]*

Il Direttore Generale : Dr. Maurizio D'Amora.....



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Firma]*

# DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD

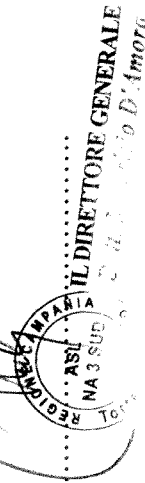
## Obiettivi Aziendali anno 2013 - Servizio di "Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche"

| OBIETTIVI                                     | PESO | INDICATORI                                                                                                                | VALUTAZIONE                                                            |
|-----------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| PIANO REGIONALE BENESSERE ANIMALE             | 50   | VERIFICA SEMESTRALE<br>ESPLETAMENTO DEL PIANO                                                                             | Completamento Piano = 100%<br>da 35% a 99% = 75%<br>da 34% a 15% = 50% |
| APPLICAZIONE<br>PIANO NAZIONALE ALIMENTAZIONE | 30   | VERIFICA SEMESTRALE COMPLETAMENTO DEL<br>CAMPIONAMENTO E DELLE ISPEZIONI<br>PREVISTE DAL PIANO CON INSERIMENTO IN<br>GISA | Completamento Piano = 100%<br>da 35% a 99% = 75%<br>da 34% a 15% = 50% |
| APPLICAZIONE PIANO NAZIONALE RESIDUI          | 20   | VERIFICA SEMESTRALE ATTUAZIONE DI TUTTI<br>I CAMPIONI ASSEGNATI DALLA REGIONE                                             | Tutti i campioni = 100%<br>da 35% a 99% = 75%<br>da 34% a 15% = 50%    |

Il Direttore del Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche : Dr. Paolo Annunziata .....

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr Francesco Giugliano.....

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora.....



*ASL*

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                  | PESO | INDICATORI                                                                                 | VALUTAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acquisizione e trasmissione flussi informativi                                                                                                                                                                                       | 25   | Dati trasmessi/dati ricevuti                                                               | Da 80% a 100% = 100%<br>Da 50% a 80% = 80%<br><50% = 0                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Elaborazione dati fatturati e prestazioni CTA e proiezioni delle date presuntive di esaurimento dei tetti di spesa per le diverse branche della specialistica                                                                        | 25   | Dati trasmessi/dati totali                                                                 | Da 90% a 100% = 100%<br>Da 50% a 89% = 70%<br><50% = 0                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Implementazione schede economiche di assegnazione spesa di budget C.d.R. aziendali                                                                                                                                                   | 25   | Grado di implementazione del processo                                                      | Assegnazione schede economiche e monitoraggio spesa a tutti i C.d.R. = 100%<br>Assegnazione schede economiche a tutti i C.d.R. = 50%<br>Non assegnazione = 0                                                                                                                                                                                |
| Pianificazione attività strategiche connesse agli obiettivi del Direttore Generale attraverso la elaborazione delle schede concordate con i Direttori di macrostruttura e consequenziale supporto al Nucleo di valutazione aziendale | 25   | A) % di collaborazione<br>B) N° incontri con i Direttori di macrostruttura /N° tot. C.d.R. | A) Collaborazione alla valutazione, raccolta dati ed analisi valutaz. di prima istanza = 100%<br>Raccolta dati ed analisi di prima istanza = 75%<br>Raccolta ed organizzazione dati = 50%<br>Mancato supporto = 0<br>B) 2 incontri x n° totale C.d.R./totale C.d.R. = 100%<br>1 incontro x n° totale C.d.R./totale C.d.R. = 50%<br><50% = 0 |

Il valutato

*Antonio De Stefano*  
Data 17/05/2013

Il valutatore

*[Signature]*  
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora



## Coordinamento Socio sanitario

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                             | PESO | INDICATORI                             | VALUTAZIONE                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Azione complessiva per promuovere in maniera omogenea, per tutti i Servizi interessati, l'adozione delle schede SVAMA quali strumenti indispensabili di riqualificazione e riordino della spesa | 25   | Applicazione scheda                    | Tutti i Distretti = 100%<br>50% dei Distretti = 50%<br>20% dei Distretti = 0       |
| Piano della trasparenza e dell'integrità Dlgs. 150/09 – Delibera aziendale n.58/12                                                                                                              | 25   | Censimento procedimento amministrativi | 100% risultato = 100%<br>50% risultato = 75%<br>25% risultato = 25%<br><25% = 0    |
| Monitoraggio del percorso scio sanitario – U.V.I. – di concerto con i Distretti                                                                                                                 | 25   | Casi trattati                          | Tutti i Distretti = 100%<br>50% dei Distretti = 50%<br>20% dei Distretti = 0       |
| Monitoraggio del sistema Lea Sociosan per tutte le P.U.A. distrettuali                                                                                                                          | 25   | % di schede inserite nel sistema       | Dal 75% al 100% = 100%<br>Dal 50% al 74% = 50%<br>Dal 25% al 49% = 25%<br><25% = 0 |

Il valutato

Il valutatore

*Antonio Jendrya*

Data 17/05/2013



*AK*

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

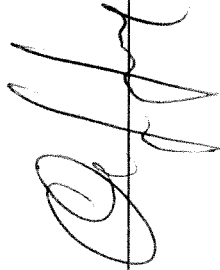
| Obiettivi Specifici                                                                                                      | Peso | Indicatori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valutazione                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività di consulenza per la Direzione e per gli altri Servizi                                                          | 25   | 1) N. pareri scritti/n.consulenze richieste per iscritto<br><br>2) N. problematiche sulle quali è stato reso il parere che sono sfociate in contenzioso/n.tot. dei pareri                                                                                                                                                                              | 1) $100\%/100\% = 100\%$<br>da $70\%$ a $99\%/100\%$<br>= $50\%$<br>< $70\% / 100\% = 0$<br><br>2) $100\%/100\% = 100\%$<br>da $70\%$ a $99\%/100\%$<br>= $50\%$<br>< $70\% / 100\% = 0$ |
| Gestione delle procedure relative al contenzioso finalizzate alla risoluzione attraverso procedimenti appropriati        | 25   | 1) Elaborazione protocolli procedurali d'intesa con i Servizi Aziendali, per la gestione di specifici filoni di contenzioso/n. tot. di filoni di contenzioso presi in considerazione<br><br>2) Relazioni-Comunicazioni relative a giudizi nei quali è prevedibile la soccombenza dell'Azienda/tot. dei giudizi in cui l'Azienda può essere soccombente | 1) $100\%/100\% = 100\%$<br>da $70\%$ a $99\%/100\%$<br>= $50\%$<br>< $70\% / 100\% = 0$<br><br>2) $100\%/100\% = 100\%$<br>da $70\%$ a $99\%/100\%$<br>= $50\%$<br>< $70\% / 100\% = 0$ |
| Incremento della costituzione in giudizio per i ricorsi in cui si ravvisa l'opportunità di non soccombenza per l'Azienda | 25   | N. di costituzioni in giudizio/n. di ricorsi totale in cui si ravveda la motivazione a costituirsi                                                                                                                                                                                                                                                     | Da $60\%$ a $100\%/100\%$<br>$100\%$<br>da $70\%$ a $99\%/100\%$<br>= $50\%$<br>< $70\% / 100\% = 0$                                                                                     |

