

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

Corso Alcide De Gasperi, 167

80053 CASTELLAMMARE DI STABIA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: ASSEGNAZIONE OBIETTIVI PRESTAZIONALI ANNO 2012

Alla stregua dell'istruttoria compiuta **dall'U.O.C. 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 a mezzo di sottoscrizione della presente dal direttore U.O.C. Controllo di Gestione

Visti :

- la delibera della Giunta Regionale n° 467 del 26/09/011 " Nomina del Direttore Generale dell'ASL NA 3 Sud" ove sono assegnati obiettivi generali e specifici al direttore Generale e quindi per logica conseguenza a tutte le strutture aziendali;
- il regolamento sull'Ordinamento Amministrativo della G.R.C. del 15 dicembre 2011, art. 4 ed art. 5;
- la delibera di ASL NA 3 Sud n°58 del 31/01/012" Presa d'Atto Piano della Trasparenza e dell'integrità DI.gs n° 150 /2009;
- la delibera di ASL NA 3 Sud n° 129 del 13/03/2012 " Costituzione Comitato Partecipativo e Consultivo" ai sensi dell'art.14 Dlgs 502/92 e DI.gs 150/09 art.11 comma2;
- le delibere della Commissione indipendente di valutazione (C.I.V.I.T.) n°2,3,4,5 anno 2012;

Premesso che:

- l'Asl Napoli 3 sud ha avviato una serie di azioni previste dalla riforma della Pubblica Amministrazione, con la consapevolezza che l'applicazione della stessa rappresenta sicuramente un notevole cambiamento dell'organizzazione e della cultura della Stessa.

La riforma si prefigge di costituire un sistema globale di gestione della performance con un sistema organizzativo interno ed esterno, trasversale a tutta l'azienda che è governato dalla Direzione Generale tramite:

- la struttura tecnica di supporto, funzione individuata nella UOC Controllo di Gestione;
- il responsabile della Trasparenza e dell'Integrità funzione individuata nella UOC Relazioni con il Pubblico;
- la funzione di promozione della Qualità , funzione individuata in un gruppo di lavoro,
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V) che fino a nuove disposizioni regionali , le funzioni sono svolte dal Nucleo di Valutazione aziendale.

Considerato che:

- la valutazione e l'assessment della performance prevede una stretta connessione tra la pianificazione, lo svolgimento dei processi produttivi, la misurazione e la valutazione dei risultati;
- che tra le normative in merito al D.Lgs. 150/2009 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 che:

- il piano della performance sarà adottato da questa Azienda nell'attesa degli indirizzi regionali ai sensi e per gli effetti del regolamento Amministrativo della R.C. citato in premessa, dopo essere stato approvato dall'Organismo Indipendente di Valutazione di nomina regionale ai sensi e per gli effetti delle delibere C.I.V.I.T.;
- che anche i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro attribuiscono grosso rilievo alla complessità, all'articolazione e all'importanza della valutazione del personale della pubblica amministrazione tutto;

Tenuto conto che :

- il Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità – Anni 2011/2012/2013 (Art. 11 D.Lgs. 150/2009) Asl Napoli 3 Sud, relativamente al punto "determinazione degli obiettivi assegnati" ha individuato gli obiettivi per l'anno 2012, trasversali a tutta l'organizzazione aziendale, presentati e concordati con le OO.SS, con le associazioni di rappresentanza dei cittadini e illustrati a tutta la rete dei portatori di interesse il 23/03/2012;
- la C.I.V.I.T. con delibera n° 4 del 2012 ha adottato quale strumento di monitoraggio griglie di rilevazione. La griglia generale di tutta l'azione aziendale è compilata dal Responsabile della trasparenza , Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico, e trasmessa al Nucleo di Valutazione , in attesa dell'attivazione dell'OIV da parte della Regione Campania. Il Nucleo di Valutazione è tenuto ad effettuare una puntuale verifica in relazione a ciascun dato ed informazione, compilando a sua volta una distinta griglia di rilevazione. Oggetto della valutazione sono tutti i dati pubblicati fino alla data di avvio del procedimento di verifica ai fini dell'attestazione. Entrambe le griglie devono essere trasmesse alla CIVIT. La scheda di attestazione deve essere sottoscritta dal presidente del Nucleo/OIV e ad essa allegato il verbale della riunione (All. F , All. G);

Ritenuto che:

- è necessario assegnare obiettivi ai dirigenti e di conseguenza a tutti gli operatori aziendali riferiti all'anno 2012 in coerenza con gli obiettivi, generali e specifici assegnati alla Direzione Strategica Aziendale;

Considerato che:

- il processo di assegnazione degli obiettivi avviene attraverso un meccanismo definito "a cascata" all'interno del quale gli obiettivi assegnati al Direttore Generale saranno ribaltati sui Dirigenti Responsabili di struttura complessa e di staff i quali, a loro volta, li ribalteranno sui dirigenti sotto ordinati a ciascuno di essi;
- ogni Direttore di struttura ha condiviso e controfirmato le schede con la classificazione degli obiettivi assegnati e con l'individuazione degli indicatori di valutazione;

Propone al

Direttore Generale


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

- di procedere, per l'anno 2012, all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti i Dirigenti Responsabili di Struttura complessa Napoli 3 Sud e che gli stessi, attraverso il meccanismo "a cascata", procederanno al ribaltamento sul personale sotto ordinato non soltanto degli obiettivi (All. A,B,C, D,E) ma anche delle attività pianificate all'interno del Piano della trasparenza (All. F).

Il Direttore

U.O.C. Controllo di Gestione


Dott.ssa Antonella De Stefano

- 
- Preso atto della dichiarazione di regolarità della istruttoria compiuta dall'U.O.C. Controllo di Gestione nonché della dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede, sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

DELIBERA

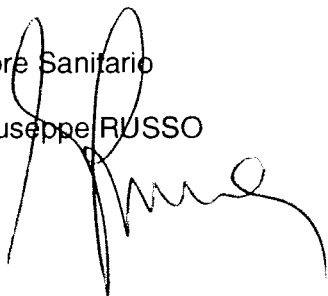
- di procedere, per l'anno 2012, all'assegnazione degli obiettivi prestazionali riguardanti i Dirigenti Responsabili di Struttura complessa Napoli 3 Sud e che gli stessi, attraverso il meccanismo "a cascata", procederanno al ribaltamento sul personale sotto ordinato non soltanto degli obiettivi (All. A,B,C,D,E,) ma anche delle attività pianificate all'interno del Piano della trasparenza (All. F).

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

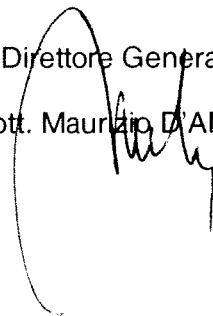


I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali hanno l'obbligo di informare il personale collaboratore degli obiettivi assegnati con il presente atto.

Il Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe RUSSO



Il Direttore Generale
Dott. Maurizio D'AMORA





PRESIDI



OSPEDALIERI

PRESIDI OSPEDALIERI - OBIETTIVI ANNO 2012

OO.RR. AREA NOLANA

VALUTAZIONE

INDICATORI

OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI. DISTRIBUZIONE PRIMA TERAPIA ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE TOTALE DI UU.OO. (*)	da 70% a 100% = 100% da 50% a 79% = 50% < 50% = 0
2	VERIFICA DELL'UTILIZZO DEL POSTO LETTO	> 80 = 100% TRA 70 E 80 = 80% < 70 = 0
3	DEOSPEDALIZZAZIONE. UTILIZZO DEI RICOVERI ORDINARI SOLO PER PATOLOGIE COMPLESSE	> ANNO PRECEDENTE = 100% DECREMENTO DEL 10% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE = 80% DECREMENTO > 10% DELL'ANNO PRECEDENTE = 0
4	CORRETTA CODIFICA DELLE SDO	0 = 100% TRA 1 E 3 = 80% > 3 = 0
UU.OO. DI AREA CHIRURGICA:		
5	ADOZIONE DI SETTING ASSISTENZIALI APPROPRIATI - PREOSPEDALIZZAZIONE	0 = 100% TRA 1 E 3 = 70% > 3 = 0
UU.OO. DI AREA MEDICA:		
6	APPROPRIATEZZA DELLE CURE (escluso le UU.OO. Di urgenza)	0 = 100% < 3% = 70% > 3% = 0
7	RISPETTO DELLE SOGLIE DI AMMISSIBILITA' PER I DRG LEA	RISPETTO TOTALE = 100% MANCATO RISPETTO FINO AL 5% DEI DRG LEA = 80% MANCATO RISPETTO > 5% = 0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

(*) questo obiettivo prevede l'assegnazione alle UU.OO. di un obiettivo altrettanto specifico che potrebbe essere:

N° DI PAZIENTI PERVENUTI IN AMMISSIONE DIMESSI	da 80% a 100% = 100%
DATA DI ACCETTAZIONE	da 60% a 79%=50%
	< 60%=0

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE



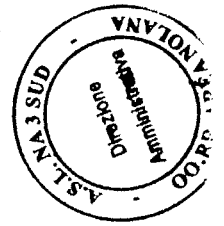
DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA - OBIETTIVI ANNO 2012	
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI
1 VERIFICA E MONITORAGGIO CASSA ECONOMALE	APPLICAZIONE SISTEMI INFORMATIZZATI DI REGISTRAZIONE E CALCOLO DATI RELATIVI AGLI APPROVVIGIONAMENTI DI COMPETENZA DEL P.O. dal 75% al 100%/100%= 100% dal 50% al 74%/100% = 50% < 50%/100% = 0
2 VERIFICA E MONITORAGGIO COSTI DI ESERCIZIO	APPLICAZIONE DI SISTEMI ADEGUATI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO A TUTTI I COSTI DELLA STRUTTURA/TOTALE TIPOLOGIE DI COSTI IN CARICO ALLA DIREZIONE AMM.VA registrazione e verifiche scostamenti per tutte le tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 100%
3 ASPETTI AMMINISTRATIVI DELLA GESTIONE DEL PERSONALE CONNESSA ALL'APPLICAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO DI RILEVAZIONE DELLA MOVIMENTAZIONE	registrazione e verifiche scostamenti tra il 50% ed il 99% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 50% registrazione e verifiche scostamenti < 50% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 0
5 PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	MONITORAGGIO E CALCOLO DELLA MOVIMENTAZIONE DEL PERSONALE ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (PRESENZE, ASSENZE, PERMESSI, ECC.) aggiornamento in tempo reale dei dati = 100% aggiornamento mensile dei dati = 50% aggiornamento oltre i 30gg. = 0
6 UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita dal 70% al 100%/100%= 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
7 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0 si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

