



regione campania  
**aslnapoli3sud**

Castellammare Di Stabia

**ORIGINALE**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

**N.000025 DEL 09 NOV. 2011**

\*\*\*\*\*

OGGETTO: ASSEGNAZIONE OBIETTIVI PRESTAZIONALI DIRIGENTI ASL NAPOLI 3 SUD – ANNO 2011.

PUBBLICAZIONE		ESECUVITA'	
<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><b><u>11 NOV. 2011</u></b> e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato _____ <i>A1</i></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 (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, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

**Oggetto: Assegnazione obiettivi prestazionali dirigenti Asl Napoli 3 Sud – Anno 2011**

La Responsabile del Servizio Controllo di Gestione, dott.ssa Antonella De Stefano, alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio 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 Dirigente del Servizio a mezzo di sottoscrizione della presente

- **PREMESSO** che la valutazione dei dirigenti costituisce un elemento strategico relativo al loro rapporto di lavoro 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;
- **CONSIDERATO** che anche i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della Dirigenza Medica e della Dirigenza SPTA (CCNL 1998/2001 – 2002/2005 – 2006/2009) 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**, altresì, che anche il Dlgs 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"
- **RITENUTO**, inoltre, 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 i quali, a loro volta, li ribalteranno sui dirigenti sotto ordinati a ciascuno di essi;
- **VISTO**, anche, il Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità – Anni 2011/2012/2013 ( art. 11 Dlgs. n° 150/2009) Asl Napoli 3 Sud, relativamente al punto "determinazione degli obiettivi assegnati"
- **TENUTO CONTO** che, per l'anno 2011, non è stato ancora adottato il provvedimento finale del lungo processo di condivisione ed assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti tutti i Responsabili di Struttura complessa (allegati dal n° 1 al n° 41) afferenti all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud e che gli Stessi, attraverso il meccanismo "a cascata" procederanno al ribaltamento degli obiettivi sui dirigenti sotto ordinati;
- **E' NECESSARIO ED URGENTE** procedere all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti tutti i Responsabili di Struttura complessa afferenti all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;

## PROPONE

per le considerazioni e motivazioni espresse in narrativa, che si intendono qui integralmente riportate e trascritte:

- PROCEDERE, per l'anno 2011, all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti tutti i Responsabili di Struttura complessa (allegati dal n° 1 al n° 41) afferenti all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

La Responsabile  
del Servizio Controllo di Gestione  
dott.ssa Antonella De Stefano

## IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della dichiarazione di regolarità della istruttoria compiuta dal Servizio Controllo di Gestione nonché della dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede, nelle more delle nomine del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

## DELIBERA

- PROCEDERE, per l'anno 2011, all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti tutti i Responsabili di Struttura complessa (allegati dal n°1 al n° 41) afferenti all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud e che gli Stessi, attraverso il meccanismo "a cascata" procederanno al ribaltamento degli obiettivi sui dirigenti sotto ordinati;

Il Servizio Controllo di Gestione sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i consequenziali adempimenti

Il Direttore Generale  
Dott. Maurizio D'AMORA

### OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

*PENISOLA SORRENTINA*

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Attività del governo clinico. Predisposizione percorsi diagnostico-terapeutici	20	N. percorsi attivati per ciascuna U.O.	1 percorso/UOC = 25% 2-3 percorsi/UOC = 50% > 3 percorsi/UOC = 100%
Gestione rischi clinici. Diffusione ed applicazione delle raccomandazioni ministeriali	20	N. protocolli attivati e/o revisione protocolli per ciascuna U.O.	1 protocollo/UOC = 25% 2-3 protocolli/UOC = 50% > 3 protocolli/UOC = 100%
Miglioramento della comunicazione al paziente e corretta compilazione documentazione clinica	20	N. cartelle (compreso il consenso informato) revisionate o numero verbali P.S. revisionati o cartelle anestesologiche revisionate. Verificare chiarezza/accuratezza/rintracciabilità	50 cartelle-verbali revisionati/UOC = 25% 50-100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 50% > 100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 100%
Rispetto provvedimenti e cronoprogramma del Piano Attuativo decreto 49/2010 compatibilmente con i vincoli strutturali, di risorse umane ed economico-finanziarie e autorizzativi	20	N. provvedimenti	Si = 100% No = 0%
Attuazione decreto 63/2010	20	Riduzione del 50% dello straordinario non emergenza/urgenza, a parità di personale. Target di riferimento anno 2007	Plena attuazione riduzione = 100% Sforamento fino al 15% = 50% Sforamento oltre il 15% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

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

*Salvatore Ferraro*

*AS*

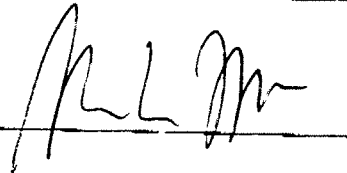


**OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011**  
**Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud**  
**OO.RR. Area Stabilese**

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Attività del governo clinico. Predisposizione percorsi diagnostico-terapeutici	20	N. percorsi attivati per ciascuna U.O.	1 percorso/UOC = 25% 2-3 percorsi/UOC = 50% > 3 percorsi/UOC = 100%
Gestione rischio clinico. Diffusione ed applicazione delle raccomandazioni ministeriali	20	N. protocolli attivati e/o revisione protocolli per ciascuna U.O.	1 protocollo/UOC = 25% 2-3 protocolli/UOC = 50% > 3 protocolli/UOC = 100%
Miglioramento della comunicazione al paziente e corretta compilazione documentazione clinica	20	N. cartelle (compreso il consenso informato) revisionate o numero verbali P.S. revisionati o cartelle anestesologiche revisionati. Verificare chiarezza/accuratezza/rintracciabilità	50 cartelle-verbali revisionati/UOC = 25% 50-100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 50% > 100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 100%
Rispetto provvedimenti e cronoprogramma del Piano Attuativo decreto 49/2010 compatibilmente con i vincoli strutturali, di risorse umane ed economico-finanziarie e autorizzativi	20	N. provvedimenti	Si = 100% No = 0%
Attuazione decreto 63/2010	20	Riduzione del 50% dello straordinario non emergenza/urgenza, a parità di personale. Target di riferimento anno 2007	Plena attuazione riduzione = 100% Sforamento fino al 15% = 50% Sforamento oltre il 15% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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




# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

P.O. FOLLENA

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Attività di governo clinico. Predisposizione percorsi diagnostico - terapeutici	20	N. percorsi attivati per ciascuna U.O.	1 percorso/UOC = 25% 2-3 percorsi/UOC = 50% >3 percorsi/UOC = 100%
Gestione rischio clinico. Diffusione ed applicazione delle raccomandazioni ministeriali	20	N. protocolli attivati e/o revisione protocolli per ciascuna U.O.	1 protocollo/UOC = 25% 2-3 protocolli/UOC = 50% >3 protocolli/UOC = 100%
Miglioramento della comunicazione al paziente e corretta compilazione documentazione clinica	20	N. cartelle (compreso il consenso informato) revisionate o numero verbali P.S. revisionati o cartelle anestesilogiche revisionate. Verificare chiarezza/accuratezza /rintracciabilità	50 cartelle-verbali revisionati/UOC = 25% 50-100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 50% >100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 100%
Rispetto provvedimenti e cronoprogramma del Piano Attuativo decreto 49/2010	20	N. provvedimenti	Si = 100% No = 0%
Attuazione decreto 63/2010	20	Riduzione del 50% dello straordinario non emergenza/urgenza. Target di riferimento anno 2007	Piena attuazione riduzione = 100% Sforamento fino al 15% = 50% Sforamento oltre il 15% = 0%

Data

19/07/11

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

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



*[Handwritten signature]*

# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

## Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

P.O. NOGA

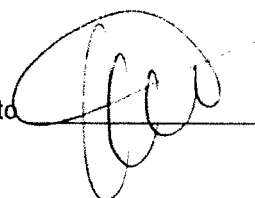
OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Attività di governo clinico. Predisposizione percorsi diagnostico - terapeutici	20	N. percorsi attivati per ciascuna U.O.	1 percorso/UOC = 25% 2-3 percorsi/UOC = 50% >3 percorsi/UOC = 100%
Gestione rischio clinico. Diffusione ed applicazione delle raccomandazioni ministeriali	20	N. protocolli attivati e/o revisione protocolli per ciascuna U.O.	1 protocollo/UOC = 25% 2-3 protocolli/UOC = 50% >3 protocolli/UOC = 100%
Miglioramento della comunicazione al paziente e corretta compilazione documentazione clinica	20	N. cartelle (compreso il consenso informato) revisionate o numero verbali P.S. revisionati o cartelle anestesologiche revisionate. Verificare chiarezza/accuratezza /rintracciabilità	50 cartelle-verbali revisionati/UOC = 25% 50-100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 50% >100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 100%
Rispetto provvedimenti e cronoprogramma del Piano Attuativo decreto 49/2010	20	N. provvedimenti	Si = 100% No = 0%
Attuazione decreto 63/2010	20	Riduzione del 50% dello straordinario non emergenza/urgenza. Target di riferimento anno 2007	Piena attuazione riduzione = 100% Sforamento fino al 15% = 50% Sforamento oltre il 15% = 0%

Data

19/07/11

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

Il Valutatore




*Handwritten mark*

5

OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud

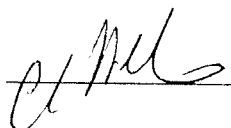
OSPEDALI RIUNITI GOLFO VERDIANO

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Attività di governo clinico. Predisposizione percorsi diagnostico - terapeutici	20	N. percorsi attivati per ciascuna U.O.	1 percorso/UOC = 25% 2-3 percorsi/UOC = 50% >3 percorsi/UOC = 100%
Gestione rischio clinico. Diffusione ed applicazione delle raccomandazioni ministeriali	20	N. protocolli attivati e/o revisione protocolli per ciascuna U.O.	1 protocollo/UOC = 25% 2-3 protocolli/UOC = 50% >3 protocolli/UOC = 100%
Miglioramento della comunicazione al paziente e corretta compilazione documentazione clinica	20	N. cartelle (compreso il consenso informato) revisionate o numero verbali P.S. revisionati o cartelle anestesilogiche revisionate. Verificare chiarezza/accuratezza /rintracciabilità	50 cartelle-verbali revisionati/UOC = 25% 50-100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 50% >100 cartelle-verbali revisionati/UOC = 100%
Rispetto provvedimenti e cronoprogramma del Piano Attuativo decreto 49/2010	20	N. provvedimenti	Si = 100% No = 0%
Attuazione decreto 63/2010	20	Riduzione del 50% dello straordinario non emergenza/urgenza. Target di riferimento anno 2007	Piena attuazione riduzione = 100% Sforamento fino al 15% = 50% Sforamento oltre il 15% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