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. ~~Antonio D'Amore~~

ASL  
NA 3 SUD  
REGIONE CAMPANIA

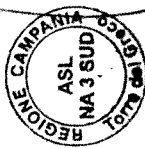
AD

|                                          |    |                                                                                    |                                                               |
|------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Evitare il ricorso agli avvocati esterni | 25 | N. incarichi esterni e interni/tot. giudizi in cui l'Azienda decide di costituirsi | 100%/100% = 100%<br>da 70% a 99%/100% = 50%<br><70% /100% = 0 |
|------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

Il Valutato 

Data \_\_\_\_\_

Il Valutatore \_\_\_\_\_

  
  
 IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Maurizio D'Amore



# ASL NA 3 SUD

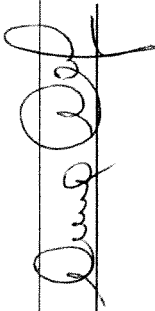
## Servizio GRU

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

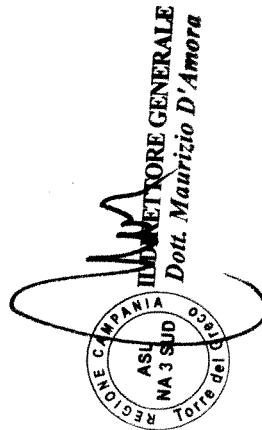
| Obiettivi Specifici                                                                                                                                                                                                                             | Peso | Indicatori                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valutazione                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Redazione della Carta del Servizio GRU nel rispetto del crono programma delle attività.                                                                                                                                                         | 20   | <p>Crono programma attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30/04/2013 mappatura dei processi</li> <li>- 30/09/2013 predisposizione bozza della Carta del Servizio</li> <li>- 31/12/2013 inoltro proposta di approvazione della Carta del Servizio</li> </ul> | <p>Rispetto crono programma al 31/12/2013 = 100%</p> <p>Rispetto crono programma al 30/09/2013 = 75%</p> <p>Rispetto crono programma al 30/04/2013 = 25%</p> |
| Revisione dei regolamenti aziendali in materia di incarichi dirigenziali, di gestione delle presenze e delle mobilità del personale a seguito dell'evoluzione normativa. Riduzione degli spazi per il contenzioso di lavoro                     | 20   | N ricorsi derivanti da procedimenti di gestione del personale / totale procedimenti                                                                                                                                                                                         | <p>Tra 100% e 70% riduzione contenzioso = 100%</p> <p>Tra 69% e 40% = 50% &lt;40% = 0</p>                                                                    |
| Attivazione dell'applicativo informatico di gestione delle procedure concorsuali, integrandolo con il sistema informatico di gestione del personale. Tracciabilità del flusso di informazioni e riduzione dei tempi di gestione delle procedure | 20   | N° procedure informatizzate/tot. procedure                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Tra 100% e 70% procedure informatizzate = 100%</p> <p>Tra 69% e 40% procedure informatizzate = 50% &lt;40% = 0</p>                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                     |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Integrazione dell'applicativo informatico di gestione delle presenze con il sistema informatico di gestione del personale.<br>Riduzione dei tempi di raccolta dati e di produzione report, miglioramento della qualità dei dati prodotti ai fini dell'assolvimento obblighi informativi verso altri Enti | 20 | N° flussi inviati senza errori / tot.flussi inviati | Tra 100% e 70% flussi corretti = 100%<br>Tra 69% e 40% flussi corretti = 50%<br><40% = 0 |
| Ricognizione degli incarichi dirigenziali e aggiornamento banca dati. Miglioramento della qualità dei flussi informativi erogati a supporto dell'organizzazione ai fini dell'attività di valutazione e dell'assolvimento obblighi informativi verso altri Enti                                           | 20 | N° flussi inviati senza errori / tot.flussi inviati | Tra 100% e 70% flussi corretti = 100%<br>Tra 69% e 40% flussi corretti = 50%<br><40% = 0 |

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Il Valutato 

Data \_\_\_\_\_





Servizio Affari Generali

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PESO | INDICATORI                                                                                                              | VALUTAZIONE                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Codici bianchi (decreto Commissario ad Acta n. 52 del 27/9/2012): assistenza alle strutture territoriali, mediante conenzione con Equitalia, per recupero crediti                                                                                                                                                                                                                    | 20   | N. interventi in assistenza, effettuati entro una settimana dalla richiesta/n. di strutture che richiedono assistenza   | 70% interventi/100% strutture = 100%<br>Tra 50% e 70% interventi/100% strutture = 70%<br>< 50% = 0                     |
| Dismissione fitti passivi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 20   | N° fitti dismessi                                                                                                       | 3 fitti dismessi = 100%<br>2 fitti dismessi = 70%<br>1 fitto dismesso = 50%<br>< 1 fitto dismesso = 0                  |
| Redazione convenzioni, contratti e protocolli d'intesa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 20   | N° atti redatti                                                                                                         | > 14 atti redatti = 100%<br>> da 10 a 14 atti redatti = 70%<br>> 10 atti redatti = 0                                   |
| Costante aggiornamento del repertorio dei contratti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20   | Tempi di registrazione di ciascun atto entro le 48 ore dalla sua sottoscrizione (media di circa 80 contratti annui)     | 100% = 100%<br>< 100% = 0                                                                                              |
| Verifica preventiva della regolarità contributiva (D.U.R.C.) da effettuarsi, prima della predisposizione degli atti di liquidazione a loro favore, a carico dei gestori delle utenze in rapporto con la Asl Napoli 3 sud per la fornitura di energia elettrica, gas ed acqua. Lo stesso controllo preventivo dovrà essere effettuato anche a carico delle compagnie di assicurazioni | 20   | Verifiche effettuate prima della liquidazione delle fatture /totale delle fatture pervenute al Servizio Affari Generali | 80% verifiche/100% fatture pervenute = 100%<br>Tra 50% e 70% verifiche/ 100% fatture pervenute = 70%<br>< 50%/100% = 0 |

Il valutato

Il valutatore



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*(Signature)*

*(Signature)*  
17/05/2013

## Servizio Gestione Tecnica ed Ottimizzazione dei Sistemi informatici

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                     | PESO | INDICATORI                                                     | VALUTAZIONE                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Completamento cablaggio LAN delle strutture costituenti il Lotto 2 sul territorio della ex Asl Napoli 4 | 30   | N° di strutture cablate                                        | Da 3 a più strutture = 100%<br>2 strutture = 90%<br>1 struttura = 50%<br><1 = 0                     |
| Sostituzione parziale ed integrazione del parco PC aziendale                                            | 20   | N° postazioni di lavoro installate                             | Installazione 100 postazioni di lavoro = 100%<br>Tra 80 e 100 0 90%<br>Tra 79 e 50 = 50%<br><50 = 0 |
| Predisposizione capitolato tecnico per la nuova gara del sistema informatico aziendale                  | 15   | Predisposizione atto di formalizzazione del capitolato tecnico | Pubblicazione determina                                                                             |
| Implementazione del nuovo servizio di Help desk hardware e software                                     | 15   | Aggiudicazione della gara                                      | Sostituzione del precedente servizio di help desk con quello previsto in gara                       |
| Informatizzazione delle liste di attesa per i ricoveri                                                  | 20   | N° UU.OO.CC. informatizzate                                    | N° 6 UU.OO.CC. informatizzate = 100%<br>N° 4 = 90%<br>N° 2 = 75%<br><2 = 0                          |