Il Direttore Amministrativo
Dr. Angelo MADDALONICO

IL DIRETTORE GENERALE _____



PRESIDI OSPEDALIERI - OBIETTIVI ANNO 2012

OO.RR. AREA PENISOLA SORRENTINA

OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI. DISTRIBUZIONE PRIMA TERAPIA ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE	<p>N° UU.OO. CHE HANNO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO/N° TOTALE DI UU.OO. (*)</p> <p>da 70% a 100% = 100% da 50% a 79% = 50% < 50% = 0</p>
2	VERIFICA DELL'UTILIZZO DEL POSTO LETTO	<p>TASSO DI OCCUPAZIONE</p> <p>> 80 = 100% TRA 70 E 80 = 80% < 70 = 0</p>
3	DEOSPEDALIZZAZIONE. UTILIZZO DEI RICOVERI ORDINARI SOLO PER PATOLOGIE COMPLESSE	<p>PESO DRG RICOVERI ORDINARI</p> <p>> ANNO PRECEDENTE = 100% DECREMENTO DEL 10% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE = 80% DECREMENTO > 10% DELL'ANNO PRECEDENTE = 0</p>
4	CORRETTA CODIFICA DELLE SDO	<p>DRG ANOMALI</p> <p>0 = 100% TRA 1 E 3 = 80% > 3 = 0</p>
UU.OO. AREA CHIRURGICA:		
5	ADOZIONE DI SETTING ASSISTENZIALI APPROPRIATI - PREOSPEDALIZZAZIONE	<p>NUMERO DI RICOVERI DI TIPO MEDICO CHE PRECEDONO UN RICOVERO CHIRURGICO ENTRO 45 GG EROGATI ALLO STESSO SOGGETTO</p> <p>0 = 100% TRA 1 E 3 = 70% > 3 = 0</p>
UU.OO. DI AREA MEDICA:		
6	APPROPRIATEZZA DELLE CURE (escluso le UU.OO. Di urgenza)	<p>RICOVERI RIPETUTI (LGCR01) STESSO MDC ENTRO 30 GG. PER I DRG MEDICI</p> <p>0 = 100% < 3% = 70% > 3% = 0</p>
7	RISPETTO DELLE SOGLIE DI AMMISSIBILITA' PER I DRG LEA	<p>RISPETTO DELLE SOGLIE PER I 106 DRG AFFERENTI LEA SECONDO IL DECRETO 58 ED EVENTUALI AGGIORNAMENTI E/O REVISIONI</p> <p>RISPETTO TOTALE = 100% MANCATO RISPETTO FINO AL 5% DEI DRG LEA = 80% MANCATO RISPETTO > 5% = 0</p>
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	<p>Partecipazione al Corso di Formazione</p> <p>si = 100% no = 0</p> <p>compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0</p>

(*) questo obiettivo prevede l'assegnazione alle UU.OO. di un obiettivo altrettanto specifico che potrebbe essere:

N° DI PAZIENTI PERVENUTI IN FARMACIA/N° DIMESSE	da 80% a 100% = 100%
ASL NA 3 SUD	da 60% a 79% = 50%
OO. RR. Penisola Sorrentina	

DATA DI ACCETTAZIONE _____
 IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____
 IL DIRETTORE SANITARIO **Dot. Mauro Muto**
 IL DIRETTORE GENERALE _____

REGISTRO
 DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA - OBIETTIVI ANNO 2012

DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA - OBIETTIVI ANNO 2012		VALUTAZIONE
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	
1	VERIFICA E MONITORAGGIO CASSA ECONOMALE	dal 75% al 100% /100%= 100% dal 50% al 74%/100% = 50% < 50%/100% = 0
2	VERIFICA E MONITORAGGIO COSTI DI ESERCIZIO	registrazione e verifiche scostamenti per tutte le tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 100% registrazione e verifiche scostamenti tra il 50% ed il 99% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 50% registrazione e verifiche scostamenti < 50% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 0
3	ASPETTI AMMINISTRATIVI DELLA GESTIONE DEL PERSONALE CONNESSA ALL'APPLICAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO DI RILEVAZIONE DELLA MOVIMENTAZIONE	registrazione e verifiche scostamenti per tutte le tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 100% aggiornamento mensile dei dati = 50% aggiornamento oltre i 30gg. = 0
5	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	dal 70% al 100% /100%= 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
6	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
7	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE 10/5/2012

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

Alberto di Capua

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 (Dot. Alberto di Capua)

IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

[Signature]

PRESIDI OSPEDALIERI - OBIETTIVI ANNO 2012

OO.RR. AREA STABIESE

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
1	DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI. DISTRIBUZIONE PRIMA TERAPIA ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE	NUMERO UU.OO. CHE HANNO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO/N° TOTALE DI UU.OO. (*)	da 70% a 100% = 100% da 50% a 70% = 50% < 50% = 0 > 80 = 100% TRA 70 E 80 = 80% < 70 = 0 > ANNO PRECEDENTE = 100% DECREMENTO DEL 10% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE = 80% DECREMENTO > 10% DELL'ANNO PRECEDENTE = 0 0 = 100% TRA 1 E 3 = 80% > 3 = 0
2	VERIFICA DELL'UTILIZZO DEL POSTO LETTO	TASSO DI OCCUPAZIONE	0 = 100% TRA 1 E 3 = 70% > 3 = 0
3	DEOSPEDALIZZAZIONE. UTILIZZO DEI RICOVERI ORDINARI SOLO PER PATOLOGIE COMPLESSE	PESO DRG RICOVERI ORDINARI	0 = 100% < 3% = 70% > 3% = 0
4	CORRETTA CODIFICA DELLE SDO	DRG ANOMALI	RISPETTO TOTALE = 100%
UU.OO. AREA CHIRURGICA:			
5	ADOZIONE DI SETTING ASSISTENZIALI APPROPRIATI - PREOSPEDALIZZAZIONE	NUMERO DI RICOVERI DI TIPO MEDICO CHE PRECEDONO UN RICOVERO CHIRURGICO ENTRO 45 GG EROGATI ALLO STESSO SOGGETTO	MANCATO RISPETTO FINO AL 5% DEI DRG LEA = 80% MANCATO RISPETTO > 5% = 0
UU.OO. DI AREA MEDICA:			
6	APPROPRIATEZZA DELLE CURE (escluso le UU.OO. Di urgenza)	RICOVERI RIPETUTI (LGCRO1) STESSO MDC ENTRO 30 GG. PER I DRG MEDICI	si = 100% no = 0
7	RISPETTO DELLE SOGLIE DI AMMISSIBILITA' PER I DRG LEA	RISPETTO DELLE SOGLIE PER I 106 DRG AFFERENTI LEA SECONDO IL DECRETO 58 ED EVENTUALI AGGIORNAMENTI E/O REVISIONI	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	

(*) questo obiettivo prevede l'assegnazione alle UU.OO. di un obiettivo altrettanto specifico che potrebbe essere:

N° DI PAZIENTI PERVENUTI IN FARMACIA/N° DIMESSI	da 80% a 100% = 100%
	da 60% a 79%=50%
	< 60%=0

DATA DI ACCETTAZIONE 31/03/2012
 IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA [firma]
 IL DIRETTORE GENERALE [firma]

DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA - OBIETTIVI ANNO 2012		VALUTAZIONE
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	
1	VERIFICA E MONITORAGGIO CASSA ECONOMALE	<p>APPLICAZIONE SISTEMI INFORMATIZZATI DI REGISTRAZIONE E CALCOLO DATI RELATIVI AGLI APPROVVIGIONAMENTI DI COMPETENZA DEL P.O.</p> <p>dal 75% al 100%/100%= 100%</p> <p>dal 50% al 74%/100% = 50%</p> <p>< 50%/100% = 0</p> <p>registrazione e verifiche scostamenti per tutte le tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 100%</p>
2	VERIFICA E MONITORAGGIO COSTI DI ESERCIZIO	<p>APPLICAZIONE DI SISTEMI ADEGUATI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO A TUTTI I COSTI DELLA STRUTTURA/TOTALE TIPOLOGIE DI COSTI IN CARICO ALLA DIREZIONE AMM.VA</p> <p>registrazione e verifiche scostamenti tra il 50% ed il 99% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 50%</p> <p>registrazione e verifiche scostamenti < 50% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 0</p>
3	ASPETTI AMMINISTRATIVI DELLA GESTIONE DEL PERSONALE CONNESSA ALL'APPLICAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO DI RILEVAZIONE DELLA MOVIMENTAZIONE	<p>MONITORAGGIO E CALCOLO DELLA MOVIMENTAZIONE DEL PERSONALE ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (PRESENZE, ASSENZE, PERMESSI, ECC.)</p> <p>aggiornamento in tempo reale dei dati = 100%</p> <p>aggiornamento mensile dei dati = 50%</p> <p>aggiornamento oltre i 30gg. = 0</p>
5	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	<p>n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita</p> <p>dal 70% al 100%/100%= 100%</p> <p>dal 45% al 69%/100% = 50%</p> <p>< 45%/100% = 0</p>
6	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	<p>% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico</p> <p>100% = 100%</p> <p>da 50% a 99%</p> <p>< 50% = 0</p>
7	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	<p>Partecipazione al Corso di Formazione</p> <p>si = 100%</p> <p>no = 0</p> <p>compilazione corretta ed esauriente = 100%</p> <p>compilazione non corretta e/o non esauriente = 50%</p> <p>mancata compilazione = 0</p>

DATA DI ACCETTAZIONE 10 MAG. 2012

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____ IL DIRETTORE GENERALE _____

Regione Campania - ASL NA 3 Sud
 Area Stabiese

Il Direttore Amministrativo
 dott. Rosa Cuomo
Rosa Cuomo

[Signature]

[Signature]