Il Valutato







**ASL NA 3 SUD**  
**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**  
**OBIETTIVI ANNO 2011**

<u>Obiettivi Specifici</u>	<u>Peso</u>	<u>Indicatori</u>	<u>Valutazione</u>
Verifica Trimestrale della appropriatezza delle prestazioni dei soggetti accreditati	25	verifica dei report da inviare al Dip. trimestralmente	SI=100% NO=0%
Avvio controllo di congruità, a campione, delle prescrizioni degli specialisti nelle UU.OO.AA.RR.	25	verifica e controllo sul 10% delle prestazioni	10%= 100% dal 5 al 10%=90% dal 3 al 4%=70%
Implementazione di programmi di interventi suggeriti dal Dipart. e condivisi: Formalizzazione di modulistica unica ad uso delle UU.OO.AA.RR.	15	almeno un incontro bimensile con tutti i responsabili delle UOAR Verbalì ed atti.	6 incontri 100% 6 incontri 0%
Coordinamento tra le UUOOAARR distrettuali ed il Dipart. per l'avvio delle procedure per l'adozione di programma informatico per la registrazione delle prestazioni ed autorizzazioni	10	installazione e verifiche del software nelle UUOOAARR	SI 100% NO 0%
Corso di formazione per dirigenti delle UOAR Partecipazione e avvio di corso per medici prescrittori a valenza biennale su tematiche inerenti la Riabilitazione Linee Guida, LEA, Nomencl. Tariffario, a cura della ASL	15	Relazione conclusiva sull'attività formativa svolta e partecipazione obbligatoria a tutte le sessioni del Corso	100%
Omogeneizzazione delle procedure Relative all'acquisto di Ausili Attraverso gara ASL elenchi 2 e 3 Nomenclatore Tariffario DM332/99	10	avviamento delle procedure per la costituzione della Commissione COAT	SI 100% NO 0%

Il valutatore

il valutato

Data di accettazione

## SCHEDA OBIETTIVI D.S.M. - AGI- ANNO 2011

N°	OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	PESO	INDICATORI
1	Contenimento della spesa Assistenziale promuovendo azioni finalizzate alla riduzione dei ricoveri presso strutture temporaneamente accreditate anche attraverso il monitoraggio delle attività.	Direttore D.S.M. e Dirigenti UU.OO.S.M.	20	1) Monitoraggio dei ricoveri in case di cura accreditate SI = 100% NO = 0% 2) Assegnazione ai Dirigenti dei pazienti con degenze superiori a 30gg., rimodulazione del Piano Terapeutico ed attivazione di misure tese a ridurre il "revolving door" 100% = 100% 80% = 60% 60% = 40% < 60% = 0%
2	Qualificazione della tipologia di attività e dei processi mediante la rilevazione dei dati dell'utenza e prestazioni con riferimento a tutti gli utenti in carico.	Direttore D.S.M. Direttori e Dirigenti UU.OO. S.M.	10	Report attività e dell'utenza D.S.M. SI = 100% NO = 0%
3	Affidamento ai Dirigenti delle UU.OO.S.M. di Pazienti Complessi per interventi terapeutico-riabilitativi presi in assistenza domiciliare.	Direttore D.S.M. I Direttori UU.OO.S.M. e i Dirigenti UU.OO.S.M.	10	Predisposizione del Piano di Interventi Domiciliari (P.I.D.) 100% = 100% 80% = 60% 60% = 40% < 60% = 0%

<p>7/10 4.4.0 30</p>	<p>Elaborazione linee guida per il miglioramento di qualità della continuità assistenziale con la definizione di protocolli operativi per l'integrazione funzionale tra territorio ed SPDC</p>	<p>Direttore D.S.M. Direttore D.S.M. Direttori e Dirigenti delle UU.OO.S.M. ed SPDC</p>	<p>15</p>	<p>Costituzione gruppo di lavoro per l'elaborazione delle linee guida SI = 100% NO = 0% Produzione da parte del gruppo di lavoro dell'elaborato finale SI = 100% NO = 0% Verifica dell'elaborato del gruppo di lavoro mediante "Consensus Conference"</p>
<p>5</p>	<p>Elaborazione linee guida dipartimentali per il funzionamento del Centro Diurno, Day Hospital, Centro di Salute Mentale e Strutture Residenziali</p>	<p>Direttore D.S.M. Direttori e Dirigenti delle UU.OO.S.M.</p>	<p>15</p>	<p>Costituzione gruppi di lavoro specifici per ciascuna articolazione SI = 100% NO = 0% Produzione da parte dei gruppi di lavoro dell'elaborato finale SI = 100% NO = 0% Verifica degli elaborati dei gruppi di lavoro mediante "Consensus Conference"</p>
<p>6</p>	<p>Attivazione a regime di sportelli per i D.C.A. nelle UU.OO.S.M.</p>	<p>Direttore D.S.M. Direttori e Dirigenti UU.OO.S.M.</p>	<p>10</p>	<p>Attivazione in tutte le UU.OO.S.M. = 100% Attivazione nell'80% delle UU.OO.S.M. = 80% Attivazione nel 50% delle UU.OO.S.M. = 50% Attivazione nel &lt; 50% delle UU.OO.S.M. = 0%</p>
<p>7</p>	<p>Ottimizzazione del personale con riduzione del ricorso a istituti contrattuali onerosi (Straordinari e Pronta Disponibilità)</p>	<p>Direttore D.S.M.</p>	<p>20</p>	<p>Riduzione oneri dal 0% al 20% = 33% dal 30% al 50% = 33% &lt; 50% = 34%</p>


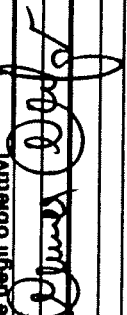
Il Valutato



Il Valutatore

Gestione Risorse Umane: Dott.ssa Anna Alfieri

peso	Obiettivi generali	Obiettivi specifici e personali	Indicatori	Misurazione	Valutazione
20%	<p>prosecuzione delle azioni che mirano alla rifiutazione dei trattamenti pensionistici e di fine rapporto in favore del personale cessato</p>	<p>Tale attività è particolarmente gravosa in regione del consistente numero di pratiche da rifilutare: bisogna inoltre tenere conto della consistente attività che il settore deve sostenere a fronte delle cessazioni ordinarie, ancora molto numerose.</p>	<p>numero di pratiche evase nell'anno 2011</p>	<p>tra 100% e 50%=100% &gt; del 50% =0</p>	
	<p>Treatmento economico e Produttività</p>				
20%	<p>organizzazione secondo il decreto "Brunetta" legge 150/2009</p>	<p>Istituzione di un efficiente sistema delle assenze/presenze</p>	<p>evidenza formale 100% personale</p>	<p>si= 100% no = 0%</p>	
		<p>Attività d'urto e di sensibilizzazione.</p>		<p>si= 100% no = 0%</p>	
	<p>Contenzioso</p>	<p>Produzione schede informative</p>	<p>evidenza formale</p>	<p>si= 100% no = 0%</p>	
20%	<p>organizzazione attività</p>	<p>prosecuzione delle attività legate alla normalizzazione delle pratiche inerenti il contenzioso del personale dipendente ed ex dipendente</p>	<p>numero di pratiche evase</p>	<p>tra 100% e 50%=100% &gt; del 50% =0</p>	
	<p>U.O. GIURIDICA</p>				

20%	<p>1) Archivio aziendale selezione e mobilità del personale</p> <p>2)</p>	<p>1) Fascicolazione documenti del personale dipendente e convenzionato in archivio cartaceo ed informatico</p> <p>2) conferimento incarico provvisorio ai dirigenti nelle more dell'adozione dell'atto aziendale</p>	<p>evidenza formale evidenza formale</p>	<p>si=100% no= 0% s=100% no=0</p>	
	U.O. PERSONALE CONVENZIONATO				
20%	<p>Organizzazione in termini di efficienza e efficacia dell'Unità Operativa</p>	<p>1) Unificare le procedure del trattamento economico del Personale convenzionato dell'ex asl napoli4 e ex asl napolis ;</p>	<p>evidenza formale</p>	<p>si=100% no = 0%</p>	
	U.O. TRATTAMENTO ECONOMICO				
Data di assegnazione degli obiettivi			IL 1° VALUTATORE		
IL VALUTATO Dr.			IL 2° VALUTATORE		
	TOTALE PUNTEGGIO				

# SERVIZIO CONTROLLO STRATEGICO DI GESTIONE

## OBIETTIVI ANNO 2011

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Attività di supporto al Tavolo Tecnico istituito ai sensi della DGRC 2451/03	15	Predisposizione report con dati su volumi di prestazioni e correlati limiti di spesa per i CTA delle aree riabilitazione, ospedaliera e specialistica ambulatoriale	Si = 100% No = 0%
Supporto tecnico al Nucleo di Valutazione aziendale	15	N° verbali/ N° incontri	Da 5 a 3 = 100% > 3 = 0%
Definizione dei dati a supporto delle attività di ospedali e distretti	10	Dati trasmessi/dati ricevuti	Da 80% a 100% = 100% Da 50% a 80% = 80% < 50% = 0%
Monitoraggio della trasmissione dati files A, B, C, E	15	Dati trasmessi/dati ricevuti	Da 80% a 100% = 100% Da 50% a 80% = 80% < 50% = 0%
Predisposizione report su spesa farmaceutica convenzionata ed integrativa	10	N° report	4 report = 100% 3 report = 60% < 3 = 0%
Compilazione modelli ministeriali	10	Dati trasmessi/dati ricevuti	Da 80% a 100% = 100% Da 50% a 80% = 80% < 50% = 0%

9/12/17



Riorganizzazione della procedura per l'assegnazione del budget di spesa	15	N° di assegnazioni previste N° di incontri con i responsabili dei CdR	<del>&gt;/= 80% strutture = 100%</del> <del>&gt;/= 50% strutture = 50%</del> < 50% strutture = 0%
Rilevazione attività operative dell'Azienda	10	N° Strutture contattate	>/= 80% strutture = 100% >/= 50% strutture = 50% < 50% strutture = 0%
		N° analisi effettuate	>/=10 strutture = 100% >/=7 strutture = 50% >/=4 strutture = 25% < 4 = 0%
		N° di implementazioni avviate	>/=5 = 100% < 5 = 0%