Il valutato

Il valutatore

Data

17/05/2013


 IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Maurizio Di Amora

# ASL NA 3 SUD

## U.O.S. Ispettiva sanitaria

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                         | VALUTAZIONE                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Verifica implementazione procedure connesse al triage nei PP.OO. non ancora completamente a regime | 30   | Verifica presupposti per l'implementazione del triage (contesto ambientale, applicazione procedura informatica, formazione del personale) /n. strutture verificate | Totale strutture verificate= 100%<br>Da 80% a 99% = 50%<br><80% = 0          |
| Attività ispettive su committenza della Direzione strategica                                       | 70   | N. incarichi ispettivi conclusi/totale incarichi assegnati                                                                                                         | Da 90% a 100% = 100%<br>Da 70% a 89% = 75%<br>Da 45% a 69% = 50%<br><45% = 0 |

Il valutato

Il valutatore

Data 17/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dot. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

# ASL NA 3 SUD

## Servizio di Medicina legale pubblica valutativa

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                    | PESO | INDICATORI                                                                                       | VALUTAZIONE                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Monitoraggio attività Commissioni invalidi civili                                                                                      | 10   | Riduzione tempi di attesa nell'arco di tre mesi                                                  | Dal 90% al 100% riduzione = 100%<br>Dal 70% al 90% riduzione = 50%<br>< 70% = 0 |
| Monitoraggio attività certificativa                                                                                                    | 20   | Uniformità e snellimento rilascio certificazioni adozioni e gravidanze a rischio                 | Dal 90% al 100% = 100%<br>Dal 70% al 90% = 50%<br>< 70% = 0                     |
| Monitoraggio attività medicina fiscale territoriale                                                                                    | 30   | Visite fiscali                                                                                   | Dal 90% al 100% = 100%<br>Dal 70% al 90% = 50%<br>< 70% = 0                     |
| Monitoraggio attività cause di servizio                                                                                                | 10   | Mantenimento dello standard (15 giorni)                                                          | Dal 90% al 100% = 100%<br>Dal 70% al 90% = 50%<br>< 70% = 0                     |
| Implementazione attività consultiva della Direzione strategica per valutazione capacità residua per lavoratori dipendenti ASL NA 3 Sud | 30   | Numero di atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e CTA | Da 75% a 100% = 100%<br>Da 50% a 75% = 50%<br>< 50% = 0                         |

Il valutato

*[Signature]*

Data

17/05/2013

Il valutatore



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio Di Amora

*[Signature]*

# ASL NA 3 SUD

## Servizio Gestione Economico Finanziaria

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                    | PESO | INDICATORI                                                                        | VALUTAZIONE                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Monitoraggio economico per il contenimento ed il controllo dei costi rispetto al budget                                | 40   | Predisposizione report periodici per misurazione costi sostenuti/budget assegnato | Reports trimestrali<br>n. 4 = 100%<br>n. 3 = 50%<br><3 = 0               |
| Equilibrio finanziario infrannuale, con evidenza delle criticità e dell'andamento della situazione debitoria pregressa | 30   | Confronto dei valori finanziari disponibili ed impegni assunti                    | Cash flow trimestrali<br>n. 4 = 100%<br>n. 3 = 50%<br><3 = 0             |
| Processo di imputazione dati da ordine/fattura ai centri di costo per contabilità analitica                            | 30   | Implementazione processo                                                          | Ordini/fatture<br>Da 100% a 70% = 100%<br>Da 70% a 50% = 50%<br><50% = 0 |

Il valutato

*[Signature]*

Il valutatore

Data 17/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

Servizio Assistenza ospedaliera

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                   | PESO | INDICATORI                                                    | VALUTAZIONE                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i pazienti affetti da SLA                                          | 20   | Realizzazione del percorso e pubblicazione sul sito aziendale | 100% = 100%<br><100% = 0                                                   |
| Manuale per pazienti con disfagia neurologica: approccio dietetico nutrizionale                                       | 20   | Realizzazione ed implementazione del manuale                  | 100% = 100%<br><100% = 0                                                   |
| Verifica e monitoraggio del rispetto del capitolato d'affidamento per la gestione esternalizzata delle postazioni 118 | 20   | Monitoraggio semestrale                                       | Dal 70% al 100% delle verifiche = 100%<br>Dal 50% al 70% = 50%<br><50% = 0 |
| Stesura e gestione documentazione sanitaria: cartella clinica e consenso informato                                    | 40   | Adeguatezza cartella clinica e consenso informato             | Elaborazione documentazione<br>Dal 50% al 70% = 100%<br><50% = 0           |

Il valutato

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

# Servizio Risk management

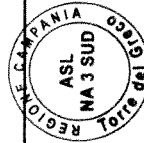
## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                    | VALUTAZIONE                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sicurezza pazienti. Diffusione ed applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali | 25   | Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO        | Elaborazione di procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità:<br>dal 50% al 100% di incontri formativi nelle macrostrutture aziendali per adozione procedura = 100%<br>< 50% incontri formativi = 0      |
| Gestione rischio clinico                                                          | 25   | Adozione Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a carico degli operatori sanitari | Elaborazione di procedura aziendale per la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari:<br>dal 50% al 100% di incontri formativi nelle macrostrutture aziendali per adozione procedura = 100%<br>< 50% incontri formativi = 0 |
| Struttura e gestione documentazione sanitaria                                     | 25   | Adeguatezza dello strumento cartella clinica e del consenso informato                         | Dal 50% al 100% della elaborazione della documentazione dei moduli specialistici = 100%<br>< 50% della elaborazione della documentazione dei moduli specialistici = 0                                                                              |
| Prevenzione infezioni ospedaliere                                                 | 25   | Gestione catetere venoso centrale. Adozione procedure nelle UU.OO. cliniche                   | Dal 50% al 100% dei PP.OO. che implementano la procedura con adozione di scheda di monitoraggio = 100%<br>< 50% PP.OO. = 0                                                                                                                         |

Il valutato Vigore Scat

Data 12/05/2013

Il valutatore \_\_\_\_\_



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Handwritten signature]*

Servizio Assistenza distrettuale

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                          | PESO | INDICATORI                                                                                       | VALUTAZIONE                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Omogeneizzazione procedure e protocolli attività distrettuali – monitoraggio                                                                 | 25   | Predisposizione atto deliberativo                                                                | Formalizzazione atto deliberativo = 100%<br>Non formalizzazione = 0 |
| Coordinamento della predisposizione procedure informatizzate assistenza ai cittadini e cittadine celiaci e abissognevoli di ossigeno-terapia | 25   | Trasmissione report semestrali alla Direzione sanitaria sul monitoraggio delle procedure in atto | 2 report/anno = 100%<br><2 report /anno = 0                         |
| Ottimizzazione procedura screening colon retto – monitoraggio stato dei lavori                                                               | 25   | Trasmissione report quadrimestrali (3/anno) alla Direzione sanitaria                             | 2/3 report/anno = 100%<br><2 report = 0                             |
| Monitoraggio attività prescrittiva MMG e PLS sulla prescrizione Varie tipologia di farmaci ai sensi dei Decreti regionali vigenti            | 25   | Trasmissione report quadrimestrali (3 / anno) alla direzione sanitaria                           | 2/3 report/anno = 100%<br><2 report = 0                             |