PRESIDI OSPEDALIERI - OBIETTIVI ANNO 2012

OO.RR. AREA VESUVIANA

	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI. DISTRIBUZIONE PRIMA TERAPIA ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE	N° UU.OO. CHE HANNO RAGGIUNTO L'OBIETTIVO/N° TOTALE DI UU.OO. (*)	da 70% a 100% del totale delle UU.OO. = 100% da 50% a 79% = 50% < 50% = 0
2	VERIFICA DELL'UTILIZZO DEL POSTO LETTO	TASSO DI OCCUPAZIONE	> 80 = 100% TRA 70 E 80 = 80% < 70 = 0
3	DEOSPEDALIZZAZIONE. UTILIZZO DEI RICOVERI ORDINARI SOLO PER PATOLOGIE COMPLESSE	PESO DRG RICOVERI ORDINARI	> ANNO PRECEDENTE = 100% DECREMENTO DEL 10% RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE = 80% DECREMENTO > 10% DELL'ANNO PRECEDENTE = 0
4	CORRETTA CODIFICA DELLE SDO	DRG ANOMALI	0 = 100% TRA 1 E 3 = 80% > 3 = 0
	UU.OO. AREA CHIRURGICA:		
5	ADOZIONE DI SETTING ASSISTENZIALI APPROPRIATI - PREOSPEDALIZZAZIONE	NUMERO DI RICOVERI DI TIPO MEDICO CHE PRECEDONO UN RICOVERO CHIRURGICO ENTRO 45 GG EROGATI ALLO STESSO SOGGETTO	0 = 100% TRA 1 E 3 = 70% > 3 = 0
	UU.OO. DI AREA MEDICA:		
6	APPROPRIATEZZA DELLE CURE (escluso le UU.OO. Di urgenza)	RICOVERI RIPETUTI (LGCRO1) STESSO MDC ENTRO 30 GG. PER I DRG MEDICI	0 = 100% < 3% = 70% > 3% = 0
7	RISPETTO DELLE SOGLIE DI AMMISSIBILITA' PER I DRG LEA	RISPETTO DELLE SOGLIE PER I 106 DRG AFFERENTI LEA SECONDO IL DECRETO 58 ED EVENTUALI AGGIORNAMENTI E/O REVISIONI	RISPETTO TOTALE = 100% MANCATO RISPETTO FINO AL 5% DEI DRG LEA = 80% MANCATO RISPETTO > 5% = 0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

(*) questo obiettivo prevede l'assegnazione alle UU.OO. di un obiettivo altrettanto specifico che potrebbe essere:

N° DI PAZIENTI PERVENUTI IN FARMACIA/N° DIMESSE	100% = 100% 90% = 50% 80% = 0
---	-------------------------------------

DATA DI ACCETTAZIONE _____
 IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

Asp
 regione campania
 O.O. R.R. Centro Vesuviano
 P.O. S. Anna e S. M. della Croce - Boscotrecase
 Direzione Sanitaria
 N. 90/108/19217

DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA - OBIETTIVI ANNO 2013		VALUTAZIONE
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	
1	VERIFICA E MONITORAGGIO CASSA ECONOMALE	<p>APPLICAZIONE SISTEMI INFORMATIZZATI DI REGISTRAZIONE E CALCOLO DATI RELATIVI AGLI APPROVVIGIONAMENTI DI COMPETENZA DEL P.O.</p> <p>dal 75% al 100%/100%= 100%</p> <p>dal 50% al 74%/100% = 50%</p> <p>< 50%/100% = 0</p>
2	VERIFICA E MONITORAGGIO COSTI DI ESERCIZIO	<p>APPLICAZIONE DI SISTEMI ADEGUATI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO A TUTTI I COSTI DELLA STRUTTURA/TOTALE TIPOLOGIE DI COSTI IN CARICO ALLA DIREZIONE AMM.VA</p> <p>registrazione e verifiche scostamenti per tutte le tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 100%</p> <p>registrazione e verifiche scostamenti tra il 50% ed il 99% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 50%</p> <p>registrazione e verifiche scostamenti < 50% delle tipologie di costi in carico/100% dei costi in carico = 0</p>
3	ASPETTI AMMINISTRATIVI DELLA GESTIONE DEL PERSONALE CONNESSA ALL'APPLICAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO DI RILEVAZIONE DELLA MOVIMENTAZIONE	<p>MONITORAGGIO E CALCOLO DELLA MOVIMENTAZIONE DEL PERSONALE ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (PRESENZE, ASSENZE, PERMESSI, ECC.)</p> <p>aggiornamento in tempo reale dei dati = 100%</p> <p>aggiornamento mensile dei dati = 50%</p> <p>aggiornamento oltre i 30gg. = 0</p>
5	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	<p>n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita</p> <p>dal 70% al 100%/100%= 100%</p> <p>dal 45% al 69%/100% = 50%</p> <p>< 45%/100% = 0</p>
6	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	<p>% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico</p> <p>100% = 100%</p> <p>da 50% a 99%</p> <p>< 50% = 0</p>
7	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	<p>Partecipazione al Corso di Formazione</p> <p>si = 100%</p> <p>no = 0</p> <p>compilazione corretta ed esauriente = 100%</p> <p>compilazione non corretta e/o non esauriente = 50%</p> <p>mancata compilazione = 0</p>

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

asnapoli3sud
 regione campania
 O.O. R.R. Area Vesuviana

[Signature]

[Signature]

[Signature]



DISTRETTI



SANITARI

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 48	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	publicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	INDICATORI Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	VALUTAZIONE 4 report / anno = 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
10	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA – AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
11	Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
12	Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richiama di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% – 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
13	Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

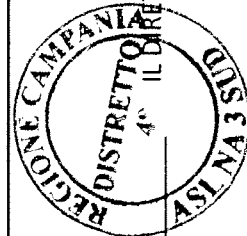
DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 48 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

ASL NA3 SUD DISTRETTO 48
FONDEMENTALE RESPONSABILE

Dr. Domenico Russo



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012			
DISTRETTO 49	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno= 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Publicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
10	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 % = 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
11	Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
12	OBIETTIVO Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
13	OBIETTIVO Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____ **ASL NA3 SUD - DS 49 NOLA**
Il Direttore Sanitario
Dr. Pasquale Annunziata

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 49 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____




DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 50	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	INDICATORI Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	VALUTAZIONE 4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto		Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.		Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richiesta di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.		Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

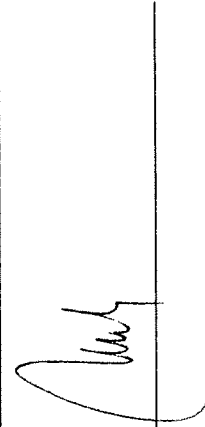
U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.		Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 50 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

A.S.L.
Napoli 3 Sud
Distretto
Sanitario di
di Volla




DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 51	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0
		% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto		Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0
10			

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Ottimizzazione delle attività egli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.		Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%
11			

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.		Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0
12			

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.		Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0
13			

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 51 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

A.S.L. NA 3 SUD
DISTRETTO SANITARIO N. 51
FORTE SAN CARLO

IL DIRETTORE SANITARIO
(DR. ANGELO FALUCCI)




DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 52		INDICATORI	VALUTAZIONE
			UVA
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno= 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Publicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
		INDICATORI	VALUTAZIONE
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)**OBIETTIVO**

Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS :
 vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del
 collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di
 questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud
 anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle
 dodicenni residenti nel distretto

10

INDICATORI

Numero bambine dodicenni vaccinate / numero
 bambine dodicenni residenti

VALUTAZIONE

60% - 80%=100%

40 - 60%= 80%

30 - 40%= 50%

< 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI**OBIETTIVO**

Ottimizzazione delle attività egli specialisti ambulatoriali e
 monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di
 riconversioni.

11

INDICATORI

Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio
 Assistenza Distrettuale

VALUTAZIONE

4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)**OBIETTIVO**

Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE.
 Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le
 procedure di legge.

12

INDICATORI

Numero di visite fiscali effettuate /numero visite
 fiscali richieste da EE Pubblici e Privati

VALUTAZIONE

95% 100%= 100%

80% - 95%= 50%

70% - 80%= 30%

< 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA**OBIETTIVO**

Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del
 decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a)
 Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività
 dei C.T.A.

13

INDICATORE

Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R.
 che provengono dai C.T.A. x FKT

VALUTAZIONE

20%=100%

15% al 20%= 80%

10% al 15%=50%

< 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

Il Direttore Responsabile

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 52 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 53

OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2 applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3 pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4 attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5 campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6 predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7 Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8 Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)

OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
9 Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto		Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 – 60%= 80% 30 – 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA – AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Ottimizzazione delle attività egli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.		Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.		Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% – 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.		Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 53 _____



DIRETTORE GENERALE

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 54		OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa	Trasmissione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determinine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determinine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	Numero di determinine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica; Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)				
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	VALUTAZIONE 4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
10	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
11	Ottimizzazione delle attività egli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
12	Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA

OBIETTIVO		INDICATORE	VALUTAZIONE
13	Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 54 _____

ASL NA3 Sud D. 54
 Direttore
 Dott. Lanfranco Salvatore

IL DIRETTORE GENERALE _____

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 55			
	INDICATORI	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
1	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	4 report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	100% = 100%
4	Percentuale delle schede inserite nel sistema	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	Formalizzazione PDTA	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	100% = 100% < a 100% = 0
7	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Partecipazione al Corso di Formazione	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
		INDICATORI	VALUTAZIONE
9	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali- Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV): Obiettivo Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0
10			

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA – AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
	Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%
11			

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
	Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richiести di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate / numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0
12			

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
	Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0
13			

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 55 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

A.S.L. NA3 SUD - DS. _____

ERCOLOANO _____

IL DIRETTORE _____

Dott. Giuseppe Boccia

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 56	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. Passa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) Passa Servizio Assistenza Distrettuale	report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
OBIETTIVO			VALUTAZIONE
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto		Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0
10			

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Ottimizzazione delle attività egli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.		Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%
11			

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richiasta di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.		Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0
12			

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
OBIETTIVO			
Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.		Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0
13			

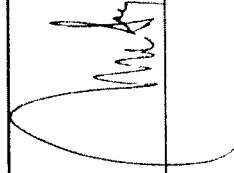
ASL NA 3.SUD
DISTRETTO 56 - Torre Ann.ta

IL DIRETTORE SANITARIO
DOTT.SSA AGNESE BORRELLI

DATA DI ACCETTAZIONE _____


IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 56 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 57	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determinate di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Trasmissione report trimestrali (4/anno) Servizio Assistenza Distrettuale	100% / anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	Numero di determinate di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	Numero di determinate di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0
		% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
OBIETTIVO		Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.		