*Autocella De Stefano*

Firma del Valutato

Firma del Valutatore

Data di accettazione

# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 48

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	10	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening colon retto	5	Mantenimento standard anno 2010	Da 80% a 100% = 100% da 60% a 80% = 70% meno del 60% = 0%
4) Educazione sanitaria	10	a) Progetto di educazione al parto; b) Educazione preventiva orale	Superamento del N° eventi anno 2011=100%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L. 150/2009)	15	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	5	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	10	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data 14.7.2011

Valutatore \_\_\_\_\_

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

ASL NA 3 SUD DISTRETTO 48  
IL DIRETTORE RESPONSABILE  
Dr. Domenico Russo



AI



# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 49

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione		1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario		Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening colon retto		Mantenimento standard anno 2010	Da 80% a 100% = 100% da 60% a 80% = 70% meno del 60% = 0%
4) Educazione sanitaria		Iniziative di educazione sanitaria in almeno quattro Scuole del territorio	SI = 100% NO = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata		Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)		Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)		Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale		Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009		Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN		Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata		Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data 15-7-2011

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

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

AK

# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 50

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione		1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario		Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening colon retto		Mantenimento standard anno 2010	Da 80% a 100% = 100% da 60% a 80% = 70% meno del 60% = 0%
4) Educazione sanitaria: preparazione evento nascita		15 incontri	Da 80% a 100% = 100% da 60% a 80% = 70% meno del 60% = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata		Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L. 150/2009)		Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L. 150/2009)		Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale		Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009		Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN		Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata		Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%
12) Invio al Servizio Controllo di Gestione scheda AG2 e AG3 e di tutta la documentazione comprovante il raggiungimento degli obiettivi per tutti i dirigenti afferenti alle strutture entro il 31 gennaio 2012		Data protocollo	SI = 100% NO = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

Il Valutatore




# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 51

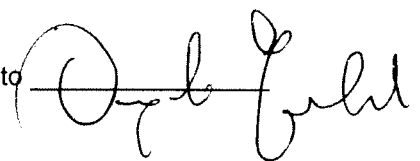
OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files Ced E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione		1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario		Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening colon retto		Mantenimento standard anno 2010	Da 80% a 100% = 100% da 60% a 80% = 70% meno del 60% = 0%
4) Educazione sanitaria – Prevenzione Disagio Giovanile (con particolare riguardo all'uso di droghe)		Attivazione di percorsi in Istituti di Scuola Superiore	3 o + Istituti = 100% 2 Istituti = 80% < di 2 Istituti = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata		Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L. 150/2009)		Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L. 150/2009)		Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale		Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009		Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN		Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata		Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data

14-07-2011

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

Il Valutato





# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 52

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	20	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	10	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening colon retto	5	Mantenimento standard anno 2010	Da 80% a 100% = 100% da 60% a 80% = 70% meno del 60% = 0%
4) Educazione sanitaria	10	Educazione al parto fisiologico	10 incontri = 100% da 6 a 9 incontri = 50% meno di 10 incontri = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)	10	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	5	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	5	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	5	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

Il Valutato

*C. C. C.*

*A.*

15

**DISTRETTO SANITARIO N. 53 – Castellammare di Stabia**

**SCHEDA AG1/2 - Obiettivi Anno 2011**

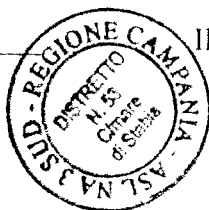
**Direttore Responsabile Distretto 53 – Dr. Ferdinando PRIMIANO**

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	10	1A) Invio report entro i successivi 90 giorni  1B) Invio report entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100%  da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100 % NO = 0%
3) Implementazione screening ca. colon retto	10	Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca colon retto	SI = 100 % NO = 0%
4) Educazione Sanitaria	5	Attuazione interventi in istituti di scuola media superiore	Almeno N° due istituti prime due classi
5) Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% Da 1% a 2% = 80% Da 0,5% a 1% = 50% Meno di 0,5% = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L. 150/2009)	10	Elaborazione guida	SI = 100 % NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L. 150/2009)	10	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza il 20 del mese successivo	SI = 100 % NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100 % NO = 0%
9) Rispetto Delibera n. 791/2009	5	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100 % NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	15	Rilevazione dati	SI = 100 % NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10	Monitoraggio dato servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data 24.03.2011

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

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



# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 54

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files Cred E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	10	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening ca.colon retto	10	Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca. colon retto	SI = 100% No = 0%
4) Educazione sanitaria 1) percorso nascita 2) sensibilizzazione campagna HPV.	10	1: mantenimento/ potenziamento corsi preparazione alla nascita rispetto al 2010 ( 11 corsi ) 2) mantenimento/ incremento vaccinazioni	11 corsi 80% > 11 100%  Mantenimento% 2010 80% > rispetto al 2010 100%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L. 150/2009)	10	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	5	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	10	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

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

# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 55

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	15	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening ca. colon retto	10	Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca. colon retto	SI = 100% No = 0%
4) Educazione alimentare per la prevenzione dell'obesità in età scuola dell'obbligo.	15	Arruolamento di almeno il 50% dei soggetti interessati.	≥ 80% dell'indicatore = 100%.
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)	5	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	5	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	10	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	5	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data 11/07/2011 Prot 3235

Il Valutatore

A.S. n. NA 3 SUD - DS  
ERCOLANO  
IL DIRETTORE  
Dott. Giuseppe Boccia

*AR*

# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 56

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione		1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario		Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening ca.colon retto		Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca. colon retto	SI = 100% No = 0%
4) Educazione sanitaria – Promozione e tutela della salute degli adolescenti attraverso progetto educazione alla salute.		Percorso articolato in 2 sottoprogetti: prevenzione del bullismo ed educazione sessuale/ sentimentale.	SI = 100% No = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata		Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)		Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)		Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale		Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009		Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN		Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata		Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

Il Valutatore

*Agnese Bondi*

*A.*



# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 57 di Torre del Greco

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	10	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening ca.colon retto	5	Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca. colon retto	SI = 100% No = 0%
4) Educazione sanitaria al parto: interventi di educazione sanitaria al parto fisiologico	10	n. 6 incontri	≥ 6 = 100% < 6 = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)	10	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	10	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	10	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

Il Valutato




# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

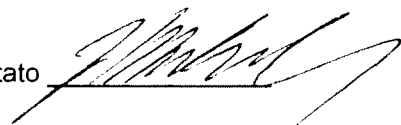
DISTRETTO SANITARIO N. 58

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	10	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening ca. colon retto	5	Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca. colon retto	SI = 100% No = 0%
4) Educazione sanitaria	10	Incremento/mantenimento numero cittadini per addestramento collettivo alla gestione della patologie diabetica, compresa l'indagine alimentare (attività integrante il PDTA gestione diabete)	Incremento/mantenimento dati anno 2010  Si = 100% No = 0%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)	15	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	5	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	10	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data \_\_\_\_\_

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

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




# OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2011

DISTRETTO SANITARIO N. 59

CAMPANIA  
ASL  
3 S...  
Tre d...

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1A) Invio flussi informativi CTA (modello ad hoc) al Servizio Strategico di Gestione 1B) Invio elenco CTA per i quali sono state ultimate le procedure di elaborazione dei files C ed E entro la fine del mese successivo all'erogazione; nonché invio elenco CTA inadempienti al Servizio Strategico di Gestione	10%	1A) Invio reports entro i successivi 90 giorni  1B) Invio reports entro la fine del mese successivo all'erogazione	10 reports nei tempi = 100% da 6 a 9 = 80% meno di 6 = 0%
2) Monitoraggio lavoro straordinario	5%	Rispetto budget assegnato dal Servizio Personale	SI = 100% NO = 0%
3) Implementazione screening ca.colon retto	5%	Attuazione percorso diagnostico terapeutico ca. colon retto	SI = 100% No = 0%
4) Educazione sanitaria: "Penisola in salute"	15%	Alunni di ogni ordine e grado della Penisola Sorr.na	>di 1000= 100% Da 500 a 1000 = 80% Fino a 500 = 50%
5) Contenimento e riduzione spesa farmaceutica convenzionata	10%	Riduzione della spesa farmaceutica del II° semestre 2011 rispetto al I° semestre 2011	Più del 3% = 100% da 1% a 2% = 80% da 0,5% a 1% = 50% meno di 0,5 = 0%
6) Realizzazione Guida ai Servizi (L.150/2009)	10%	Elaborazione guida	SI = 100% NO = 0%
7) Individuazione tasso di assenza da comunicare alla UOC Relazioni Pubbliche (Operazione trasparenza L.150/2009)	5%	Report mensile trasmissione dati tasso di assenza entro il 20 del mese successivo	SI = 100% NO = 0%
8) Monitoraggio attività di medicina legale	10%	Mantenimento standard operativi anno 2010	SI = 100% NO = 0%
9) Rispetto delibera n. 791/2009	10%	Invio scheda tecnica ai Servizi come da delibera	SI = 100% NO = 0%
10) Monitoraggio dati LEASOCIOSAN	10%	Rilevazione dati	SI = 100% NO = 0%
11) Rispetto all'anno 2010, aumento target del 2% della popolazione arruolata	10%	Monitoraggio dati Servizio Controllo di Gestione modello FLS 21 quadro H	+ 2% = 100% + 1% = 80% 0% = 0%

Data 15 07 11

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

Il Valutato

*[Handwritten Signature]*

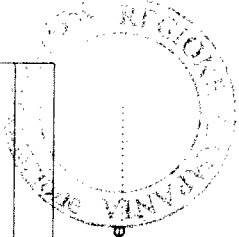
*[Handwritten Initials]*

**SCHEDA ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI GESTIONALI**  
(Direttore U.O.C. - Servizio Formazione e Aggiornamento Professionale - Dott.ssa DE MONACO EMILIA)