Il valutato

Il valutatore

Data

17/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amore

42

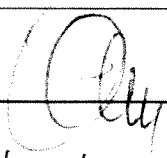


# ASL NAPOLI3 SUD

## Servizio di Psicologia Integrata della donna e del bambino

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                     | VALUTAZIONE                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Interventi per la prevenzione, psicodiagnosi e cura/tutela della salute degli adolescenti. Implementazione percorso di salute "disturbi psicopatologici dell'adolescenza"         | 20   | N. prestazioni effettuate per tipologia di prestazioni, per ambito e per attività              | Totale n. di adolescenti raggiunti/<br>n. di prestazioni              |
| Monitoraggio quali-quantitativo di prestazioni di assistenza psicologica attraverso:<br>a) scheda di rilevazione ad hoc e sua "messa a punto"<br>b) omogeneizzazione percorso CUP | 20   | Messa a regime della scheda di rilevazione e valutazione delle attività per ambito e tipologia | Dal 100% a 80% = 100%<br>Dal 80% al 50% = 50%<br>< 50% = 0            |
| Formazione psicologi su tematiche specialistiche cliniche e coordinamento tirocini psicologi UOMI                                                                                 | 20   | N. di risposte positive/ tot. domande somministrate                                            | n. di operatori formati/<br>n. di tirocini con determina dirigenziale |
| Consulenza psicologica genitoriale di valutazione in ambito giudiziario. Protocolli percorso adozione nazionale ed internazionale ed abuso e maltrattamenti                       | 20   | Implementazione protocolli                                                                     | n. valutazioni effettuate/ n. relazioni prodotte                      |
| Coordinamento e monitoraggio prestazioni di assistenza psicologica ADO/ADI                                                                                                        | 20   | N. di prestazioni effettuate per singolo Distretto                                             | Dal 100% a 80% = 100%<br>Dal 80% al 50% = 50%<br>< 50% = 0            |

Il Valutato 

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Data 17/05/2013

# LIQUIDAZIONE CONTENZIOSO LAVORO - OBIETTIVI 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI                                                                                                                                     | peso | INDICATORI                                                                            | VALUTAZIONE                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Raccolta e archiviazione dei titoli esecutivi e di ogni atto volto ad identificare con certezza la legittimità di quanto spettante                                  | 40   | File excel con indicazioni delle informazioni relative ai titoli esecutivi notificati | presente compl. = 100 %<br>presente non completo = 50 %<br>assente = 0%                   |
| Istruire accordi transattivi tra i procuratori antistatari titolari di titoli esecutivi e il Direttore Generale per favorire la riduzione del costo del contenzioso | 30   | presenza di accordi transattivi su totale procuratori                                 | istruttoria completa = 100 %<br>istruttoria incompleta = 50 %<br>istruttoria assente = 0% |
| Monitoraggio dell'economicità derivante dal processo di liquidazione                                                                                                | 30   | Produzione periodica di report grafici e tabelle relative alle performance            | 4 report = 100%<br>report = 50 %<br>report = 0%                                           |

data di accettazione \_\_\_\_\_

Il Dirigente

*[Signature]*  
17/05/2013

Il Direttore Generale



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amore

*[Signature]*

U.O.C. RELAZIONI CON IL PUBBLICO – OBIETTIVI 2013

| AREA                           | OBIETTIVI / FATTORI DI PRODUZIONE                                                    | INDICATORI                                                                                                                                   | STANDARD/VALUTAZIONE/Risultati attesi                                                                  |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 TUTELA                       | PROPOSTA NUOVO REGOLAMENTO ACCESSO ATTI                                              | Formalizzazione proposta e trasmissione alle UUOCC per la idonea valutazione                                                                 | Adozione Nuovo regolamento Accesso agli atti ASL Napoli 3 Sud<br>Si 100%<br>No 0%                      |
| 2 Ufficio del Titolare Privacy | ADOZIONE DOCUMENTO PER PIANO ATTIVITA' RISPETTO PRIVACY                              | Formalizzazione proposta e trasmissione documento a Direzione strategica                                                                     | Adozione Documento per piano attività rispetto Privacy<br>Si 100%<br>No 0%                             |
| 3 TRASPARENZA                  | TASSO DI ASSENZA U.O.C. RELAZIONI CON IL PUBBLICO                                    | Entro il Decimo giorno lavorativo del mese successivo.                                                                                       | X 12 mesi anno 100%                                                                                    |
| 4 TRASPARENZA                  | MONITORAGGIO TASSO DI ASSENZA ALTRE U.O.                                             | Monitoraggio                                                                                                                                 | Monitoraggio al Direttore ogni sei mesi , entro 30% entro il 12 giorno lavorativo del mese di gennaio. |
| 5 TRASPARENZA                  | PUBBLICAZIONI DETERMINAZIONI LINK                                                    | Rapporto tra determinazioni pubblicate nell'elenco delle determinazioni a cura UOC gabinetto e determinazioni pubblicate sul link specifico. | 100% determinazioni pubblicate ( standard anno 2012 n° 26)                                             |
| 6 TRASPARENZA                  | GESTIONE MONITORAGGIO PUBBLICAZIONE DETERMINE DISPOSIZIONE D.G. 81510 DEL 20/12/2012 | Relazione ogni quattro mesi                                                                                                                  | Almeno 4 relazioni di valutazione al Direttore generale<br>100%                                        |
| 7 TRASPARENZA                  | BUSSOLA TRASPARENZA MANTENIMENTO STANDARD                                            | 43 indicatori individuati dal Governo Italiano                                                                                               | Impegno al mantenimento del primo posto nella classifica nazionale 43/43 100%                          |
| 8 TRASPARENZA                  | Partecipazione MONITORAGGIO PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI                              | Trasmissione monitoraggio Procedimenti                                                                                                       | Trasmissione Censimento Procedimenti Amministrativi entro il 30 aprile<br>Si 100%<br>NO 0%             |
| 9 COMUNICAZIONE                | PROPOSTA REGOLAMENTO GESTIONE SITO                                                   | Formalizzazione                                                                                                                              | Adozione da parte del Direttore Generale                                                               |

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

|    |               |                                                                              | trasmissione Proposta regolamento al Direttore Generale                                                                                                                                                   | SI 100%<br>No % 0%                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|---------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | COMUNICAZIONE | INFORMAZIONE INTERNA BURCE G.U.                                              | Trasmissione dei Sommari al D.G./DS/DP/DSM/DF<br>Trasmissione degli atti pubblicati ai singoli responsabili dei procedimenti<br><u>Pubblicazione sito sul link "Notizie utili dalla Regione Campania"</u> | Impegno di trasmissione di tutti i BURC anno 2013 e trasmissione a tutti i responsabili dei procedimenti coinvolti.<br>(standard 2012 n° 80 Burc)<br>(standard 2012 GG.UU. 303)<br><br>100% trasmissione Tutti Burc Pubblicati dalla regione Campania. |
| 11 | COMUNICAZIONE | PATROCINI MORALI                                                             | Predisposizione procedura ai sensi del regolamento aziendale                                                                                                                                              | 100% Predisposizione e supporto organizzativo patrocini concessi dal Direttore Generale.                                                                                                                                                               |
| 12 | TUTELA        | SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E VERBALIZZANTE COMITATO PARTECIPATIVO E CONSULTIVO | N° Riunioni e Supporto organizzativo al CPC                                                                                                                                                               | 100% Partecipazione al 100% riunioni Standard anno 2012 N° 12<br>Valore atteso anno 2013 n° 12 riunioni.                                                                                                                                               |
| 13 | TUTELA        | Partecipazione RECLAMI CIRCUITO NUMERO VERDE REGIONALE                       | Secondo la piattaforma regionale                                                                                                                                                                          | Valore assoluto 100% dei reclami pervenuti                                                                                                                                                                                                             |