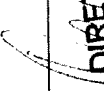
U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
10	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo Asl-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	 Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
11	Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)		INDICATORI	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
12	Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA		INDICATORE	VALUTAZIONE
	OBIETTIVO		
13	Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e PIs; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____


A.S.L. NA 3 SUD
DIRETTORE DISTRETTO 57
~~DIRETTORE DEL GRECO~~
Dott. Giuseppe Colafallo

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 57 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____



DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 58	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno = 100%
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Publicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
10	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo dell'OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo AsI-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	 Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
11	Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
12	Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA

OBIETTIVO		INDICATORE	VALUTAZIONE
13	Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 58

 DISTRETTO SANITARIO n° 58


 IL DIRETTORE RESPONSABILE
 (dot. Salvatore D'Ambrasio)

IL DIRETTORE GENERALE

DISTRETTI SANITARI - OBIETTIVI ANNO 2012

DISTRETTO 59	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Ottimizzazione e monitoraggio procedura C.U.P. e cassa ticket	Trasmissione report trimestrali (4/anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report/anno = 100% < 4 report/anno = 0
2	applicazione Delibera Direttore Generale n. 36 del 23 gennaio 2012 ; predisposizione determine di liquidazioni nella tempistica prevista dalla stipula del contratto.	Numero di determine di liquidazione predisposte nella tempistica prevista	dal 95% al 100% = 100% dall' 80 al 95% = 50% < 80% = 0
3	pubblicazione dei tassi di assenza del personale dipendente sul sito Aziendale entro il 20 del mese successivo.	Pubblicazione mensile/ tassi di assenza del personale	100% = 100%
4	attivazione e messa a regime del Sistema LeaSocioSan per tutte le P.U.A. del distretto (ass. anziani, Riabilitazione, Materno Infantile ecc.)	Percentuale delle schede inserite nel sistema	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 90% = 50% dal 60% al 70% = 30% < 60% = 0
5	campagna vaccinale antinfluenzale anno 2012-2013. Rilievo della copertura vaccinale per gli anziani e per soggetti a rischio.	Percentuale di copertura dei soggetti anziani presenti negli elenchi dei M.A.P.	dal 70% al 100% = 100% dal 60% al 70% = 50% < 50% = 0
6	predisposizione PDTA per l'assistenza ai cittadini con diabete; implementazione.	Formalizzazione PDTA	100% = 100% < a 100% = 0
7	Processi di Dematerializzazione ed incremento uso PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita per articolazioni aziendali e C.T.A.	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% < 50%=0
8	Utilizzo del Sito Aziendale fini della Trasparenza	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	dal 90% al 100% = 100% dall'80% al 90% = 50% < 80%=0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività.	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0
		% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
U.O. ASSISTENZA ANZIANI (U.O.A.A.)			
	OBIETTIVO	INDICATORI	VALUTAZIONE
9	Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali: Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno= 100% < 4 report/anno = 0

U.O. MATERNO – INFANTILE (U.O.M.I.)

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
10	Vaccino contro il papilloma virus umano (HPV). Obiettivo OMS OMS : vaccinazioni a bambine di 12 anni di età per la prevenzione del tumore del collo dell'utero che consentiranno di ottenere una drastica riduzione di questa forma di cancro, nelle future generazioni. Obiettivo AsI-NA3 sud anno 2012 : vaccinare (esecuzione della 1.a dose) per HPV il 60% delle dodicenni residenti nel distretto	 Numero bambine dodicenni vaccinate / numero bambine dodicenni residenti	60% - 80%=100% 40 - 60%= 80% 30 - 40%= 50% < 30 %= 0

U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (U.O.A.S.B.) - CONTROLLO MEDICINA SPECIALISTICA- AMBULATORI DISTRETTUALI

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
11	Ottimizzazione delle attività degli specialisti ambulatoriali e monitoraggio dei costi, con eventuali attivazioni di procedure di riconversioni.	Trasmissione di report trimestrali (4 /anno) al Servizio Assistenza Distrettuale	4 report / anno = 100%

U.O. MEDICINA LEGALE (U.O.M.L.)

OBIETTIVO		INDICATORI	VALUTAZIONE
12	Effettuare almeno il 95% delle VISITE FISCALI sui richieste di EE. Pubblici e su richiesta di Privati: Incassare i relativi importi secondo le procedure di legge.	Numero di visite fiscali effettuate /numero visite fiscali richieste da EE Pubblici e Privati	95% 100%= 100% 80% - 95%= 50% 70% - 80%= 30% < 70%=0

U.O. ASSISTENZA RIABILITATIVA

OBIETTIVO		INDICATORE	VALUTAZIONE
13	Effettuazione almeno del 20% dei controlli sull'applicazione del decreto n. 64 del 26.09.2011 e s.m.i. (FKT patologie semplici): a) Valutazione attività prescrittiva dei MAP e Pls; b) Valutazione attività dei C.T.A.	Numero di piani terapeutici controllati dall' U.O.A.R. che provengono dai C.T.A. x FKT	20%=100% 15% al 20%= 80% 10% al 15%=50% < 50%=0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

(Dr. Luigi Esposito)

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 59 _____

IL DIRETTORE GENERALE _____



ALL.e

~~CAV~~
DIPARTIMENTI

~~CAV~~

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - OBIETTIVI ANNO 2012

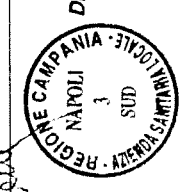
OBIETTIVI GENERALI		OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
AREA TERRITORIALE					
1	Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Decreto 41/2010	report di base su dati disponibili dopo elaborazione da parte delle ditte aggiudicatrici della gara	Numero reports di 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	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 tematici 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	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 Decreto 15/2009	Monitoraggio delle prescrizioni e utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci biologici pervenute alla struttura	Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Ospedaliera, al Nucleo Appropriatazza Farmaceutica Aziendale (per il tramite del DIF)		- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%
5	Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata DGRC 4062/2001	Controllo consumi farmaci e dispositivi medici per unità operativa distrettuale	Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Distrettuale della spesa per ciascuna U.O. e/o Servizio		- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%
7	Azioni per il contenimento spesa farmaceutica convenzionata	Indagine 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% Tra 50 e 55 = 85% Tra 45 e 50 = 70% Meno di 45 = 0
10	Attenzione al controllo dei costi e liberazione risorse. Decreto 15/2009	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
11	Attivazione piattaforma SO.RE.SA.	Attività di integrazione Oliamm - Soresa	Predisposizioni fabbisogni per prese d'atto gare Soresa - prese d'atto gare Soresa .		100% = 100% 80% = 80 % < 80% = 0
12	Attenzione al controllo dei costi e liberazione risorse	Definizione e stesura capitolato tecnico per i prodotti non presenti in gara -Soresa, fabbisogno e atti di gara.	Predisposizione di capitolati tecnici e fabbisogni.		100% = 100% 80% = 80 % < 80% = 0
13	Monitoraggio contenimento spesa farmaceutica. decreto commissariale 47/2010	Monitoraggio delle procedure per la richiesta di rimborso nei tempi stabiliti.	Report trimestrali sul riscontro delle schede pazienti dei registri AIFA		4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%
14	Attenzione al controllo dei costi e liberazione risorse	Dematerializzazione dei documenti e utilizzo Posta Elettronica Informatizzata e/o PEC	Numero di atti inviati mezzo Posta Elettronica Informatizzata e/o PEC / numero di protocolli in uscita		dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69% / 100% = 50% < 45% = 0
15	Attività per il controllo e di sorveglianza	Costruzione Linee Guida dipartimentali secondo disposizioni contenute in emanazione Linee Guida Aziendali (giugno 2011)	Avvio e pubblicazione sul sito aziendale delle Linee Guida Dipartimentali		Avvio e pubblicazione = 100% Solo avvio = 50% Mancato avvio e pubblicazione = 0

AREA OSPEDALIERA				
1	<p>Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata DGRC 4062/2001</p> <p>Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata Decreto 15/2009</p> <p>Monitoraggio contenimento spesa farmaceutica convenzionata DGRC n. 4063/2001 e 2079 e successivo Decreto 15/2009</p> <p>Azioni per il controllo dei costi e il Contenimento spesa Farmaceutica ospedaliera. Decreto 15 /2009</p>	<p>Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci e dispositivi medici per reparto</p> <p>Monitoraggio delle prescrizioni e utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci biologici pervenute alla struttura</p> <p>Monitoraggio sull'assistenza farmaceutica ai pazienti dimessi da presidi sanitari.</p> <p>Intensificazione dei controlli sulla prescrizione dei farmaci relativi all'appropriatezza clinica e farmaceutica.</p>	<p>Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Ospedaliera della spesa per ciascuna U.O. e/o Servizio.</p> <p>Reports trimestrali da inviare alla Direzione Sanitaria Ospedaliera, al Nucleo Appropriatazza Farmaceutica Aziendale (per il tramite del DIF)</p> <p>Invio report mensili alla Direzione Sanitaria Aziendale da parte delle Farmacie Ospedaliere riferiti ai farmaci erogati con l'indicazione del risparmio raggiunto</p> <p>Utilizzo di richieste motivate, pervenute da parte dei reparti e/o U.U.OO. 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)</p> <p>Programmazione della preparazione dei farmaci personalizzati con l'utilizzo dei residui giornalieri con l'eventuale economia nella preparazione delle varie terapie</p> <p>Report trimestrali sul riscontro delle schede pazienti dei registri AIFA</p>	<p>- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%</p> <p>- 4 report = 100% - tra 3 e 2 = 70% - meno di 2 = 0%</p> <p>Invio 12 report = 100%</p> <p>Invio da 9 a 11 report = 70%</p> <p>Invio meno di 9 report = 0%</p> <p>100% = 100%</p> <p>80% = 80 %</p> <p>< 80% = 0</p> <p>Economia del 34% = 100%</p> <p>Economia del 28% = 80%</p> <p>Economia del 20% = 60%</p> <p>Economia > del 12% = 0</p> <p>4 report = 100%</p> <p>- tra 3 e 2 = 70%</p> <p>- meno di 2 = 0%</p>
2	<p>Azioni per il controllo dei costi e il Contenimento spesa Farmaceutica ospedaliera. Decreto 41 /2010</p>	<p>Gestione razionale di farmaci</p>	<p>Programma di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Decreto 41 /2010</p>	<p>4 report = 100%</p> <p>- tra 3 e 2 = 70%</p> <p>- meno di 2 = 0%</p>
3	<p>Monitoraggio contenimento spesa farmaceutica, decreto commissariale 47/2010</p>	<p>Monitoraggio delle procedure per la richiesta di rimborso nei tempi stabiliti.</p>	<p>Report trimestrali sul riscontro delle schede pazienti dei registri AIFA</p>	<p>4 report = 100%</p> <p>- tra 3 e 2 = 70%</p> <p>- meno di 2 = 0%</p>