PESO	OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	MISURAZIONE	ESITO
40	Revisione Regolamento della U.O.C. alla luce delle nuove normative aziendali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esame controllo del Regolamento Unico Attività formative ASL Napoli3 Sud</li> <li>verifica e supervisione Rilettura e valutazione del regolamento adottato</li> <li>Rielaborazione ed integrazione del Regolamento alla luce della nuova organizzazione della U.O.C.</li> <li>Studio della normativa di riferimento vigente e predisposizione di uno specifico regolamento sulle attività di sponsorizzazioni</li> <li>Revisione ed integrazione del regolamento dei tirocini e della frequenza volontaria presso le varie strutture aziendali</li> <li>Esamina ed attivazione della procedura di sponsorizzazione degli eventi formativi.</li> </ul>	REGOLAMENTO UNICO DELLE ATTIVITA' FORMATIVE	Da 0 a 2 = 33% Da 3 a 4 = 33% Da 4 a 6 = 34%	
30	Rimodulazione Piano formativo relativamente al budget assegnato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione delle proposte progettuali pervenute alla luce del nuovo budget assegnato</li> <li>Incontro organizzativo preliminare con i responsabili dei progetti formativi inseriti nel piano e ancora da attivare</li> <li>Revisione del piano formativo triennale ed annuale.</li> <li>Gestione dei processi di comunicazione interna</li> <li>Elaborazione delle procedure per l'accreditamento di numero proposte formative.</li> <li>Collaborazione con enti ed istituzioni (procedure, tirocini, convenzioni e volontariato).</li> </ul>	PIANO FORMATIVO	Da 0 a 2 = 33% Da 3 a 4 = 33% Da 4 a 6 = 34%	



<p>10</p> <p>Semplificazione delle procedure sistema informatico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposizione di una moduliistica unica al fine di razionalizzare i processi interni della UOC ed implementare procedure operative che supportino poi come "scheletro" un successivo Sistema Qualità di applicabilità più generale secondo la ISO 9001.</li> <li>• Preparazione dell'insieme della struttura organizzativa, procedure processi e risorse necessari ad attuare la gestione della qualità nella UOC</li> <li>• Prima stesura di un Piano della Qualità cui è definita sia unificazione e condivisione delle procedure che l'implementazione del sistema informatizzato</li> </ul>	<p>EVIDENZA FORMALE</p>	<p>SI = 100% NO = 0%</p>
<p>10</p> <p>Riesamina dei progetti formativi con i referenti proponenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontro organizzativo preliminare con i responsabili dei progetti formativi inseriti nel piano e ancora da attivare</li> <li>• Supporto ed accompagnamento all'elaborazione dei progetti formativi</li> <li>• Monitoraggio e valutazione degli eventi formativi.</li> </ul>	<p>EVIDENZA FORMALE</p>	<p>SI = 100% NO = 0%</p>
<p>10</p> <p>Premesse per la costruzione, implementazione di una Banca dati dei crediti formativi per il personale dipendente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborazione criteri per la costruzione dello strumento di rilevazione dei dati relativi ai crediti formativi del personale.</li> <li>• Elaborazione criteri per la costruzione dello strumento di rilevazione dei dati relativi ai docenti e relativi crediti assegnati.</li> <li>• Formazione del personale dedicato sulla procedura informatizzata di rilevazione dati.</li> <li>• Raccordo ed unificazione dei dati in un unico database con l'UOC GRU.</li> </ul>	<p>EVIDENZA FORMALE</p>	<p>SI = 100% NO = 0%</p>
<p>Tot.100</p>		<p>U.O.C.</p>	<p>TOT.</p>



Firma del Direttore .....  
 Servizio Formazione ed Aggiornamento Personale  
 Il Direttore .....  
 Dott. SSA. E. M. ... VIONACC

22/5/10

*[Handwritten signature]*

23

**Scheda assegnazione degli obiettivi gestionali**

**AG 2**

ASL CAMPANIA  
 SUD

VALORI DI RIFERIMENTO	PESO	OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	ESITO VALUTAZIONE
<b>PARTECIPAZIONE AGLI INDIRIZZI STRATEGICI DELL'AZIENDA</b>  . Area della <b>Comunicazione Istituzionale</b> Riforma Pubblica Amministrazione Interventi riorganizzativi di tipo strutturale	30	Applicazione Dlgs 150/08 ( Riforma Brunetta) . Applicazione Nuovo Codice Amministrazione Digitale.	Realizzare e coordinare tutte le attività per l'inserimento delle informazioni circa l'accesso ai servizi dell'ASL NA 3 SUD.( azioni di Content manager) <b>Elaborazione proposta regolamento organizzativo aziendale per la gestione sito aziendale secondo gli indirizzi ministeriali.</b>	<b>Adozione Regolamento Aziendale con atto formale ASL NA 3 Sud 100%</b> <b>Predisposizione proposta</b>  Senza adozione <b>50%</b>  No proposta <b>0%</b>
Area della <b>Comunicazione Istituzionale</b> Riforma Pubblica Amministrazione Interventi riorganizzativi di tipo strutturale	30	Albo Pretorio Informatico	<b>Gestione Albo Pretorio Informatico</b> ai sensi del Regolamento Aziendale adottato con delibera n° 1551 del 28 dicembre. Aggiornamento e Tenuta Repertorio Albo Informatico	<b>Pubblicazione di tutti gli atti richiesti dalle strutture interne ed esterne dell'Azienda</b> Si <b>100%</b> No <b>0%</b>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

23/10/17

VALORI DI RIFERIMENTO	PESO	OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	ESITO VALUTAZIONE
Area della Tutela e della Privacy	20	Uniformare i comportamenti e le modalità operative su tutto il territorio aziendale	Elaborare e proporre regolamento unico per l'Area della Pubblica tutela per la gestione uniforme dei reclami,( intra ASL, numero verde regionale- Linea Amica- Strutture Convenzionate)	<b>Adozione Regolamento Aziendale con atto formale ASL NA 3 Sud 100%</b> <b>Predisposizione proposta</b>  <b>Senza adozione 50%</b>  <b>No proposta 0%</b>
	20	Adozione Documento Programmatico alla Sicurezza Codice Privacy Dlvo196/03	Sono state attivate tutte le azioni necessarie per ottemperare nei termini all'applicazione della norma in tutta l'ASL NA 3 SUD	<b>Adozione Regolamento Aziendale con atto formale ASL NA 3 Sud 100%</b> <b>Predisposizione proposta</b>  <b>Senza adozione 50%</b>  <b>No proposta 0%</b>

Il valutato Direttore UOC Relazioni Pubbliche ASL NA 3 Sud

Dr.ssa *Angela*

Firma del valutatore Direttore \_\_\_\_\_



## ASL NAPOLI 3 SUD

### Servizio Affari Generali - Obiettivi anno 2011

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Avvio presso le Strutture territoriali (PP.OO., Dip., Distretti) della convenzione per la riscossione coattiva (Equitalia)	25	Avvio procedura in almeno 16 strutture su 20	SI = 100% No = 0%
Miglioramento della consultazione del repertorio dei contratti	20	Informatizzazione dei contratti iscritti a repertorio nell'ultimo triennio	SI = 100% No = 0%
Accorpamento definitivo della gestione dei nuovi sinistri aperti a partire dall'1-1-2011.	20	Integrazione delle procedure di gestione dei contratti assicurativi della ex ASL NA 4 con l'ex ASL NA 5.	SI = 100% No = 0%
Implementazione informatica dei dati relativi alle assicurazioni mediante adozione dei protocolli Regionali	10	Puntuale adempimento delle procedure SIMES	SI = 100% No = 0%
Adozione di procedure uniformi nella gestione dei fitti passivi	25	Revisione di almeno l'80% dei contratti in essere	SI = 100% No = 0%

Data, 21 GIU. 2011

Il Valutatore

Il Valutato



# Servizio ISPETTIVO CENTRALE - anno 2011



OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Controlli incassi ticket periodici, estesi a tutto il territorio Aziendale con particolare riferimento ai ticket Codici Bianchi.	20	Numero verifiche almeno 5 Distretti e 2 Ospedali	100 interventi = 100% 80 " " = 80% 50 " " = 50% <50 " " = 0%
Verifica incompatibilità personale afferente i Centri provvisoriamente accreditati	20	Numero verifiche almeno 10 Centri	100 accertamenti = 100% 80 " " = 80% 50 " " = 50% <50 " " = 0%
Controllo sistematico sulle competenze accessorie corrisposte al personale dipendente e convenzionato con attivazione di procedimenti di rivalsa in presenza di eventuali irregolarità accessorie.	30	Numero verifiche almeno il 50% delle articolazioni Aziendali.	200 accertamenti = 100% 150 " " = 80% 100 " " = 50% <100 " " = 0%
Attività ispettiva effettuata su committenza della Direzione Strategica.	30	n. ispezioni	da 01 a 20 = 50% > 20 = 100%

Data 21 GIU. 2011

Il Valutatore

Il Valutato

## SCHEDA ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI GESTIONALI

(Da compilarsi a cura del "valutatore" e del valutato)

**Servizio Affari Legali**

**Avv. Chiara Di Blase - Anno 2011**

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE	MISURAZIONE
Attività di consulenza per la direzione e per gli altri servizi	50	N.di consultazioni e/o pareri scritti per la Direzione Aziendale e per gli altri servizi- evadere la totalità delle richieste di consulenza .	Rendiconto da cui si evinca l'attività consultiva	SI = 100% NO = 0%
Ricognizione delle controversie in materia di lavoro costituenti i c.d. "filoni" al fine dell'assunzione di iniziative volte alla definizione stragiudiziarla delle stesse laddove sia prevedibile la soccombenza dell'Amministrazione.	50	Redazione di prospetti di p.c. riportanti gli estremi della controversia e relazione di accompagnamento al Servizio GRU	Note inviate al Servizio GRU per la riduzione del contenzioso	SI = 100% NO = 0%

Il Valutato

*Chiara Di Blase*

Il Valutatore

\_\_\_\_\_

*AI*

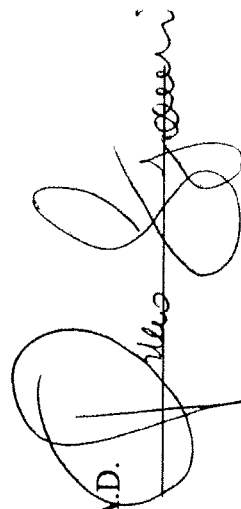
**ASL NA 3 Sud- Servizio Assistenza Distrettuale**  
**Obiettivi anno 2011**