Il Direttore Macrostruttura UOC Relazioni con il Pubblico

Dr.ssa Angela Inglese

Il Direttore Generale

dr. Maurizio D'Amora



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*(Handwritten signature)*

43

ASL NA 3 SUD

U.O.S. Ispettiva amministrativa

Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                   | PESO | INDICATORI                                 | VALUTAZIONE                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Incarichi di natura ispettiva su committenza della Direzione Generale | 70   | Incarichi ispettivi<br>incarichi assegnati | Tra 90% e 100% / 100% = 100%<br>Tra 89% e 70% / 100% = 75%<br>Tra 69% e 45% / 100% = 50%<br>< 45% = 0 |
| Controlli ispettivi ai sensi della L. 165/01                          | 30   | N. accessi ispettivi                       | Tra n. 30 e n. 20 accessi = 100%<br>Tra n. 19 e n. 20 accessi = 50%<br>< 10 = 0                       |

Il valutato

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

# ASL NA 3

## Servizio Assistenza riabilitativa – Area B

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PESO | INDICATORI                                                                                                                 | VALUTAZIONE                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A) Applicazione dettato normativo decreto 49/2010 del Commissario ad acta</p> <p>B) Riorganizzazione dell'insieme delle prestazioni e dei servizi erogati ai pazienti rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona. La continuità dovrà essere assicurata grazie ad una integrazione funzionale delle strutture operative esistenti e da riconvertire a livello ospedaliero</p> | 50   | Verifica trimestrale della appropriatezza delle prestazioni attraverso il monitoraggio delle UU.OO.AA.RR.                  | <p>12 monit. distr. = 100%</p> <p>8 monit. distr. = 70%</p> <p>5 monit. distr. = 50%</p> <p>3 monit. distr. = 0</p> |
| Attuazione Decreto commissariale 32/2010 appropriatezza prescrittiva. Controllo di congruità, a campione, delle prescrizioni degli specialisti nelle UU.OO.AA.RR. per le prescrizioni art. 44 e 26                                                                                                                                                                                                                          | 25   | Verifica e controllo sul 10% delle prestazioni                                                                             | <p>10% = 100%</p> <p>Dal 5 % al 10% = 90%</p> <p>Dal 3% al 4% = 70%</p> <p>&lt; 3% = 0</p>                          |
| Implementazione protocolli operativi rete territorio –ospedale Area B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 25   | Incontri quindicinali tra i referenti UU.OO.AA.RR. e i responsabili del Servizio Assistenza riabilitativa area A ed Area B | <p>10 incontri = 100%</p> <p>&lt; 10 = 0</p>                                                                        |

Il valutato

*[Signature]*

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

# Servizio Assistenza riabilitativa – Area A

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PESO | INDICATORI                                                                                                                 | VALUTAZIONE                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A) Applicazione dettato normativo decreto 49/2010 del Commissario ad acta</p> <p>B) Riorganizzazione dell'insieme delle prestazioni e dei servizi erogati ai pazienti rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona. La continuità dovrà essere assicurata grazie ad una integrazione funzionale delle strutture operative esistenti e da riconvertire a livello ospedaliero</p> | 50   | Verifica trimestrale della appropriatezza delle prestazioni attraverso il monitoraggio delle UU.OO.AA.RR.                  | <p>12 monit. distr. = 100%</p> <p>8 monit. distr. = 70%</p> <p>5 monit. distr. = 50%</p> <p>3 monit. distr. = 0</p> |
| Attuazione Decreto commissariale 32/2010 appropriatezza prescrittiva. Controllo di congruità, a campione, delle prescrizioni degli specialisti nelle UU.OO.AA.RR. per le prescrizioni art. 44 e 26                                                                                                                                                                                                                          | 25   | Verifica e controllo sul 10% delle prestazioni                                                                             | <p>10% = 100%</p> <p>Dal 5 % al 10% = 90%</p> <p>Dal 3% al 4% = 70%</p> <p>&lt; 3% = 0</p>                          |
| Implementazione protocolli operativi rete territorio –ospedale Area A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 25   | Incontri quindicinali tra i referenti UU.OO.AA.RR. e i responsabili del Servizio Assistenza riabilitativa area A ed Area B | <p>10 incontri = 100%</p> <p>&lt; 10 = 0</p>                                                                        |

Il valutato

*[Signature]*

Il valutatore

Data 23.5.2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

## Direzione generale

## Servizio di Gabinetto

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PESO | INDICATORI                                                                                                                              | VALUTAZIONE                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ricognizione e predisposizione di un inventario delle deliberazioni delle disciolte U.S.L. 34 e 35 ubicate presso la Direzione aziendale (dal 1982 al 1994) e delle deliberazioni della ASL Napoli 5. Trasmissione degli atti originali al Servizio AA.GG. quale depositario del patrimonio documentale. | 30   | % di atti inventariati e trasmissione degli atti al Servizio AA.GG.                                                                     | > 50% = 100%<br><50% = 0                                                                        |
| Trasmissione tramite PEC delle delibere adottate dal Direttore Generale alle articolazioni di specifica competenza, al collegio sindacale, ai Sindaci ed alle OO.SS.                                                                                                                                     | 15   | % di trasmissione degli atti entro il 31 dicembre 2013                                                                                  | >70% delle sedute= 100%<br>Tra il 50% ed il 60% = 50%<br>< 50% = 0                              |
| Realizzazione di un archivio informatico di tutte le delibere adottate dal Direttore Generale nell'anno in corso attraverso scanning delle stesse all'atto dell'adozione per la immediata esecutività e per la pubblicazione sull'albo pretorio.                                                         | 20   | Archiviazione su CD ROM                                                                                                                 | Scanning delibere adottate anno 2013<br>12/12 mesi = 100%<br>8/12 mesi = 80%<br>< di 7 mesi = 0 |
| Inoltro della corrispondenza a firma del Direttore Generale a mezzo PEC ai destinatari                                                                                                                                                                                                                   | 15   | Realizzazione della trasmissione delle note di corrispondenza recanti disposizioni del Direttore generale alle articolazioni competenti | >50% = 100%<br><50% = 0                                                                         |
| Formazione archivio digitale in formato PDF della posta in entrata e di quella in uscita riferita all'annualità corrente                                                                                                                                                                                 | 20   | % di scanning dell'archiviazione in ordine cronologico della corrispondenza in entrata e in uscita                                      | % di scanning<br>>50% = 100%<br><50% = 0                                                        |