DATA DI ACCETTAZIONE 5/4/20

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

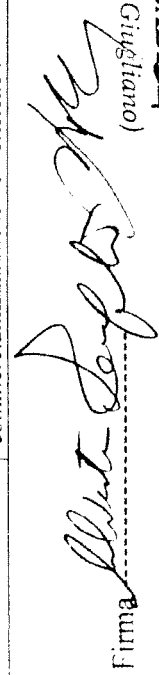
IL DIRETTORE GENERALE _____

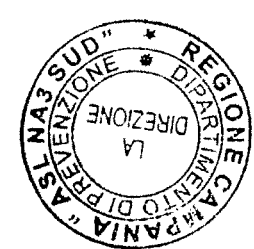


[Handwritten signature]

Scheda obiettivi SIAN anno 2012

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Sicurezza Alimentare	Programmazione controlli ufficiali sulle attività alimentari (ispezioni in sorveglianza con categorizzazione), con priorità sulle imprese dedite alla ristorazione collettiva, ristorazione pubblica, produzione e commercializzazione all'ingrosso. Verifica attività	20	Atti relativi alla verifica e controllo della documentazione inviata dalle UU.OO.P.C. Report attività.	12 report mensili = 100% da 9 a 11 = 75% da 6 a 8 = 50%
Sicurezza Alimentare	Programmazione piano di monitoraggio su matrici vegetali e bevande ai sensi del PRI: Ricerca contaminanti chimici, fisici, biologici, ogm.	20	Predisposizione piano e valutazione trimestrale attività UU.OO.P.C. Report	4 report trimestrali = 100% da 1 a 3 report trimestrali = 75%
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 Check-List. Sistema Nazionale di Sorveglianza sui rischi comportamentali nei giovani in età 6-17 anni: Okkio alla salute.	20	Vigilanza c/o tutte le 67 rivendite di fitosanitari. Atti relativi ai Corsi Report	Verifica delle 67 rivendite = 100% Da 66 a 40 = 75% da 39 a 10 = 50%
Prevenzione Nutrizionale		15	Report dell'attività.	Report finale, con attività Completate = 100% Report con attività parziali = 50%
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	n° 6 corsi addetti ristorazione collettiva = 100% da 3 a 5 = 75% < 3 = 50%
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	40 verifiche = 100% da 20 a 39 = 75% < 19 = 50%

Firma  (dott. Francesco Giugliano)
IL RESPONSABILE
Direttore del Dipartimento di Prevenzione



DATA 10/02/2012



**SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE ASL NAPOLI 3 SUD
OBIETTIVI 2012**



MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico degenerative	Implementazione dell'indagine campionaria di popolazione PASSI 2012 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)	10	Effettuazione indagine 2012	interviste effettuate/ interviste assegnate %
Prevenzione e controllo delle malattie infettive	Coordinamento e promozione attività vaccinali in età pediatrica; campagna vaccinale antinfluenzale 2012-2013	15	Report andamento coperture vaccinali dell'infanzia e campagna antinfluenzale 2011-2012	Report finale completo: 100% parziale: 50%
Salute della madre e del bambino	Raccolta, controllo ed analisi dei certificati di assistenza al parto e delle schede relative alle malformazioni congenite	15	Report annuale in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Report finale completo: 100% parziale: 50%
Epidemiologia delle malattie cronico degenerative	Gestione Registro Nominativo Cause di Morte	10	Informatizzazione su programma regionale GEMO schede 2010.	Informatizzazione 100% schede: 100%
Epidemiologia delle malattie infettive	Coordinamento attività di sorveglianza e profilassi malattie infettive; analisi dei dati.	5	report 1982-2009 mortalità per distretti 48-49-50-51-52	50%: 50% Report mortalità si: 100%;no :0%
Epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico degenerative	Coordinamento delle attività sistema di sorveglianza nutrizionale Okkio alla Salute	15	Reports annuali.	Report finale completo: 100% parziale: 50%
Epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico degenerative	Coordinamento gestione, monitoraggio dello screening del ca del colon retto, distretti 48, 49, 50, 51, 52. Indagine sui motivi del rifiuto alla colonscopia.	15	Effettuazione indagine 2012; analisi dei dati, report conclusivo	Report finale completo: 100% parziale: 50%
		10	Report annuale.	Reports finali completi: 100% parziali: 50%
		5	Report finale	

Firma Raffaele Salimbino
 Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione: (Salimbino Raffaele)
IL RESPONSABILE

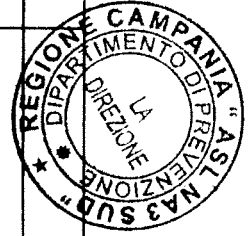


Il Direttore Generale
 Dr. Maurizio D'Amora

Dipartimento di prevenzione ASL NA 3 Sud

Scheda obiettivi e risultati SPSAL

N	Macro obiettivo	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Vigilanza nelle imprese del settore industrie e servizi	Accesso presso le unità locali sul territorio	25	Accesso presso unità locali sul territorio di competenza	50 unità AOPSA da 35 a 49 = 75% da 15 a 34 = 50%
2	Misure per la sicurezza nei cantieri temporanei e mobili	Misure per la sicurezza nei cantieri temporanei e mobili	20	Accesso a Cantieri edili	250 cantieri = 100% 190 a 249 cantieri = 75% 125a 190 cantieri = 50%
3	Inchieste infortuni inoltrate al Servizio dalle AA.GG.	Inchieste infortuni inoltrate al Servizio dalle AA.GG.	15	Conclusione di tutte le deleghe inoltrate al Servizio dalle AA.GG.	n. Deleghe 100 = 100% n. Deleghe 75a 99 = 75% n. 50 a 74 Deleghe = 50%
4	Verifiche periodiche di macchine, attrezzature, impianti: ascensori e montacarichi; impianti elettrici e di messa a terra e scariche	Verifiche periodiche di macchine attrezzature e impianti (Interotteritorio ASL NA Area azzurra e verde)	30	verifiche periodiche di legge	n. 1000 = 100% da 750 al 999 = 75% da 250 a 499 = 50%
5	Attività di formazione	Formazione dei rivenditori ed utilizzatori dei fitofarmaci	10	In collaborazione con la regione campania ed il S.I.A.N. del dipartimento di prevenzione	50 corsi = 100% da 25 a 49 = 75% da 10 a 24 = 50%
Il Direttore SPSAL					
Ing. Antonio Atripaldi					
Il Direttore del Dipartimento					



IL RESPONSABILE

(dott. Francesco Giugliano)



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - OBIETTIVI 2012 AG 1

Scheda Valutazione Servizio Igiene e Medicina del Lavoro anno 2012

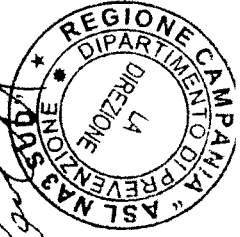
MACRO OBIETTIVI	OBIETTIVI	PESO	Indicatori	Valutazione
01 Attività di prevenzione e collaborazione	-Inchieste Infortuni(area verde) -inchieste malattie professionali	25	-Evasione di tutte le segnalazioni dei medici competenti e conclusione di tutte le deleghe.	Evasione di tutte le richieste obiettivo 100% Dal 75% al 99% = obiettivo 75 % Dal 50% al 74% = obiettivo 50 %
02 Attività di vigilanza e ispezione luoghi di lavoro	Vigilanza per la sicurezza nei cantieri temporanei mobili. Incremento +10 % rispetto al 2011	25	Almeno 200 ispezioni cantieri in edilizia.	200 ispezioni obiettivo 100% Da 150 a 199 isp. = obiettivo 75% Da 100 a 149 isp. = obiettivo 50%
03 Attività di vigilanza e ispezione luoghi di lavoro	vigilanza nelle imprese del settore industrie e servizi e valutazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria. Valutazione e pareri ex art. 63,65,67 del D.Lgs 81/08. Ricorsi avversi ex art. 41 del D.Lgs 81/08. Incremento + 10 % rispetto al 2011	20	Accesso presso almeno 50 unità' locale Evasione di tutte le richieste pareri art 41-63-65-67 del D.Lgs81/08 e s.m.i	Accesso presso 50 unità' Locali e valutazione di tutte le richieste pareri ex art 63-65-67 e ricorsi avversi = obiettivo 100% Da 40 a 49 + tutti i pareri = obiettivo 80% Da 30 a 39 + tutti i pareri = obiettivo 60% Da 25 a 29 + tutti i pareri = obiettivo 50%,
04 Prevenzione esposizione amianto	Valutazione dei piani di bonifica amianto, in misura minima del 90% dei piani pervenuti al SIML Incremento + 10 % rispetto a 2011	25	Valutazione del 90% dei piani di bonifica	Valutazione 90% dei piani di bonifica amianto = obiettivo 100% Dal 70% al 89% dei piani = obiettivo 75% Dal 50% al 69% dei piani = obiettivo 50%
05 Attività di formazione interdisciplinare	Informazione/formazione ai lavoratori, rivenditori, utilizzatori di fitofarmaci, in collaborazione con Regione e SIAN	05	Formazione di rivenditori e lavoratori	Evasione di tutte le richieste inoltrate dalla Regione Campania = obiettivo 100% Dal 75% al 99% delle richieste= obiettivo 75% Dal 50% al 74% delle richieste= obiettivo 50%

Direttore dei Servizi: **Dr. Alfonso Alfano**

Direttore del Dipartimento di Prevenzione: **Dr. Alfonso Cirillo**

IL RESPONSABILE
(dott. Francesco Giugliano)