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE	Punteggio finale
Controllo delle Attività distrettuali ai sensi della Delibera D.G. 791/09	20%	Invio relazioni 1° e 2° semestre	SI = 100% NO = 0%	
Monitoraggio delle Attività di medicina Legale Distrettuale	20%	Invio relazioni 1° e 2° semestre	SI = 100% NO = 0%	
Monitoraggio Attività ADI rivolto al potenziamento previsto degli obiettivi dei Direttori dei Distretti	20%	Invio relazioni 1° e 2° semestre	SI = 100% NO = 0%	
Monitoraggio attività Settore Assistenza Psicologica	20%	Invio relazioni 1° e 2° semestre	SI = 100% NO = 0%	
Coordinamento e omogeneizzazione dell' U.O.M.B. allineamento anagrafe assistiti/MMG, valutazione attività specialistica ambulatoriale	20%	Invio relazioni 1° e 2° semestre	SI = 100% NO = 0%	

Data \_\_\_\_\_

Il Commissario Straordinario  
Dott. Vittorio Russo

Il Direttore del Distretto Servizio S.A.D.  
Dott. Primo Sergianni






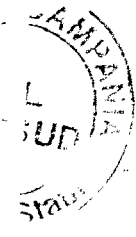
## Servizio Economico Finanziaria - anno 2011

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Monitoraggio mensile della spesa aziendale e confronto con gli obiettivi stabiliti dalle D.G.R.C. e budget aziendale 2011	25	Predisposizione report periodici e trasmissione alla direzione	Invio report periodici= 100% No = 0
Predisposizione delle situazioni debitorie pregresse da trasmettere agli Enti regionali/ SORESA per attuazione decreto regionale n. 12 / 2011	25	Evasione delle situazioni debitorie richieste entro i termini fissati dalla Regione Campania	Sì = 100% No = 0%
Attuazione linee guida regionale di Amministrazione e Contabilità, di cui al decreto 14 del 30/11/09..	25	Attuazione entro il 30/11/11	Sì = 100% No = 0%
Contabilizzazione analitica dei costi dell'esercizio nel sistema informativo aziendale, per tipologia, entro trenta giorni dal ricevimento delle fatture o evento di costo.	25	Imputazione dati entro il mese successivo	Sì 100% No 0%

Castellammare di Stabia, 10/05/11

Il Valutatore: \_\_\_\_\_ Il valutato (per accettazione) - Dott. D. Sabino: 





**SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI ANNO 2011**  
**SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE ASL NA3 SUD**  
**RESPONSABILE: DR.SSA ANTONIETTA SICILIANO**

AG 1

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE	MISURAZ.
Governo clinico e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni	Riunione formativa del personale medico afferente alle UOASB distrettuali aziendali in merito alle procedure di liquidazione	33%	Verbale di avvenuta riunione formativa del personale medico UOASB ASL NA 3Sud	Trasmissione si 100% Trasmissione no 0%	33
Governo clinico e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni	Riunione formativa del personale medico afferente alle UOASB distrettuali aziendali in merito alle procedure di trasmissione dati STP	33%	Verbale di avvenuta riunione formativa del personale medico UOASB ASL NA 3Sud	Trasmissione si 100% Trasmissione no 0%	33
Governo clinico e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni	Riunione formativa del personale medico distrettuale aziendali in merito alle procedure di cui alla L.210/92	34%	Verbale di avvenuta riunione formativa del personale medico UOASB ASL NA 3Sud	Trasmissione si 100% Trasmissione no 0%	34

Valutatore: Dr. \_\_\_\_\_

Dirigente Valutato \_\_\_\_\_

Data di assegnazione \_\_\_\_\_

26/7/11



## Servizio Acquisizione Beni e Servizi - Obiettivi Anno 2011

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Implementazione utilizzo OLIAMM nella gestione ORDINI - LIQUIDAZIONE	30	RELAZIONE	SI = 100% NO = 0%
Riduzione dei costi amministrativi mediante l'utilizzo prevalente della posta elettronica, con particolare riferimento al comma 6 dell'articolo 16 legge n. 2 del 28 gennaio 2009, che converte in legge, con modificazioni, il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008.(P.E.C.)	20	RELAZIONE	SI = 100% NO = 0%
Implementazione ricorso alle centrali uniche di acquisto (CONSIP- SORESA)	20	OTTIMIZZAZIONE PROCEDURE DI ACQUISTI IN RETE	>=20 = 100% <20 = 0%
Formazione del nuovo personale, afferente al Servizio ABS ed addetto alle procedure d'acquisto tramite cassa economale	15	ATTESTAZIONE FINALE DELLA FORMAZIONE	SI = 100% NO = 0%
Formazione del nuovo personale, afferente al Servizio ABS ed addetto alle procedure di magazzino	15	ATTESTAZIONE FINALE DELLA FORMAZIONE	SI = 100% NO = 0%

IL VALUTATO

IL VALUTATORE

31



**SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA**  
 Tel. 081.8729364; fax 081.8729334;  
 E-mail: [saso@aslnapoli3sud](mailto:saso@aslnapoli3sud)  
 Sito: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)  
 Direttore Dott. Franklin Picker  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA

2011

OBIETTIVI	PUNTEGGIO	INDICATORI
Definizione e monitoraggio stato attuazione Piano ospedaliero	30	Relazioni stato di attuazione
Consolidamento di un sistema di raccolta e analisi di eventi collegati alla sicurezza del paziente	10	n. incontri effettuati/incontri programmati
Implementazione processi di verifica ed altri sistemi di controllo per attività ad alto rischio	10	Applicazione check list in tutte le sale operatorie
Progettualità aziendale ed extra aziendale: consolidamento e monitoraggio	10	n. progetti implementati/n. progetti previsti
ADO consolidamento modelli integrazione ospedale territorio	20	n. pazienti presi in carico su n. pazienti segnalati
NAD consolidamento modelli integrazione ospedale territorio	20	n. pazienti presi in carico su n. pazienti segnalati

*Handwritten signature*



*Handwritten initials 'Ar'*



SERVIZIO GESTIONE TECNICA E OTTIMIZZAZIONE SISTEMI INFORMATICI

OBIETTIVI ANNO 2011

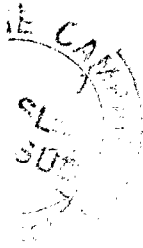
Obiettivi Specifici e Personali	Peso	indicatori	valutazione
Informatizzazione Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri Asl Napoli 3 Sud	20	Completamento della messa in opera del modulo di Pronto Soccorso sul PP.OO. Di Castellammare e Nola	si= 100% no=0%
Integrazione degli applicativi per la completa informatizzazione del percorso-paziente all'interno del P.O.	20	Integrazione del percorso del paziente almeno in un reparto	si= 100% no=0%
Informatizzazione della Gestione Operativa del Personale	25	Completamento della fusione di tutte le procedure paghe	si= 100% no=0%
nuova sala server	10	Completamento della nuova collocazione dei rack non refrigerati nel nuovo sito	si= 100% no=0%
Consolidamento server - virtualizzazione	15	il numero dei server fisici virtualizzati	si= 100% no=0%
integrazione reti ex 4 - ex 5	10	Buona collegabilità da qualsiasi punto geografico dell'asi alla rete aziendale	si= 100% no=0%

IL VALUTATO

*Stefano...*

*[Signature]*





### OBIETTIVI ANNO 2011

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA STRUTTURA	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE	PUNTEGGIO FINALE
TRASMISSIONE DELLE DELIBERE ADOTTATE DAL COMMISSARIO STRAORDINARIO AI SERVIZI CENTRALI DI SPECIFICA COMPETENZA CON L'UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	30%	REALIZZARE LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI RELATIVI AD ALMENO OTTO SEDUTE ENTRO IL 31 DICEMBRE 2011	SI 100% NO 0%	
REALIZZAZIONE DI UN ARCHIVIO INFORMATICO DI TUTTE LE DELIBERE ADOTTATE DAL COMMISSARIO STRAORDINARIO / COMMISSARIO AD ACTA NELL'ANNO IN CORSO ATTRAVERSO LA SCANNERIZZAZIONE DELLE STESSE E CONSERVAZIONE SU CD ROM	30%	ARCHIVIAZIONE SU CD ROM	SCANNERIZZAZIONE DELLE DELIBERE ADOTTATE ANNO 2011 : 12/ 12 MESI 100% 8/ 12 MESI 80% > DI 7 MESI 0%	
TRASMISSIONE A TUTTI I SINDACI DEI COMUNI RICADENTI NEL TERRITORIO ASL NAPOLI 3 SUD DELLE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLE DELIBERAZIONI ADOTTATE DAL COMMISSARIO STRAORDINARIO CON L'UTILIZZO DELLA PROCEDURA PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA )	20%	REALIZZARE ALMENO CINQUANTA SPEDIZIONI ENTRO 30 NOVEMBRE 2011	SI 100% NO 0%	

FB

AF

33/610



Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia NA  
U.O.C. Servizio Gabinetto  
Tel 0818729750; fax 081872776;  
e-mail sgab@asnapoli3sud.it; sgab@pec.asnapoli3sud.it  
Sito: www.asnapoli3sud.it

**OBIETTIVI ANNO 2011**

TRASMISSIONE DELLE DELIBERE ADOTTATE DAL COMMISSARIO STRAORDINARIO AL COLLEGIO SINDACALE CON L'UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	20%	REALIZZARE LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI RELATIVI AD ALMENO DIECI SEDUTE ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2011	SI 100% NO 0%	
---	-----	--	------------------	--

IL VALUTATO

Dr.ssa Maria Barbato

Data di accettazione

7 MARZO 2011

IL VALUTATORE

\_\_\_\_\_

**ASL NA 3 Sud - Coordinamento SocioSanitario - Obiettivi anno 2011**  
**Il Direttore - Dr Antonio Secondulfo**

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE	Punteggio finale
<p>Coordinamento del monitoraggio LEASOCIOSAN per tutte le strutture complesse coinvolte: Distretti Sanitari - Dipartimento di Riabilitazione - Dipartimento di Salute Mentale - SERT - come da delibera aziendale n. 000498 del 13/10/2009 ad oggetto "adozione piano attività LEASOCIOSAN ai sensi D.G.R.C. n. 2105 del 31/12/200" - monitoraggio ed informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29/11/01 - presa d'atto dei risultati del progetto di monitoraggio LEASOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione dello stesso"</p>	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Censimento patrimonio informatico;</li> <li>- Profilo di autorizzazione alla piattaforma;</li> <li>- Riunione con gli attori del processo di monitoraggio;</li> <li>- Percorso informativo</li> </ul>	<p>n. 4 indicatori : 100%  n. 3 indicatori : 80%  n. 2 indicatori : 40%  n. 1 indicatore : 20%  n. 0 indicatore : 0%</p>	
<p>Aumento del target - per l'anno 2011- del 2% della popolazione &gt; 64 anni da arruolare in ADI rispetto all'anno 2010 attraverso i Distretti Sanitari - UU.OO.AA.</p>	25	<p>Monitoraggio Controllo Gestione Modello FLS 21 quadro H (A.D.I.) Attraverso i dati delle UU.OO.AA. dei Distretti Sanitari</p>	<p>+ 2% 100%  + 1% 80%  0% 0%</p>	
<p>Guida ai Servizi Socio Sanitari concordata con gli altri attori interessati</p>	25	<p>Realizzazione della Guida</p>	<p>Si 100%  No 0%</p>	
<p>Attuazione del Protocollo Cure domiciliari</p>	25	<p>Protocolli unici e condivisi tra Distretti Sanitari e Ambiti</p>	<p>9 ambiti : 100%  7 ambiti : 80%  5 ambiti : 50%  4 ambiti : 30%  3 ambiti : 0%</p>	

Data.....