Il valutatore \_\_\_\_\_

Il valutato Mario Della

Data 17/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*

# Servizio Patologia Clinica Territoriale

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                   | PESO | INDICATORI                                                                                                             | VALUTAZIONE                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Procedure di gara per prodotti di laboratorio proposte al Servizio ABS                                                                | 20   | N° procedure                                                                                                           | >2 = 100%<br>2 = 80%<br>1 = 60%<br>0 = 0           |
| Raccolta dati statistici dell'attività di tutti i laboratori di patologia clinica dell'ASL                                            | 20   | N° report consegnati al servizio Controllo di gestione entro il giorno del mese successivo al trimestre di riferimento | N. 6 = 100%<br>N. 5 = 80%<br>N. 4 = 60%<br>< 4 = 0 |
| Mantenimento di certificazione di qualità ISO Laboratorio di Tossicologia                                                             | 20   | Numero delle non conformità rilevate dall'Ente certificatore                                                           | >3 = 100%<br>>5 = 70%<br>>10 = 40%<br>< 10 = 0     |
| Aggiornamento Carta dei Servizi                                                                                                       | 20   | Produzione documento                                                                                                   | Si = 100%<br>No = 0                                |
| Linee guida o procedura operativa per il trattamento delle richieste di esami tossicologici ex art. 186 e 187 del Codice della strada | 20   | Produzione documento                                                                                                   | Si = 100%<br>No = 0                                |

Il valutato

*P. Janti*

Il valutatore

Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio *Amora*

*Amora*

## Servizio Gestione tecnica ed ottimizzazione patrimonio immobiliare territoriale

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                        | PESO | INDICATORI                                                                                                           | VALUTAZIONE                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Ricognizione ed aggiornamento dei valori di mercato dei beni non strumentali del patrimonio immobiliare di proprietà aziendale                             | 30   | N° di stime eseguite/N° degli immobili non strumentali ( da reddito)                                                 | Dal 100% al 70% = 100%<br>Dal 70% al 40% = 50%<br><40% = 0                         |
| Soddisfacimento richieste di manutenzione straordinaria, edile ed impiantistica, pervenute dalle strutture territoriali                                    | 25   | N° interventi eseguiti/N° richieste                                                                                  | Dal 100% al 70% = 100%<br>Dal 70% al 40% = 50%<br><40% = 0                         |
| Esecuzione lavori di ristrutturazione e/o di riadattamento di immobili di proprietà aziendale nell'ambito del piano di razionalizzazione dei fitti passivi | 25   | N° sopralluoghi per verifica e controllo lavori/N° presidi inseriti nel piano di razionalizzazione dei fitti passivi | Dal 100% al 90% = 100%<br>Dal 90% al 70% = 90%<br>Dal 70% al 40% = 70%<br><40% = 0 |
| Uniformazione gestione delle apparecchiature elettromedicali del patrimonio territoriale ed ospedaliero                                                    | 20   | Procedure di gestione attivate/ N° interventi                                                                        | Dal 100% al 70% = 100%<br>Dal 70% al 40% = 50%<br><40% = 0                         |

Il valutato

Il valutatore

Data

20/05/2013

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio Amora



ASL NA 3 SUD

## Servizio Materno Infantile territoriale

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                               | PESO | INDICATORI                                                                                           | VALUTAZIONE                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Prevenzione delle gravidanze a rischio per adolescenti                                            | 20   | N.consulenze effettuate nel corso della gravidanza                                                   | N. adolescenti che afferiscono alla UOMI distrettuale                                  |
| Promozione allattamento al seno                                                                   | 20   | N.sessioni di promozione allattamento all'interno dei Corsi di accompagnamento alla nascita (C.A.N.) | N. bambini alimentati esclusivamente con latte materno per il 1° semestre di vita      |
| Monitoraggio attraverso questionario del cambiamento delle abitudini alimentari degli adolescenti | 20   | Preparazione del questionario e somministrazione a campione                                          | N. di questionari somministrati/n° adolescenti                                         |
| Preparazione alla nascita                                                                         | 20   | N.corsi effettuati durante l'anno                                                                    | Da n. 8 a n. 12 incontri per corso effettuato = 100%<br>Da n. 6 a n. 8 = 50%<br><6 = 0 |
| Conformità dei percorsi U.O.M.I.                                                                  | 20   | N. percorsi implementati/n.U.O.M.I.                                                                  | Dati di attività dei percorsi implementati/ n. U.O.M.I.                                |

Il valutato

*[Signature]*

Il valutatore

Data

20/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora

*[Signature]*



## ASL NAPOLI3 SUD

### Servizio Materno infantile ospedaliero

#### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                           | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                       | VALUTAZIONE                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Umanizzazione percorso nascita                                                                                                                                                                                                | 25   | Elaborazione del progetto "Sole" sui punti nascita afferenti ai PP.OO. dell'Asl Napoli 3 Sud                                                                                                     | Si = 100%<br>No = 0                                                                                                                             |
| Istituzione di un ambulatorio specialistico ad integrazione ospedale-territorio della ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza                                                                                            | 25   | Realizzazione ambulatorio                                                                                                                                                                        | Si = 100%<br>No = 0                                                                                                                             |
| Elaborazione di una proposta d'intervento ai fini preventivi per la costituzione di una rete di protezione che contenga il disagio di soggetti in età evolutiva, dall'esperienza del trauma fisico all'incidente esistenziale | 25   | Presentazione del progetto attraverso una giornata di studio. Interventi ai fini promozionali presso i PP.OO. dell'Asl Napoli 3 Sud. Istituzione di un spazio d'ascolto per colloqui psicologici | Istituzione di uno spazio di ascolto per colloqui = 100%<br>Presentazione e promozione del progetto = 50%<br>Nessun tipo di implementazione = 0 |
| Omogeneizzazione degli interventi di II livello per il diabete in età pediatrica                                                                                                                                              | 25   | Istituzione di ambulatori                                                                                                                                                                        | Due ambulatori = 100%<br>1 ambulatorio = 50%<br><1 ambulatorio = 0                                                                              |