Data Pompei li 22.02.12





DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Obiettivi 2012



Mod. AG1

Scheda obiettivi SISP anno 2012

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI	Valutazione
sicurezza ambientale	Attività di vigilanza e controllo sulle industrie insalubri, come da elenco riportato nel D.M. 05 settembre 1994.	20	verifica e controllo di industrie e laboratori artigianali "insalubri" censiti e presenti sui territori di competenza utilizzando apposite check - list	Attività di vigilanza su n° 6 attività per ognuno dei TPALL assegnati alle UUOOPC Report annuale : 8 controlli = 100% 4 controlli = 75 % 3 controlli = 50%
Sorveglianza e prevenzione	Attività di vigilanza e controllo su istituti per estetisti parrucchieri, ed attività di tatuaggi e piercing.	20	Vigilanza e controllo sui requisiti oggettivi e soggettivi di talune attività di: estetisti, parrucchieri, e di tatuaggi e piercing insistenti sul territorio di competenza della ASL NA 3 sud, mediante apposita check-list	vigilanza su n° 12 attività di estetisti parrucchieri e tattoo per ognuno dei TPALL assegnati alle UUOOPC Report annuale : 12 controlli = 100% 8 controlli = 75 % 6 controlli = 50%
Sorveglianza e prevenzione	Attività di farmacovigilanza e di cosmetico-sorveglianza ai sensi della L. 28/10/86 n. 713 e DGRC 307 del 18.04.02.	20	Attività di vigilanza e controllo sulle farmacie di nuova istituzione, su trasferimenti ed ampliamenti, nonché sui depositi all'ingrosso farmaci; attività di vigilanza e controllo ai laboratori di produzione e commercializzazione cosmetici e nel territorio della ASL NA 3 sud	vigilanza su n° 12 attività di farmacie, depositi ingrosso farmaci; laboratori di produzione e commercializzazione cosmetici per ognuno dei TPALL assegnati alle UUOOPC Report annuale : 12 controlli = 100% 8 controlli = 75 % 8 controlli = 50%
Sorveglianza e prevenzione	Attività di vigilanza e controllo sulle piscine ai sensi del DGRC 2088/04	20	vigilanza e controllo a piscine censite presenti sul territorio di competenza, con scadenza semestrale mediante check-list:	vigilanza sulle piscina coperte e scoperte presenti sul territorio di competenza. Report annuale : 8 controlli = 100% 4 controlli = 75 % 5 controlli = 50%
Sorveglianza e prevenzione	Attività di vigilanza e controllo delle acque destinate al consumo umano, ai sensi del D.Lgs. 31/01 e ss.mm.ii	20	Vigilanza e controllo delle acque destinate al consumo umano, con controlli di routine e di verifica dell'attività di campionamento annuo secondo la frequenza minima stabilita dal D.Lvo 31/01.	vigilanza e controlli alla rete idrica nei territori di competenza Report trimestrale in base alla frequenza stabilita dal D.Lgvo 31/02/1 : 100% controlli = 100% 75% controlli = 75 % 50% controlli = 50%

Direttore Servizio Dr. Alfonso Ciniglio firma _____ S.p.A.
 (Alfonso Ciniglio)

Direttore del DIP firma _____ **IL RESPONSABILE**
 (Alfonso Ciniglio)



Data _____

[Handwritten signature]

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - OBIETTIVI 2012

AG1



Scheda obiettivi "Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche"				
Macro obiettivo	Obiettivo	Peso	Indicatori	Valutazione
Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Attuazione Piano Regionale Alimentazione Animale	30%	Completamento del campionamento e delle ispezioni previste dal Piano con inserimento in GISA dell'attività	50 campioni 100% 40 campioni 75% 25 campioni 50%
Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Attuazione Piano Nazionale Residui	30%	Completamento attività di campionamento prevista dal Piano	100 campioni 100% 100 campioni 75% 75 campioni 50%
Sorveglianza e prevenzione (sicurezza alimentare)	Categorizzazione del rischio almeno del 30% delle imprese registrate/autorizzate al sensi Reg. CE 1831/05.	30%	Invio cartaceo ed inserimento in GISA della ispezioni	75 categorizzazioni 100% 50 cat. 75% 35 cat. 50%
Sorveglianza e prevenzione (benessere animale)	Controllo misure di biosicurezza negli allevamenti suini al sensi del DPGR n° 93/2011	10%	Invio verbali e check list ed inserimento in GISA dell'attività	80 report 100% 60 report 75% 40 report 50%

Direttore del Servizio Dr. Michelfino Monaco firma.....

Dr. Paolo Annunziata firma.....

Direttore del Dipartimento di Prevenzione firma.....

IL RESPONSABILE

(Luigi Frampese Gagliano)

Data.....



(Handwritten signature)

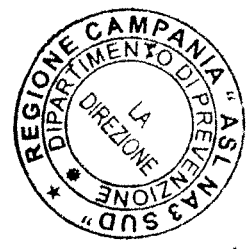


Obiettivi Aziendali anno 2012

Scheda assegnazione obiettivi - Servizio Veterinario Sanità animale

N°	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
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 779/2005/CE relativa a talune misure sanitarie di protezione contro la malattia vesicolare dei suini in Italia e della Circ. del Ministero della Salute prot.DGSA.III/1472/P- del 17.01. 2012	25	N° allevamenti controllabili/controllati Dati SIGLA - OEVR Due verifiche/anno	All. contr. 98 - 100% Pun. 100% All. contr. 97 - 95% Pun. 70% All. contr. 94 - 90% Pun. 50% All. contr. < 90% Pun. 0%
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, mediante il controllo del 100% delle aziende e dei capi presenti Mantenimento : Raggiungimento della qualifica di ufficialmente indenne da BRC degli allevamenti ovi-caprini mediante il controllo del 100% delle aziende.	30	Report BDN e SANAN Dati SIGLA - OEVR Verifica semestrale	All. contr. 98 - 100% Pun. 100% All. contr. 97 - 95% Pun. 70% All. contr. 94 - 90% Pun. 50% All. contr. < 90% Pun. 0%
3	Piani nazionali di monitoraggio	Attuazione del Piano Nazionale di controllo di Salmonella enteritidis e typhimurium negli allevamenti avicoli presenti sul territorio Attuazione del Piano Nazionale di monitoraggio dell'Influenza aviaria delle aziende presenti sul territorio Piano di controllo Allevamenti Sentinella Blue Tongue	20	Dati SIGLA - OEVR Verifica semestrale	All. contr. 98 - 100% Pun. 100% All. contr. 97 - 95% Pun. 70% All. contr. 94 - 90% Pun. 50% All. contr. < 90% Pun. 0%
4	Sorveglianza Banca Dati Anagrafi Zootecniche	Controlli sul Sistema di Identificazione e Registrazione degli animali (bovini - suini - ovi-caprini - equidi) con la compilazione di una Check List	15	Verifica in rete delle procedure di alimentazione della Banca dati. Registrazioni Check List in RDN Verifica semestrale	All. contr. 98 - 100% Pun. 100% All. contr. 97 - 95% Pun. 70% All. contr. 94 - 90% Pun. 50% All. contr. < 90% Pun. 0%
5	Colonie Feline	Registrazione in BDR delle colonie feline censite secondo procedure.	10	Numero colonie feline registrate in BDR su quelle attive censite	Colonie reg.70-100% Pun. 100% Colonie reg.69-50% Pun. 70% Colonie reg.49-30% Pun. 50% Colonie reg. < 30% Pun. 0%

Il Direttore Servizio Sanità Animale : Dr. Antonio Naclerio



Handwritten signature

Il RESPONSABILE
 Dr. Francesco Giugliano

Il Direttore Generale : Dr Maurizio D'Amora

Handwritten signature



Scheda di assegnazione degli obiettivi - Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di **2^a** a. Anno 2012 AG.1



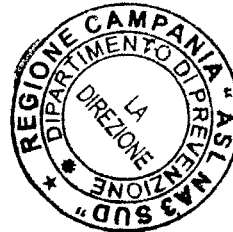
N°	MACRO OBIETTIVO	PESO	OBIETTIVI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Sorveglianza e Prevenzione (sicurezza alimentare)	20	Audit per la verifica delle procedure adottate dalle imprese riconosciute per assicurare la sicurezza alimentare	Esecuzione di n. 4 Audit negli stabilimenti riconosciuti di categoria di rischio 4 e 5. Rapporti finali.	4 Audit = 100% da 1 a 3 = 70%
2	Sorveglianza e Prevenzione (sicurezza alimentare)	20	Ispezione delle carni negli stabilimenti di macellazione degli ungulati domestici. Prelievo dei campioni programmati nel P.N.R. 2012 (Piano Nazionale Residui)	Esecuzione dei controlli ufficiali ante e post-mortem di tutti gli ungulati domestici macellati. Report annuale dei controlli ufficiali. Prelievo di n. 100 campioni di matrici biologiche e relativi referti analitici.	100 campioni= 100% da 75 a 99 campioni= 75% da 50 a 74 campioni= 50%
3	Sorveglianza e Prevenzione (sicurezza alimentare)	20	Aggiornamento della categoria di rischio degli stabilimenti riconosciuti.	Compilazione ed inserimento in GISA delle Check-list relative agli stabilimenti riconosciuti la cui categorizzazione del rischio non è stata aggiornata nei termini prescritti (31.01.2012) Almeno N. 50 Check-list.	50 Check-list= 100% da 35 a 49 Check-list= 75% 20 a 34 Check-list= 50%
4	Sorveglianza e Prevenzione (sicurezza alimentare)	20	Controllo ufficiale con la tecnica dell'ispezione degli alimenti di o a in fase di trasporto.	Esecuzione di n. 110 ispezioni, compilazione del Mod. 5 ed inserimento in GISA dell'esito dei controlli.	110 Ispezioni= 100% da 82 a 109 Ispezioni= 75% da 55 a 81 Ispezioni= 50%
5	Contabilizzazione ricavi	10	Rendicontazione trimestrale delle prestazioni e delle entrate	Trasmissione alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione della scheda trimestrale di rilevazione delle prestazioni e delle entrate entro il giorno 20 del mese di aprile, luglio, ottobre e gennaio.	4 Schede= 100% da 1 a 3 schede = 70%
6	Ottimizzazione dei flussi informativi	10	Trasmissione delle Schede AG 2 e AG 3 di tutti i Dirigenti Veterinari del Servizio entro il 31.01.2013.	Data del protocollo della nota di trasmissione delle schede alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione.	Invio delle schede AG 2 e AG 3 entro i termini= 100%