Il valutato dr Antonio Secondulfo



Il Valutatore .....



Scheda AG 1 - Assegnazione obiettivi - Servizio Patologia Clinica Territoriale - Direttore dr. FA Pisanti

Punti	Obiettivi specifici e personali	Indicatori	Misurazione	% conseguimento o punteggio max
34	mantenimento di certificazione ISO	numero delle non conformità rilevate dall'ente certificatore	<3 <5 <10	100% 70% 40%
20	produzione di statistiche semestrali dell'attività effettuata per conto dei singoli SERT servizi	schemi riassuntivi	si no	100% 0%
24	gestione ordini reagenti attraverso piattaforma SORESA	% prodotti ordinati (rispetto a quelli ordinabili attraverso SORESA), relazione	>90 >70 >50 >90 >70 <70	100% 70% 50% 100% 70% 0%
12	screening colon retto	grado soddisfazione Servizio ordinante (SEP)		
10	produzione di statistiche di attività con cadenza bimestrale	num. report consegnati al Servizio competente entro il giorno 20 del mese successivo al bimestre di riferimento	6 5 4	100% 80% 50%
100	tot			

Firma del Dirigente valutato



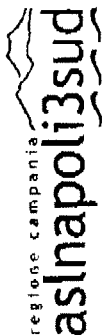
Firma del 2° dirigente valutatore

Firma del 1° dirigente valutatore

Data



36



SCHEDA ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI GESTIONALI

**DIPARTIMENTO TECNICO LOGISTICO**

direttore: avv. ing. Walter Tiani

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Miglioramento del clima e della organizzazione interna Politica di coinvolgimento e condivisione	33	Confronto tra le tre UU.OO.CC. mediante l'utilizzo di tecniche di brainstorming per la individuazione delle strategie più efficaci	n.4 incontri = 100% n. 3 incontri = 75% da n.1 a n.2 incontri = 50 % 0 incontri = 0%
Istituzione di registri e procedure informatizzate uniche per il costante monitoraggio delle attività	33	Relazione	Presentazione relazione  SI = 100% No = 0%
Promozione delle iniziative e delle azioni sperimentali finalizzate alla collaborazione tra le strutture aziendali e gli Enti coinvolti	34	Istituzione tavoli tecnici	SI = 100% No = 0%

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

Il valutato \_\_\_\_\_



36



SCHEDA ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI GESTIONALI

**U.O.C. Servizio Gestione Tecnica ed Ottimizzazione del Patrimonio Immobiliare Ospedaliero**

aw. ing. Walter Tiani

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Promozione e gestione del cambiamento dal vecchio al nuovo assetto organizzativo	15	Responsabilizzazione dei collaboratori, istituzione gruppi di lavoro e riunioni periodiche interne di confronto	Presentazione relazione consuntiva sugli incontri tenutisi SI = 100% No = 0%
Pianificare accuratamente e monitorare costantemente (con report alla Direzione Aziendale) le fasi di avanzamento dei lavori pubblici della Azienda	30	Reports trasmessi	n.6 reports = 100% da 3 a 5 reports = 75% da 1 a 2 reports = 50 % 0 reports = 0%
Conciliare le attività di manutenzione ospedaliera con i Piani di eliminazione e/o riduzione dei rischi	30	Relazione	Presentazione relazione SI = 100% No = 0%
Aggiornamento rilievi esistenti degli immobili ospedalieri ed informatizzazione dei dati planimetrici	25	numero immobili censiti	n.8 rilievi elaborati ed informatizzati = 100% da 4 a 7 fascicoli = 75% da 1 a 3 fascicoli = 50 % 0 fascicoli = 0%

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

Il valutato \_\_\_\_\_

# Servizio Materno Infantile - anno 2011

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
integrazione ospedale-territorio ;progettualità condivise in merito alla prevenzione e effettuazione IVG.	Realizzazione di almeno un altro punto ,nel territorio dell'ASL per le IVG .Formazione congiunta del personale ospedaliero e territoriale su interventi di prevenzione in particolare modo nelle adolescenti.	20	Centri (2 ) per l'effettuazione delle IVG sul nostro territorio. Un Corso di formazione per la prevenzione e il supporto alle donne che effettuano interruzione di gravidanza..	Attivazione di almeno un altro punto ospedaliero per la effettuazione delle IVG. Realizzazione di un corso di formazione sull'argomento dedicato agli operatori ospedalieri e consultoriali .
Applicazione delle Linee Guida Regionali sulla promozione dell'allattamento al seno.	Promozione dell'allattamento materno attraverso la realizzazione del progetto "promozione di pratiche assistenziali basate sull'evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno" della Regione Campania.	20	Aumento del tasso di allattati al seno rispetto ai dati del 2010 forniti dal Gruppo Regionale di promozione dell'allattamento materno. Produzione di opuscoli e manifesti da distribuire nei Punti Nascita e nelle UOMI.	Stato dell'arte del progetto;costituzione di un tavolo tecnico Aziendale per la realizzazione del progetto. Diffusione di opuscolo e manifesti .
Applicazione sul territorio dell'ASL dei criteri indicati dal protocollo Operativo Integrato in materia di Adozioni Nazionali e Internazionali	Diffusione del protocollo operativo integrato.	15	Applicazione del Protocollo Operativo Adozioni da parte del personale dedicato.	Numero di richieste relative ad ulteriori approfondimenti di Valutazione e Formazione.
Condivisione tematiche di approfondimento relative alla qualità del Percorso Adottivo Internazionale.	Integrazione tra aspetti teorici e pratici promossi dal Corso di Alta Specialità indetto dall'Istituto degli Innocenti (Firenze 2010)	10	Pianificazione di incontri formativi con i Servizi Sociali dei Comuni D'Ambito ..	Numero di Sessioni d'incontro formativo con i SSC dell'Ambito NA 9-10-11-12..
Partecipazione al percorso adottivo nazionale ed internazionale	Prosecuzione del Progetto Spazio Adolescenti Prevenzione del bullismo e dei Disturbi psicologici ,dell'educazione sentimentale e sessuale presso le scuole superiori.	20	Numero di Scuole coinvolte.	Riduzione delle segnalazioni di fenomeni di bullismo.
Ottimizzazione dei flussi informativi e delle procedure	Omogeneizzazione su tutto l'ambito aziendale delle procedure per l' esecuzione degli screening della cervice uterina e della mammella.	10	Incontri del Tavolo Tecnico e realizzazione delle decisioni.	Attivazione degli screening nei Distretti - Ospedali dove precedentemente erano assenti.

Castellammare 6/03/ 2011

Il nucleo di budget

Dott. : \_\_\_\_\_

Dott.: \_\_\_\_\_

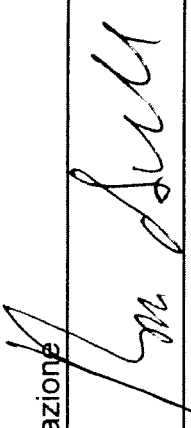
I valutati (per accettazione)

Dott.ssa A. Esposito: \_\_\_\_\_

Dr L.Granato \_\_\_\_\_

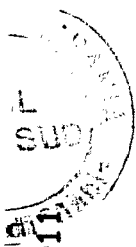
**Coordinamento U.O.C. Ser.T. ex ASL Napoli 5**  
**Obiettivi anno 2011**

Obiettivi Specifici	Peso	Indicatori	Valutazione
Monitoraggio percorsi di ricovero presso strutture provvisoriamente accreditate e dell'appropriatezza delle spesa aziendale	20	aderenza al protocollo amministrativo e terapeutico aggiornamento periodico della spesa report verifica progetto terapeutico personalizzato report spesa trimestrale	100% - 81% = 100% 80% - 61% = 80% < 60% = 0%
Sistema Informativo Integrato per la rilevazione dei dati di competenza (ministeriali, regionali, LEA, prefettura, aziendali)	20	compilazione dati (debito informativo) analisi dei dati	100% - 81% = 100% 80% - 61% = 80% < 60% = 0%
Rilevazione e monitoraggio delle attività, procedure, prestazioni	20	compilazione schede analisi dei dati	100% - 81% = 100% 80% - 61% = 80% < 60% = 0%
Affidamento ai Dirigenti di Piani di Attività di particolare rilievo e integrazione di personale	20	formalizzazione dei Piani di Attività verifica degli step progettuali	100% - 81% = 100% 80% - 61% = 80% < 60% = 0%
Revisione, confronto, monitoraggio delle procedure delle singole UU.OO.CC.	20	formalizzazione e condivisione regolamento omogeneizzazione e condivisione procedure	100% - 81% = 100% 80% - 61% = 80% < 60% = 0%

Data di accettazione \_\_\_\_\_  
 Il Valutato   
 Il Valutatore \_\_\_\_\_  
 dott. Bruno Aiello







**ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Servizio Fasce Deboli - anno 2011**

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	PESO (100 %)	INDICATORI	VALUTAZIONE
Liquidazione del fatturato alle strutture di ricovero per tossicodipendenti entro il termine di 90 giorni, con i relativi controlli al fine di evitare prestazioni inappropriate	20	N° fatture liquidate e controllo delle relative impegnative emesse dai Ser. T.	100% fatture liquidate = 100% 80% fatture liquidate=75% 50% fatture liquidate = 50% Meno 50% fatture liquidate=0
Informatizzazione dell'assistenza domiciliare di media-alta ed elevata complessità e cure palliative a malati terminali	20	Analisi dei reports informatici pervenuti sulle attività domiciliari	80% reports analizzati = 100% < 80% = 0%
Garanzia che le prestazioni domiciliari del personale che espleta Cure Domiciliari di elevata complessità siano state effettuate al di fuori dell'orario di servizio e relativa liquidazione	20	Controllo delle schede-paziente pervenute e controllo dell'attività svolta al di fuori del servizio attraverso il cartellino di presenza	100% delle prestazioni=100% 80% delle prestazioni =75% 50 delle prestazioni = 50% Meno 50% delle prestazioni = 0
Appropriatezza delle prestazioni di elevata complessità domiciliare ed integrazione dei vari nodi della rete di assistenza	20	Partecipazione alle Commissioni UVID di elevata complessità da parte del Servizio Fasce Deboli	100% dei verbali =100% 80% dei verbali =75% 50 dei verbali = 50% Meno 50% dei verbali = 0
Partecipazione al tavolo tecnico, delibera aziendale n.332/2011, sulle Linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari	20	Numero di sedute di partecipazione ai lavori del tavolo tecnico	90% delle sedute = 100% < 90% delle sedute = 0%

Il valutato - Dott.ssa Galdi:

Il valutatore:

Dipartimento Farmaceutico - anno 2011  
 Scheda AGI definizione obiettivi gestionali

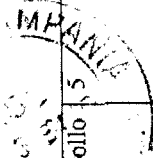
OBIETTIVI GENERALI	PESO	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1. Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Decreto 41/2010	10	report di base su dati disponibili dopo elaborazione da parte delle ditte aggiudicataria della gara lettura ricette	Numero reports di base su prescrizione medici	report su dati disponibili 100% = 100% >del 50% = 0
2. Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Decreto 41/2010	10	Collaborazione e supporto ai Distretti ed ai Servizi Centrali ( UCAD ) per l'attivazione di procedure finalizzate al contenimento della spesa.	Partecipazione ad uffici di coordinamento distrettuale, incontri tenuti a livello distrettuale con il MMG e PLS, commissioni centrali e ecc.	- Partecipazione al 100% degli incontri = 100% - 90% incontri = 90% - Meno di 80% = 0%
3. Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Decreto 15/2009	5	Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci con brevetto scaduto	Invio reports trimestrali	- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%
4. Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata DGRC 4062/2001	5	Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci e dispositivi medici per reparto	Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Ospedaliera ed al Servizio Controllo di Gestione della spesa per ciascuna U.O. e/o Servizio.	- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%
5. Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Decreto 15/2009	5	Monitoraggio delle prescrizioni e utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci biologici pervenute alla struttura- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%.	Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Ospedaliera, al Nucleo Appropriatezza Farmaceutica Aziendale	- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%
6. Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata DGRC 4062/2001	5	Controllo consumi farmaci e dispositivi medici per unità operativa distrettuale	Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Distrettuale ed al Servizio Controllo di Gestione della spesa per ciascuna U.O. e/o Servizio	- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%



*[Handwritten signature]*

7.	Attività per il controllo e di sorveglianza	5	Indagini Autorità Giudiziarie	Elaborazione reports e collaborazione alle indagini con riscontro alle richieste specifiche. ( consegna ricette, tabulati, analisi prescrizioni . ecc. )	report su dati di vendita 100% = 100% >del 50% = 0
8.	Azioni per il contenimento spesa farmaceutica convenzionata	5	Indagne a campione su prescrizioni farmaceutiche integrative e prescrizioni di ossigeno liquido domiciliare	Numero di rilievi sollevati ai distretti per attivazione procedure di verifica e eventuali contestazioni ai MMG	Almeno 60 segnalazioni/ anno = 100% Fra 50 e 55 = 85% Tra 45 e 50 = 70% Meno di 45 = 0
9.	Monitoraggio contenimento spesa farmaceutica convenzionata DGRC il 4063/ 2001 e 2079 e successivo Decreto 15/2009	5	Monitoraggio sull'assistenza farmaceutica ai pazienti dimessi da presidi sanitari.	Invio report mensili alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al Servizio Controllo di Gestione da parte delle Farmacie Ospedaliere riferiti ai farmaci erogati con l'indicazione del risparmio raggiunto	Invio 12 report = 100% Invio da 9 a 11 report = 70% Invio meno di 9 report = 0%
10.	Azioni per il controllo dei costi e il Contenimento spesa Farmaceutica ospedaliera. Decreto 15 /2009	5	Intensificazione dei controlli sulla prescrizione dei farmaci relativi all'appropriatezza clinica e farmaceutica.	Utilizzo di richieste motivate, pervenute da parte dei reparti e/o U.O.O. degli ospedali. valutazione delle stesse rispetto alla dispensazione di farmaci ad alto costo. In particolar modo controlli sulle prescrizioni per la profilassi antibiotica peri-operatoria (DD 15/2009)	100% = 100% 80% = 80 % < 80% = 0
11.	Attenzione al controllo dei costi e liberazione risorse. Decreto 15 /2009	5	Aggiornamento Prontuario Ospedaliero dei Farmaci secondo il PTOR	Aggiornamento del PTOA - ASL NA 3 SUD in relazione del PTOR.	100% = 100% 80% = 80 % < 80% = 0
12.	Attenzione al controllo dei costi e liberazione risorse	5	Definizione e stesura capitolato tecnico per i prodotti non presenti in gara -Sorsa. fabbisogno e atti di gara Delibera 189/09	Predisposizione di capitolati tecnici e fabbisogni.	100% = 100% 80% = 80 % < 80% = 0
13.	Attività per il controllo e di sorveglianza	5	Attività di controllo sulle farmacie. Accessi ispettivi ordinari tecnico-amministrativo e igienico sanitario dell'esercizio	Numero di ispezioni 60/ anno	Invio resoconti almeno n° 60 ispezioni = 100% Tra 59 e 49 = 80% Tra 48 e 19 = 60% Meno di 18 = 0

40/2015



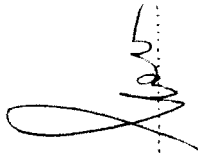
*[Handwritten signature]*

14)	Attività per il controllo e di sorveglianza	5	Attività di controllo ispettivo sui depositi distributori intermedi di farmaci (grossisti) in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione (accessi ispettivi D.L. 219/06)	Numero di ispezioni 10/ anno	Invio resoconti - nr 10 ispezioni = 100% Tra 9 e 6 = 80% Tra 5 e 3 = 60% Meno di 3 = 0
15	Attività per il controllo e di sorveglianza	5	Accessi ispettivi farmaceutica convenzionata	Numero di ispezioni 100 / anno	Invio resoconti almeno n° 100 ispezioni = 100% Tra 90 e 80 = 80% Tra 60 e 40 = 60% Meno di 40 = 0
16	Attivazione piattaforma SO.RE.SA.	5	Attività di integrazione Olitium - Soresa	Predisposizioni fabbisogni per prese d'atto gare Soresa - prese d'atto gare Soresa	100% = 100% 80% = 80 % < 80% = 0
17	Azioni per il controllo dei costi e il contenimento spesa Farmaceutica ospedaliera. Decreto 41 /2010	10	Gestione razionale di farmaci	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% Economia del 28% = 80% Economia del 20% = 60% Economia > del 12% = 0

12/2/2011

Castellammare di Stabia

Il Valutato



Il Commissario Straordinario



ALLEGATO 4/1



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA3 SUD**  
**Obiettivi Aziendali 2011**

AG 1

**Scheda assegnazione obiettivi - Servizio Veterinario Sanità animale**

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI E VERIFICA
1	Sorveglianza Malattia Vesicolare Suina	Mantenimento dell'accreditamento del 100 % delle aziende suine presenti sul territorio ai fini della Malattia Vesicolare (MVS) ai sensi della Decisione della Commissione dell'8 nov. 2005 relativa a talune misure sanitarie di protezione contro la malattia vesicolare dei suini in Italia e della Circ. del Ministero della Salute prot. DGVA. VIII/6964/P-I.B.d/38 del 17.02.06	25	N° suini controllabili Copie referti di laboratorio. Due verifiche/anno
2	Bonifica Sanitaria Allevamenti Controllo sui processi	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. Mantenimento / Raggiungimento del 100 % delle aziende e dei capi presenti allevamenti ovi-caprini mediante il controllo del 100 % delle aziende.	30	Riepilogo semestrale Report BDN e SANAN Esiti di laboratorio Verifica semestrale
3	Piani nazionali di monitoraggio Controllo sui processi	Attuazione del Piano Nazionale di controllo di Salmonella enteritidis e thyphimurium negli allevamenti avicoli presenti sul territorio. Attuazione del Piano Nazionale di monitoraggio dell'Influenza aviaria delle aziende presenti sul territorio) Piano Nazionale di controllo Anemia Infettiva degli equidi Piano di controllo Allevamenti Sentinella Blue Tongue	20	Copia delle relazioni finali relative ai controlli effettuati. Verifica semestrale
4	Sorveglianza Banca Dati Anagrafi Zootecniche	Aggiornamento della BDN (Banca Dati Nazionale) per le anagrafi zootecniche bovine, bufaline, ovi-caprine, suine e avicole del territorio di competenza e controlli sulla identificazione e registrazione degli animali, con la compilazione di una Check List	15	Verifica in rete delle procedure di alimentazione della Banca Dati. Registrazioni Check List in BDN Verifica semestrale
5	Ottimizzazione flussi informativi	Invio al Servizio Programmazione e controllo scheda AG 2 e AG 3 e di tutta la documentazione comprovante il raggiungimento degli obiettivi per tutti i dirigenti afferenti alle strutture entro il 31 gennaio 2012.	10	Data protocollo

*Antonio Naclerio*

Il Direttore Servizio Sanità Animale : Dr. Antonio Naclerio.....

*Giovanni Morra*

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: Dr. Giovanni Morra.....

12 8 11

**REGIONE CAMPANIA**  
 Azienda Sanitaria Locale NA 3  
 PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

*Il Dirigente*

Il Commissario Straordinario: dr. Vittorio Russo.....

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3 SUD  
OBIETTIVI 2011

Scheda obiettivi Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di O.A.