Il Valutato

Il Valutatore

Data

6/6/13



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amora



## ASL NAPOLI 3 SUD

Coordinamento UU.OO.CC. Sert

T. N. de Asl



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amore

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| Obiettivi Specifici                                                                                                                                                                                             | Peso | Indicatori                                                                                                                                                                                                         | Valutazione                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Monitoraggio a) percorsi di ricovero presso strutture provvisoriamente accreditate, b) appropriatezza delle spesa aziendale                                                                                     | 20   | Verifica aderenza al protocollo amministrativo e terapeutico<br>Aggiornamento periodico della spesa<br>Report verifica progetto terapeutico personalizzato<br>Report spesa trimestrale relativa al budget affidato | Da 100% a 80% = 100%<br>da 80% a 60% = 80%<br>< 60% = 0% |
| Operatività Sistema Informativo Dipendenze (SID 2) Regione Campania per la rilevazione dei dati di attività e debito informativo, rilevazione e monitoraggio delle attività, procedure, prestazioni della U.O.C | 20   | Verifica dell'adeguatezza del Sistema mediante analisi periodica dei dati planning dei carichi di lavoro                                                                                                           | Da 100% a 80% = 100%<br>da 80% - 60% = 80%<br>< 60% = 0% |
| Raggiungimento degli Standard Minimi di Qualità (SMQ) Macro Area Promozione della Salute per singolo Dirigente                                                                                                  | 20   | Formalizzazione piano di lavoro per singolo Dirigente verifica periodica degli indici necessari al raggiungimento degli SMQ                                                                                        | Da 100% a 80% = 100%<br>da 80% a 60% = 80%<br>< 60% = 0% |
| Raggiungimento degli Standard Minimi di Qualità (SMQ) Macro Area Trattamento per singolo Dirigente                                                                                                              | 20   | Formalizzazione piano di lavoro per singolo Dirigente verifica periodica degli indici necessari al raggiungimento degli SMQ                                                                                        | Da 100% a 80% = 100%<br>da 80% a 60% = 80%<br>< 60% = 0% |
| Raggiungimento degli Standard Minimi di Qualità (SMQ) Macro Area Riabilitazione per singolo Dirigente                                                                                                           | 20   | Formalizzazione piano di lavoro per singolo Dirigente verifica periodica degli indici necessari al raggiungimento degli SMQ                                                                                        | Da 100% a 80% = 100%<br>da 80% a 60% = 80%<br>< 60% = 0% |

Il Valutatore \_\_\_\_\_

Il Valutato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

20/05/2013

*[Signature]*

# ASL NAPOLI 3 SUD

## Servizio Programmazione, Pianificazione e Valutazione attività sanitaria

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                                             | PESO | INDICATORI                                                         | VALUTAZIONE                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valutazione delle Strutture semplici ASL Napoli 3 sud                                                                                                                                                                                                           | 60   | N° strutture semplici da valutare ASL Napoli 3 sud                 | Tra 100% e 80% n. strutture semplici = 100%<br>Tra 80% e 60% = 80%<br>< 60% = 0                       |
| Completamento atti per la valutazione quinquennale/ quindicennale (MED/VET-SAN) e scadenza incarichi conferiti fino all'anno 2013;<br>Predisposizione atti per la valutazione quinquennale/quindicennale (MED/VET-SAN) e scadenza incarichi conferiti anno 2013 | 20   | N° richieste pervenute/N° di dirigenti valutati                    | Tra 100% e 80% n. richieste pervenute/n.dirig. valutati = 100%<br>Tra 80% e 60% = 80%<br>< 60% = 0    |
| Produzione di studi di settore di natura organizzativo -assistenziale mediante l'utilizzo di indicatori scaturiti dai dati di produttività delle attività delle strutture aziendali, finalizzati alla corretta ed equa allocazione strategica delle risorse     | 10   | N° di incontri con i Responsabili di Strutture complesse aziendali | > di 4 incontri annuali = 100%<br>Da 2 a 4 incontri annuali = 50%<br>< di 2 incontri annuali = 0      |
| Invio delle schede di valutazione dei Dirigenti, prima predisposte e successivamente acquisite debitamente compilate, da questa Unità Operativa al N.d.V.                                                                                                       | 10   | N° di schede pervenute/N° di schede inviate al N.d.V.              | Tra 100% e 80% n. di richieste pervenute/n.dirig. valutati = 100%<br>Tra 80% e 60% = 80%<br>< 60% = 0 |

Il Valutato

Data

Il Valutatore



IL DIRETTORE GENERALE  
Dot. Matrizio D'Amore

*[Signature]*



# ASL NA 3 SUD

## Servizio di Prevenzione e Protezione

### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                              | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                                                                           | VALUTAZIONE                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consulenza e supporto al Datore di lavoro e a tutti i Dirigenti delegati ai sensi della delibera D.G.13/2011 in attuazione dell'art. 16 del D.Lgs 81/08 e s.m.i. | 40   | Collaborazione con il datore di lavoro ed i dirigenti delegati e coordinamento degli R.S.P.P. designati                                                                                                                                              | Grado di collaborazione<br>Tra il 100% e 80% = 100%<br>Tra il 70% e il 50% = 50%<br><50% = 0                      |
| Monitoraggio con acquisizione di dati relativi, degli adempimenti svolti in prerogativa al D.Lgs. 81/08 e s.m.i.                                                 | 30   | Aggiornamento di banche dati in formato excel delle attività svolte dai dirigenti delegati, dagli R.S.P.P. e dal datore di lavoro, connesse a tutte le sedi e le strutture della Asl per le iniziative dettate dall'art. 18 del D.Lgs.81/08 e s.m.i. | Grado di aggiornamento<br>Tra il 100% e 80% = 100%<br>Tra il 70% e il 50% = 50%<br><50% = 0                       |
| Verifica dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle sale operatorie e degli ambulatori di chirurgia dell'Asl Napoli 3 Sud                      | 30   | N° verbali verifica/N° strutture visitate                                                                                                                                                                                                            | Da 10 a 8 verbali/10 strutture visitate = 100%<br>Da 7 a 5 verbali/10 strutture visitate= 80%<br><5 strutture = 0 |

Il valutatore

Il valutato  
20/11/13

Data 21/05/2013



IL DIRETTORE GENERALE  
Dot. Maurizio D'Amora

AR

**Direzione sanitaria**  
**Servizio Segreteria amministrativa**  
**Obiettivi prestazionali – anno 2013**

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                | PESO | INDICATORI                                                          | VALUTAZIONE                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestione informatizzata del protocollo                                                             | 40   | Attivazione e messa a regime del protocollo informatico             | Attivazione e messa a regime = 100%<br>Solo attivazione = 50%<br>Né attivazione, né messa a regime = 0                                     |
| Coordinamento e monitoraggio attività tra la Direzione sanitaria e i Servizi ad essa afferenti     | 30   | N. incontri Responsabili Servizi afferenti alla Direzione sanitaria | Da 20 a 10 incontri al mese = 100%<br>Da 10 a 7 incontri al mese = 50%<br><50% = 0                                                         |
| Implementazione attività formative di Direzione sanitaria secondo la procedura di sponsorizzazione | 30   | A) N. eventi realizzati<br>B) N. operatori formati                  | A) Da 5 a 3 eventi = 100%<br>Da 3 a 2 eventi = 50%<br><50% = 0<br>B) Da 50 a 20 operatori = 100%<br>Da 20 a 10 operatori = 50%<br>< 10 = 0 |