Data 10.02.2012

Il Direttore

Uscio
IL RESPONSABILE
 (Dott. Vincenzo Giugliano)

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione



[Handwritten signature]

<p>1</p> <p>CONTENIMENTO DELLA SPESA ASSISTENZIALE PROMUOVENDO AZIONI FINALIZZATE ALLA RIDUZIONE DEI RICOVERI PRESSO STRUTTURE TEMPORANEAMENTE ACCREDITATE ANCHE ATTRAVERSO IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</p>	<p>PERCENTUALE DI DECREMENTO DEI RICOVERI</p> <p>N° DI RICOVERI ANNO 2012/N° DI RICOVERI ANNO 2011</p> <p>ASSEGNAZIONE AI DIRIGENTI DEI PAZIENTI CON DEGENZE SUPERIORI AI 30GG., RIMODULAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO ED ATTIVAZIONE DI MISURE TESI A RIDURRE IL "REVOLVING DOOR"</p>	<p>Riduzione ...% rispetto al 2011</p> <p>100% = 100%</p> <p>da 80% a 99% = 60%</p> <p>da 60% a 79% = 40%</p> <p>< 60% = 0</p>
<p>2</p> <p>QUALIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI ATTIVITA' E DEI PROCESSI MEDIANTE LA RILEVAZIONE DEI DATI DELL'UTENZA E PRESTAZIONI CON RIFERIMENTO A TUTTI GLI UTENTI IN CARICO</p>	<p>N° DI PRESTAZIONI DISTINTE PER TIPOLOGIA/N° DI UTENTI</p>	<p>100%/100% = 100%</p> <p>da 50% a 99%/100%= 50%</p> <p>< 50 % /100%= 0</p>
<p>3</p> <p>AFFIDAMENTO AI DIRIGENTI DELLE UU.OO. DEL DSM DI PAZIENTI COMPLESSI PER INTERVENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI PRESI IN ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI INTERVENTI DOMICILIARI (PID)</p>	<p>100%/100% = 100%</p> <p>da 50% a 99%/100%= 50%</p> <p>< 50 % /100%= 0</p>
<p>4</p> <p>ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DELLE LINEE GUIDA PER IL MIGLIORAMENTO DI QUALITA' DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE RELATIVE AI PROTOCOLLI OPERATIVI PER L'INTEGRAZIONE ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DELLE LINEE GUIDA DIAPRIMENTALI PER IL FUNZIONAMENTO DEI CENTRI DIURNI, DAY HOSPITAL, CENTRI DI SALUTE MENTALE E STRUTTURE RESIDENZIALI</p>	<p>N° RICOVERI/PROTOCOLLI ATTUATI</p>	<p>100%/N° PROT. TOTALI = 100%</p> <p>da 70% a 99% = 50%</p> <p>< 50% = 0</p>
<p>5</p> <p>MONITORAGGIO ATTIVITA' DEGLI SPORTELLI PER I DCA NELLE UU.OO.S.M.</p>	<p>REPORT SULL'APPLICAZIONE SPERIMENTALE DELLE LINEE GUIDA DIC IASCUNA ARTICOLAZIONE FUNZIONALE ED ANALISI DEI RISULTATI</p>	<p>100%/N° PROT. TOTALI = 100%</p> <p>da 70% a 99% = 50%</p> <p>< 50% = 0</p>
<p>6</p> <p>RICERCA DI MODELLI DI INTERVENTO TESI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA INDIVIDUALE E COLLETTIVA PER LE CONDIZIONI DI DISAGIO DETERMINATE DALLE NUOVE EMERGENZE SOCIALI: STRESS LAVORO CORRELATO, MOBBING, STALKING, DISTURBI SECONDARI ALLA PERDITA DI LAVORO</p>	<p>RICHIESTE EVASE/TOTALE DELLA DOMANDA</p>	<p>4/4 = 100%</p> <p>3/4 = 50%</p> <p><3 = 0</p> <p>.../</p>
<p>7</p> <p>OTTIMIZZAZIONE DEL PERSONALE CON RIDUZIONE DEL RICORSO A ISTITUTI CONTRATTUALI ONEROSI (STRAORDINARIO E PRONTA DISPONIBILITA')</p>	<p>N° DI GRUPPI COSTITUITI/N° DI EMERGENZE INDIVIDUATE</p> <p>N° D INCONTRI EFFETTUATI/OGNI GRUPPO DI LAVORO COSTITUITO PER LO STUDIO DELLE PROBLEMATICHE E L'ELABORAZIONE DI MODELLI OPERAZIONALI RELATIVI</p>	<p>RIDUZIONE DEL 10% = 100%</p> <p>RIDUZIONE DAL 5 AL 9%</p> <p>< AL 5% = 0</p>



10/11/14
RISOLTO

10/11/14
RISOLTO

9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	100% no. 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilaz. non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0
---	---	--	--

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

ASL N. 01/13 SUD
 IL DIRETTORE
 [Signature]

IL DIRETTORE GENERALE _____

[Signature]

[Signature]



SERVIZI



CENTRALI

SERVIZIO PATOLOGIA CLINICA TERRITORIALE - OBIETTIVI 2012		Valutazione
Obiettivi specifici & personali	Indicatori	
1	centralizzazione degli obiettivi prodotti diagnostici occorrenti ai laboratori di patologia clinica dell'ASL.	completamento centralizzazione entro giugno 2012 = 100% entro settembre 2012 = 80% entro novembre 2012 = 60% mancato completamento = 0
2	bonifica anagrafica aziendale prodotti diagnostici (Oliamm) con eliminazione dei prodotti ripetuti e di quelli disusati.	data completamento bonifica entro maggio 2012 = 100% entro giugno 2012 = 80% entro settembre 2012 = 60% mancato completamento = 0
3	raccolta dati statistici dell'attività di tutti i lab di patologia clinica dell'ASL.	num. report consegnati al Servizio Controllo di Gestione entro il giorno 20 del mese successivo al bimestre di riferimento 6 = 100% 5 = 80% 4 = 60% < 4 = 0
4	raccolta dati relativi alla giacenza di prodotti diagnostici nei magazzini dei laboratori analisi dell'ASL (magazzino unico logico).	invio report al Serv. Controllo di Gestione entro gennaio 2013 invio report entro gennaio = 100% invio oltre il termine = 0
5	mantenimento di certificazione di qualità ISO Lab. Tossicologia.	< 3 = 100% < 5 = 70% < 10 = 40% > 10 = 0
6	attivazione consulenze per l'implementazione del sistema di qualità nei laboratori analisi aziendali.	> 3 = 100% da 2 a 3 = 80% 1 = 60% < 1 = 0
7	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	num. Laboratori interessati n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69% / 100% = 50% < 45% / 100% = 0
8	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____ IL DIRETTORE
 (Dr. Francesco Aurelio Pisanti)

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

SERVIZIO DI PATOLOGIA CLINICA TERRITORIALE

SERVIZIO MATERNO INFANTILE OSPEDALIERO E TERRITORIALE - OBIETTIVI ANNO 2012

Obiettivi Specifici e personali	indicatori	valutazione
1 Aggiornamento della Carta dei Servizi da parte dei Direttori integrando attività ospedaliere e territoriali.	Realizzazione della Carta aggiornata.	pubblicazione della Carta = 100% mancata pubblicazione = 0
2 Censimento dei Procedimenti Amministrativi con identificazione del Responsabile	Protocolli proposti/n° totale procedimenti censiti	100%/100% = 100% 50%/100% = 50% < 50%/100% = 0
4 Continuazione e Monitoraggio di HBSC: questionario per valutare il cambiamento delle abitudini alimentari degli adolescenti.	Preparazione del questionario e somministrazione a campione.	analisi del questionario e valutazione = 100% somministrazione questionario = 50% solo redazione questionario = 0
5 Individuazione degli ostacoli organizzativi-funzionali che nei punti nascita impediscono la pratica del roaming-in ed il sostegno dell'allattamento al seno per il benessere psico-fisico del neonato	% di applicazione del roaming in/ totale dei punti nascita % di neonati dimessi con allattamento materno esclusivo/n° totale neonati dimessi	da 80% a 100%/100% = 100% da 60% a 79%/100% = 50% < 60% = 0 da 80% a 100%/100% = 100% da 60% a 79%/100% = 50% < 60% = 0
6 Costituzione Comitato per il Percorso Nascita (CPN) Interistituzionale (applicazione della Delibera Giunta Regionale N.532 DEL 29/10/2011)	N. di riunioni effettuate per l'istituzione del Comitato	Costituzione del Comitato = 100% Realizzazione presupposti per la Costituzione del Comitato (n° riunioni effettuate) = 50% mancanza di azioni propositive = 0
7 Applicazione delle Linee Guida Nazionali sulla Riqualificazione della rete Consultoriale	Riqualificazione di almeno 3 Consultori Familiari	Miglioramento delle performance di tre consultori aziendali = 100% < 3 = 0
8 processo di dematerializzazione ed incremento uso della PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	dal 70% al 100% /100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
9 utilizzo del sito aziendale ai fini della trasparenza (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
10 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione dell'attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____
(*dr.ssa Anna Asposito*)

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____ IL DIRETTORE GENERALE _____