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Piano di monitoraggio sugli alimenti di origine animale trattati con radiazioni ionizzanti	20%	Prelievo di n° 9 campioni di carne di pollame, cosce di rana, molluschi e crostacei. Verbali di prelevamento campioni e referto analitico
2	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Piano di monitoraggio sulle modalità di smaltimento dei sottoprodotti o.a. di cat. 3 in talune attività commerciali particolari.	20%	Esecuzione di n° 16 ispezioni. Verbali di ispezione e compilazione della scheda di controllo
3	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Esecuzione controlli ufficiali nelle strutture CE programmati in base alla categoria di rischio	20%	Esecuzione di un minimo di 450 ispezioni. Registrazione dei controlli ufficiali nel sistema GISA
4	Macellazione ungulati domestici e lagomorfi	Controllo idoneità al consumo carni	20%	controlli su macelli e macellerie
5	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Controllo idoneità al consumo pesci e frutti di mare	20%	vigilanza mercati e pescherie

SERVIZIO VETERINARIO  
IGIENE ALIMENTI DI O.A.  
IL DIRETTORE

Direttore Servizio .....

*Angela*

Direttore Dip. ....

Data ..... 12.8.11 .....

**REGIONE CAMPANIA**  
Azienda Sanitaria Locale NA 3  
PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
Il Dirigente

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3 SUD  
 OBIETTIVI 2011

Scheda obiettivi Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Verifica all'adeguamento delle strutture veterinarie per la cura degli animali da compagnia, ai requisiti minimi previsti da DGRC n° 459/2006	25%	Verifica di tutti gli ambulatori veterinari
2	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Applicazione piano nazionale alimentazione animale 2011	25%	Esecuzione del piano
3	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Applicazione piano nazionale residui 2011	25%	Esecuzione del piano
4	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Valutazione dei piani di autocontrollo del 50% dei caseifici CE	25%	Verifica piano di autocontrollo del 50% dei caseifici CE

ASL NA 3 SUD  
 DIRETTORE AREA C  
 Dr. Paolo Annunziata

Direttore Servizio .....  
 Direttore Dip. ....

177

Data 12.8.11

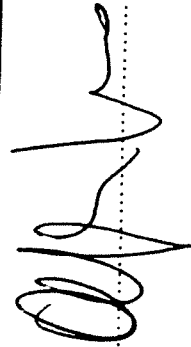
REGIONE CAMPANIA  
 Azienda Sanitaria Locale NA 3  
 PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
 Il Dirigente

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3SUD  
 OBIETTIVI 2011

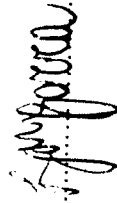
Scheda obiettivi Servizio Igiene e Sanità Pubblica

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Sorveglianza e prevenzione	Verifica e controllo sulle industrie insalubri	20%	Verifica attraverso check list
2	Sorveglianza e prevenzione	Vigilanza e controllo sulle acque ( consumo umano, ed altri usi)	20%	analisi sui dati della programmazione dei campioni. Vigilanza sulle piscine
3	Sorveglianza e prevenzione	Polizia mortuaria	20%	Vigilanza sull'igiene cimiteriale
4	Sorveglianza e prevenzione	Igiene Urbana	20%	Vigilanza e controllo deposito e trasporto rifiuti
5	Ricerca e formazione	collaborazione con il direttore del SISP	20%	Realizzazione protocolli e linee guida sui requisiti delle attività produttive

Direttore Servizio .....



Direttore Dip. ....



Data ..... 12.8.11 .....



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3 SUD  
OBIETTIVI 2011**

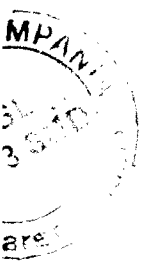
**Scheda obiettivi Servizio Epidemiologia e Prevenzione**

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico degenerative	Implementazione dell'indagine campionaria di popolazione PASSI 2011 (sullo stato di salute, sugli stili di vita e sull'utilizzo dei servizi)	20%	Report conclusivo
2	Prevenzione e controllo delle malattie infettive	Coordinamento e promozione attività vaccinali in età pediatrica : campagna vaccinale antinfluenzale	20%	Report andamento attività vaccinali della infanzia e campagna antinfluenzale 2010 Atti di programmazione campagna antinfluenzale 2011
3	Salute della madre e del bambino	Raccolta, controllo ed analisi dei certificati di assistenza al parto e delle schede delle malformazioni congenite	20%	Informatizzazione su programma regionale : report annuale in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale
4	Flussi informativi	Gestione Registro Nominativo delle cause di morte	20%	Informatizzazione su programma regionale GEMO
5	Epidemiologia e profilassi malattie infettive	Coordinamento attività di sorveglianza e profilassi malattie infettive ed analisi dei dati	20%	Report anno 2010

Direttore Servizio *Francesco Quintana* *9/9/11* *Salvatore*

Direttore Dip. *[Signature]* Data 12.8.11

**REGIONE CAMPANIA**  
Azienda Sanitaria Locale NA 3  
PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
*Il Dirigente*



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3 SUD  
OBIETTIVI 2011**

**Scheda obiettivi Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Programmazione controlli ufficiali sulle attività alimentari (ispezioni in sorveglianza con categorizzazione), con priorità sulle imprese dedite alla ristorazione collettiva, produzione e commercializzazione all'ingrosso. Verifica attività	20%	Atti relativi alla verifica e controllo della documentazione inviata dalle UU.OO.P.C.. Report attività
2	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Programmazione piano di monitoraggio su mainci vegetali e bevande ai sensi del PRI: Ricerca contaminanti chimici, fisici e biologici	20%	Predisposizione piano e valutazione trimestrale attività UU.OO.P.C.
3	Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	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 di check list	20%	Vigilanza presso le rivendite di fitosanitari. Atti relativi al corso. Report.
4	Sorveglianza e prevenzione (prevenzione nutrizionale)	Sorveglianza nutrizionale : "Sistema Nazionale di Sorveglianza sui rischi comportamentali nei giovani in età 6 - 17 anni": Okkio alla salute.	15%	Report.
5	Sorveglianza e prevenzione (prevenzione nutrizionale)	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. Report.
6	Sorveglianza e prevenzione (prevenzione nutrizionale)	Informazione e controllo utilizzo sale contenente iodio. Diffusione materiale informativo in collaborazione con le UU.OO.P.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. Report.

Direttore Servizio .....

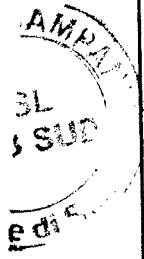
*[Signature]*

Direttore Dip. ....

*[Signature]*

Data ..... 12.8.11

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3 SUD**  
**OBIETTIVI 2011**



**Scheda obiettivi Servizio Igiene e Medicina del Lavoro**

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Attività di prevenzione e collaborazioni	- inchieste infortuni; - malattie professionali.	20%	- conclusione di tutte le deleghe; - evasione di tutte le segnalazioni dei medici competenti
2	Attività di vigilanza ed ispezione luoghi di lavoro	Vigilanza per la sicurezza nei cantieri temporanei e mobili	25%	almeno 250 ispezioni cantieri in edilizia
3	Attività di vigilanza ed ispezione luoghi di lavoro	Vigilanza nelle imprese del settore industrie e servizi	25%	accesso presso almeno 50 unità
4	Esposizione all'amianto	Valutazione dei piani di bonifica	20%	Valutazione del 90% dei piani di bonifica
5	Attività di formazione	Informazione/ formazione ai lavoratori, rivenditori, utilizzatori di fitofarmaci	10%	In collaborazione con la Regione Campania assessorato all'agricoltura e SIAN

Direttore Servizio ..... *Alfonsino Alfano* .....  
 Direttore Dip. .... *Angela* .....

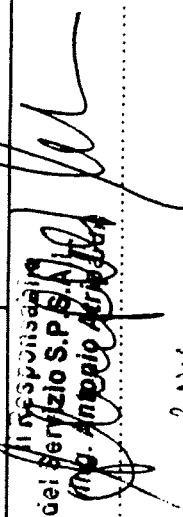
Data ..... **12.8.11** .....

**REGIONE CAMPANIA**  
Azienda Sanitaria Locale NA 3  
PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
*Il Dirigente*

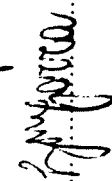
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL NA 3 SUD  
OBIETTIVI 2011**

**Scheda obiettivi - S.P.S.A.L.**

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI
1	Attività di Vigilanza ed ispezioni nei luoghi di lavoro	Vigilanza nel settore Industria e Servizi	25%	Accesso presso 50 (cinquanta) unità locali sul territorio di competenza
2	Attività di vigilanza ed ispezioni nei luoghi di lavoro	Misure per la salute e sicurezza nei cantieri temporanei e mobili	25%	almeno 250 (duecentocinquanta) cantieri edili
3	Attività di Vigilanza ed ispezioni nei luoghi di lavoro	Verifiche periodiche macchine attrezzature ed impianti; ascensori e montacarichi; impianti elettrici e di messa a terra; impianti di protezione scariche atmosferiche e con pericolo di esplosione; impianti sollevamento ( gru, autogrù, paranchi etc...); verifiche periodiche apparecchi a pressione.	25%	1000 verifiche periodiche di legge
4	Attività di prevenzione e collaborazione	Inchieste infortuni su deleghe inoltrate dalla A.G.	15%	Conclusione di tutte le deleghe inoltrate dalla A.G.
5	Attività di formazione	Formazione dei rivenditori ed utilizzatori fitofarmaci	10%	In collaborazione con la Regione Campania e con il S.I.A.N del Dipartimento di Prevenzione

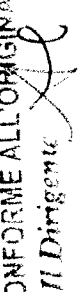
Il Responsabile del Servizio S.P.S.A.L.  


Direttore Servizio .....

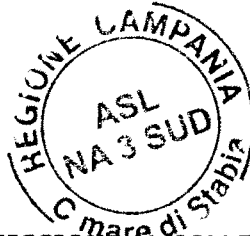


Direttore Dip .....

Data ..... 12.8.11

**REGIONE CAMPANIA**  
 Azienda Sanitaria Locale N. 3  
 PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
 Il Dirigente 

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullio)

*Marco Tullio*

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 38920 in data 10 NOV. 2011

**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

*[Signature]*

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A:**

COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 48	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 49	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 50	
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 52	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 53	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 54	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 55	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 56	
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 59	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	
COORD.TO PROGETTI FONDI		