Il valutato

*C. de O. e e e*

Data

Il valutatore

*[Signature]*  
 ASL NA 3 SUD  
 Il Direttore Sanitario  
 Dott. Giuseppe Russo



IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Maurizio Di Amora

*[Signature]*

# Coordinamento Comitato Etico aziendale

## Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                                                                                      | PESO | INDICATORI                              | VALUTAZIONE                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Selezione ed individuazione dei temi da trattare e organizzazione di incontri con i membri del CE                                                                                                                                        | 20   | N° sedute CE                            | >/= 1 al mese = 100%<br>< 1 al mese = 0                                                                                                                                                                  |
| Attività di supporto ai promotori e agli sperimentatori per la realizzazione di studi secondo le modalità operative previste dal regolamento e dalla normativa vigente                                                                   | 20   | N° pareri favorevoli/ N° studi valutati | N° 5 pareri/N° 5 studi = 100%<br>N° 3 pareri/ N° 5 studi = 50%<br>N° 1 parere/ N° 5 studi = 0                                                                                                            |
| Attività di supporto ai direttori sanitari di Distretto e/o PP.OO. per la corretta applicazione del protocollo di richiesta di parere al CE per la somministrabilità di farmaci off-label e monitoraggio della applicazione dello stesso | 20   | N° richieste approvate/ N° pervenute    | N°10 richieste appr. /N°10 richieste perv. = 100%<br>N°7 richieste appr. /N°10 richieste perv. = 70%<br>N°5 richieste appr. /N°10 richieste perv. = 50%<br>N°1 richieste appr. /N°10 richieste perv. = 0 |
| Attivazione di percorsi collaborativi con altri Enti extra aziendali anche esteri                                                                                                                                                        | 20   | N° incontri                             | >/= 3 incontri = 100%<br>< 3 incontri = 0                                                                                                                                                                |
| Attuazione evento formativo su tematiche di bioetica e/o ricerca scientifica                                                                                                                                                             | 20   | N° eventi                               | >/= 1 eventi = 100%<br>< 1 evento = 0                                                                                                                                                                    |

Il valutato



Il valutatore

Data




 IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Maurizio Amora

## Servizio Acquisizione Beni e Servizi

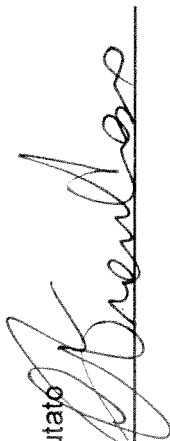
### Obiettivi prestazionali – anno 2013

| OBIETTIVI SPECIFICI                                                                                                                                                        | PESO | INDICATORI                                                                                                                                                                                                                                              | VALUTAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adesione a Consip e So.Re.Sa. per la centralizzazione degli acquisti                                                                                                       |      | 1) N. adesioni a Consip anno 2013 / n. adesioni Consip anno 2012<br>2) N. adesioni So.Re.Sa. anno 2013 / n. adesioni So.Re.Sa. anno 2012<br>3) N. totale di acquisti tramite market place anno 2013 / n. totale acquisti tramite Market place anno 2012 | 1) Incr. nel 2013 > 50% rispetto al 2012 = 100%<br>Incr. nel 2013 tra 50% e 20% rispetto anno prec. = 50%<br>Incr. nel 2013 < 20% rispetto anno prec. = 0<br>2) Incr. nel 2013 > 50% rispetto al 2012 = 100%<br>Incr. nel 2013 tra 50% e 20% rispetto anno prec. = 50%<br>Incr. nel 2013 < 20% rispetto anno prec. = 0<br>3) Incr. acquisti centralizzati da 70% a 100% rispetto al 2012 = 100%<br>Incr. nel 2013 tra 70% e 20% rispetto anno prec. = 50%<br>Incr. nel 2013 < 20% rispetto anno prec. = 0 |
| Standardizzazione dei tempi e delle modalità di richiesta di acquisto da parte delle strutture dell'Asl per la programmazione dell'approvvigionamento tramite i fabbisogni |      | 1) N. di standardizzazioni di tempi e modalità effettuate / n. di tipologie di richieste di acquisto<br>2) N. di acquisti fuori gara per struttura richiedente / n. tot. di richieste per struttura richiedente                                         | 1) 100% / 100% = 100%<br>Da 70% a 99% / 100% = 50%<br>< 70% / 100% = 0<br>2) 100% / 100% = 100%<br>Da 70% a 99% / 100% = 50%<br>< 70% / 100% = 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

2

|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                    |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Creazione di un'anagrafica dei prodotti richiesti ed acquistati, utile per verificare il consumo mensile e/o annuo e preventivare il fabbisogno |  | N. record registrati n. prodotti censiti                                                                           | Caricamento del 100% dei dati = 100%<br>Da 75% a 99% di caricamento dei dati = 50%<br><75% di caricamento dei dati = 0 |
| Eliminazione del lavoro arretrato                                                                                                               |  | Catalogazione per tipologia e quantificazione del lavoro arretrato. Evasione di pratiche                           | Da 90% a 100% evasione pratiche arretrate= 100%<br>Da 50% a 89% evasione pratiche arretrate= 50%<br><50% = 0           |
| Inventario dei beni mobili: gestione gara d'appalto. Coordinamento attività                                                                     |  | Attivazione dei procedimenti consequenziali: elaborazione del capitolato speciale di appalto. Indizione della gara | Dall'80% al 100% della realizzazione dei procedimenti = 100%<br>Dal 50% al 79% = 50%<br><50% = 0                       |

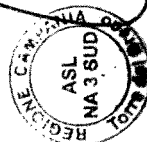
Il valutatore



Il valutatore

\_\_\_\_\_

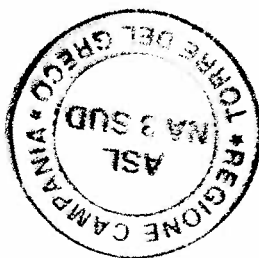
Data



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Maurizio D'Amore



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

### **TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 42004 in data 26 GIU. 2013

### **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**

/ \_\_\_\_\_ A:

|                                      |                                     |                            |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA        | U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.     |                            |
| DIRETTORE AMMINISTRATIVO D'AZIEN     | U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL. VAL.  |                            |
| COLLEGIO SINDACALE                   | U.O.C. PATOLOGIA CLINICA            |                            |
| U.O.C. GABINETTO                     | U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE     |                            |
| U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE         | U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN |                            |
| U.O.C. AFFARI GENERALI               | U.O.C. PSICOL. INTEG. DONNA E BAMB. |                            |
| U.O.C. AFFARI LEGALI                 | U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO    | DISTRETTO N. 52            |
| U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.     | U.O.C. RISK MANAGEMENT              | DISTRETTO N. 53            |
| U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE       | U.O.S. ISPETTIVA AMM. VA            | DISTRETTO N. 54            |
| U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA        | U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA          | DISTRETTO N. 55            |
| U.O.C. ASS. ZA RIABILITATIVA AREA A  | COORD. TO COMITATO ETICO            | DISTRETTO N. 56            |
| U.O.C. ASS. ZA RIABILITATIVA AREA B  | COORD. TO GESTIONE LIQUIDATORIA     | DISTRETTO N. 57            |
| U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA          | COORD. TO PROGETTI FONDI            | DISTRETTO N. 58            |
| U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA      | COORD. TO SOCIO SANITARIO AZIEND    | DISTRETTO N. 59            |
| U.O.C. FASCE DEBOLI                  | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO           | OO.RR. AREA NOLANA         |
| U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.      | DIPARTIMENTO PREVENZIONE            | OO.RR. AREA STABIESE       |
| U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN      | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE         | OO.RR. GOLFO VESUVIANO     |
| U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE        | DISTRETTO N. 34                     | OO.RR. PENISOLA SORRENTINA |
| U.O.C. GEST. TECN. PATR. IMMOB. OSP. | DISTRETTO N. 48                     |                            |
| U.O.C. GEST. TECN. PATR. IMMOB. TER. | DISTRETTO N. 49                     |                            |
| U.O.C. GEST. TECN. SISTEMI INFORM.   | DISTRETTO N. 50                     |                            |
| U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.      | DISTRETTO N. 51                     |                            |