July

Asposito

Asposito

Asposito



COORDINAMENTO UU.OO.CC. SER.T. ex ASL Napoli 5

Obiettivi	Indicatori	Valutazione
1 Monitoraggio dei percorsi di ricovero presso strutture provvisoriamente accreditate e dell'appropriatezza delle spesa aziendale.	verifica aderenza al protocollo amministrativo e terapeutico; aggiornamento periodico della spesa; report verifica progetto terapeutico personalizzato; report spesa trimestrale relativa al budget affidato.	da 81% a 100%= 100% da 61% ad 80% = 080% 80%< 60% = 000%
2 Operatività Sistema Informativo Dipendenze (SID 2) Regione Campania per la rilevazione dei dati di attività e debito informativo.	verifica dell'adeguatezza del Sistema; analisi periodica dei dati	da 81% a 100%= 100% da 61% ad 80% = 080% 80%< 60% = 000%
3 Rilevazione e monitoraggio delle attività, procedure, prestazioni della U.O.C.	planning periodico dei carichi di lavoro analisi dei dati	da 81% a 100%= 100% da 61% ad 80% = 080% 80%< 60% = 000%
4 Raggiungimento degli Standard Minimi di Qualità (SMQ) Macro Area Promozione della Salute per singolo Dirigente	formalizzazione piano di lavoro per singolo Dirigente verifica periodica degli indici necessari al raggiungimento degli SMQ	da 81% a 100%= 100% da 61% ad 80% = 080% 80%< 60% = 000%
5 Raggiungimento degli Standard Minimi di Qualità (SMQ) Macro Area Trattamento per singolo Dirigente	formalizzazione piano di lavoro per singolo Dirigente verifica periodica degli indici necessari al raggiungimento degli SMQ	da 81% a 100%= 100% da 61% ad 80% = 080% 80%< 60% = 000%
6 Raggiungimento degli Standard Minimi di Qualità (SMQ) Macro Area Riabilitazione per singolo Dirigente	formalizzazione piano di lavoro per singolo Dirigente verifica periodica degli indici necessari al raggiungimento degli SMQ	da 81% a 100%= 100% da 61% ad 80% = 080% 80%< 60% = 000%
7 PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	dal 70% al 100%/100%= 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
8 UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
9 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE

ASL Napoli 5 Sud
Dipartimento Programmazione ASL NA5

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

SERVIZIO ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 Adesione a Consip e So.Re.Sa. per la centralizzazione degli acquisti	numero di adesioni Consip anno 2012/numero di adesioni Consip anno 2011 numero di adesioni So.Re.Sa. anno 2012/numero di adesioni So.Re.Sa. anno 2011	incremento nel 2012 > 50% rispetto all'anno precedente = 100% incremento nel 2012 > 20% < 50% rispetto all'anno precedente = 50% incremento nel 2012 < 20% rispetto all'anno precedente = 0% incremento nel 2012 > 50% rispetto all'anno precedente = 100% incremento nel 2012 > 20% < 50% rispetto all'anno precedente = 50% incremento nel 2012 < 20% rispetto all'anno precedente = 0%
2 Standardizzazione dei tempi e delle modalità di richiesta di acquisto da parte delle strutture dell'A.S.L. per la programmazione dell'approvvigionamento tramite i fabbisogni	n° di standardizzazioni di tempi e modalità effettuate/n° di tipologie di richieste di acquisto n° di acquisti fuori gara per struttura richiedente/n° totale di richieste per struttura richiedente	100%/100% = 100% * da 70% a 99%/100% = 50% * < 70%/100% = 0% * 100%/100% = 100% da 70% a 99%/100% = 50% < 70%/100% = 0%
3 Creazione di un'anagrafica dei prodotti richiesti ed acquistati, utile per verificare il consumo mensile e/o annuo e preventivarne il fabbisogno	n° di record registrati/n° prodotti censiti	caricamento del 100% dei dati = 100% da 75% a 99% di caricamento dei dati = 50% < 75% di caricamento dati = 0
4 eliminazione del lavoro arretrato	1) catalogazione per tipologia e quantificazione del lavoro arretrato; 2) evasione n° di pratiche	da 90% a 100% evasione pratiche arretrate = 100% da 50 a 89% evasione pratiche arretrate = 50% < 50% = 0
5 Inventario dei beni mobili: gestione gara d'appalto. Coordinamento attività	attivazione dei procedimenti consequenziali: elaborazione del capitolato speciale di appalto, indizione della gara	dall'80% al 100% della realizzazione dei procedimenti = 100% dal 50% al 79% = 50% < 50% = 0
6 processo di dematerializzazione ed incremento uso della PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
7 utilizzo del sito aziendale ai fini della trasparenza (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
8 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

* = il 100% del secondo termine indica il numero totale delle tipologie di acquisto

DATA DI ACCETTAZIONE _____

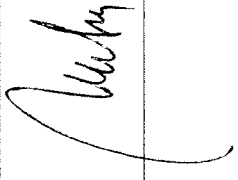
IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

SERVIZIO ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

IL DIRETTORE

Dott.ssa **Carmela Frontoso**

IL DIRETTORE GENERALE _____



SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA - OBIETTIVI ANNO 2012

MACROBIETTIVO	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Monitoraggio e standardizzazione delle attività delle Direzioni Sanitarie	Adozione ed implementazione Raccomandazioni Ministeriali	100%/100% = 100% da 70% a 90% = 50% < 70% = 0
2	Segnalazione eventi sentinella	Incontri informativi: n. incontri effettuati presso le UU.OO.	10 incontri = 100% da 5 a 9 incontri = 50% < 5 = 0
3	CENTRALE OPERATIVA 118: Monitoraggio della appropriatezza e della codificazione del triage di competenza.	N. schede verificate	100%/100% = 100% da 70% a 90% = 50% < 70% = 0
4	Verifica attuazione piano operativo ADO 2011 (Progetto CIPE 4 subobiettivo)	Rispetto dei termini stabiliti per l'implementazione delle attività previste/ numero totale di attività previste	100%/100% = 100% da 70% a 90% = 50% < 70% = 0
5	Verifica attuazione piano operativo NAD 2011 (Progetto CIPE 4 subobiettivo)	Rispetto dei termini stabiliti per l'implementazione delle attività previste/ numero totale di attività previste	100%/100% = 100% da 70% a 90% = 50% < 70% = 0
6	Monitoraggio stato attuazione Piano Ospedaliero- D.I.E.	Relazione trimestrale	100%/100% = 100% da 70% a 90% = 50% < 70% = 0
7	Processo di de materializzazione ed incremento uso della PEC	Numero di atti inviati per PEC/numero di protocolli in uscita	dal 70% al 100%/100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
8	Utilizzo del Sito Aziendale ai fini della trasparenza (L.241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
ASL CAMPANIA REGIONE CAMPANIA
DIRETTORE GENERALE



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SERVIZIO GESTIONE TECNICA ED OTTIMIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE TERRITORIALE
DIPARTIMENTO TECNICO LOGISTICO

OBIETTIVI ASSEGNATI ALLA U.O.C.	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 Soddisfacimento delle richieste di manutenzione straordinaria immobili di proprietà, dati in locazione a terzi	Grado di soddisfacimento	da 70% a 100% = 100% dal 51% al 69% = 70% dal 21% al 50% = 50% < 20% = 0%
2 Soddisfacimento delle richieste di manutenzione edile ed impiantistica, pervenute da parte delle strutture territoriali	Soddisfacimento delle riparazioni impiantistiche ed edili e ristrutturazioni od adeguamenti di nuovi locali con relativi progetti, direzione lavori etc.	> 9 = 100% da 4 a 9 = 80% con ristrutturazione di 3 reparti = 60% Soddisfacimento delle sole riparazioni impiantistiche ed edili = 40%
3 Programmazione: Razionalizzazione dei contratti di fitto passivi ai sensi dell'art. 15 Legge Regionale n° 1 del 27/01/12	Grado di soddisfacimento	dal 50% al 100% = 100% dal 20 al 49 % = 50% Soddisfacimento del n° contratti < 20 % = 0%
4 Soddisfacimento della manutenzione apparecchiature elettromedicali del patrimonio territoriale e ospedaliero	Grado di soddisfacimento	dal 90% al 100% = 100% dal 70% al 89% = 90% dal 40% al 69% = 70% dal 20% al 39 % = 40% < al 20 % = 0% dal 70% al 100%/100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50%
5 processo di dematerializzazione ed incremento uso della PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	< 45%/100% = 0 100% = 100%
6 utilizzo del sito aziendale ai fini della trasparenza (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	da 50% a 99% < 50% = 0
7 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

DIRETTORE GENERALE _____



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

U.O.C. GESTIONE TECNICA ED OTTIMIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE OSPEDALIERO - OBIETTIVI 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
1	GESTIONE, CONDUZIONE E SORVEGLIANZA DEI COMPONENTI, DELLE APPARECCHIATURE E DEGLI IMPIANTI ELETTRICI ED ELETTRONICI ATTRAVERSO LA MANUTENZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA	INFORMATIZZAZIONE DEL PATRIMONIO DELLE ATTREZZATURE	N. STRUTTURE INFORMATIZZATE dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
2		PIANIFICAZIONE DEI SOPRALLUOGHI E DEGLI INTERVENTI DA EFFETTUARE PER ADEGUAMENTI DEGLI IMPIANTI ALLA NORMATIVA O PER RICHIESTA INTERVENTI	da n. 7 a n. 10 = 100% da n. 3 a n. 6 = 50% < 3 = 0
3	GESTIONE, CONDUZIONE E SORVEGLIANZA DEGLI IMPIANTI TECNOLOGICI (IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE, TERMICI E GAS MEDICINALI)	INFORMATIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMPIANTISTICO	dal 70% al 100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
4		PIANIFICAZIONE DEI SOPRALLUOGHI E DEGLI INTERVENTI DA EFFETTUARE PER ADEGUAMENTI DEGLI IMPIANTI ALLA NORMATIVA O PER RICHIESTA INTERVENTI	da n. 7 a n. 10 = 100% da n. 3 a n. 6 = 50% < 3 = 0
5	GESTIONE, CONDUZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' CONNESSE ALLA MANUTENZIONE EDILIZIA	SOPRALLUOGHI PER LA VERIFICA DELLO STATO DI FATTO E CONSERVATIVO DEGLI IMMOBILI	N. DI SOPRALLUOGHI/N. DI RICHIESTE dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
6		PIANIFICAZIONE DELLA MANUTENZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA PER IL RIPRISTINO IGIENICO-FUNZIONALE DEL PATRIMONIO EDILIZIO	da n. 7 a n. 10 = 100% da n. 3 a n. 6 = 50% < 3 = 0
7	D.L.G.S.1/08 ADEMPIMENTI	ADEGUAMENTO DELLE STRUTTURE	da n. 8 a n. 10 = 100% da n. 3 a n. 7 = 50% < 3 = 0
8	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	DIGITALIZZAZIONE ATTI	NUMERO DI ATTI INVIATI PER PEC/NUMERO DI PROTOCOLLI IN USCITA dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
9	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	PUBBLICAZIONE ATTI	% DI UTILIZZO DEL SITO PER LA PUBBLICAZIONE DI ATTI DI INTERESSE PUBBLICO 100% = 100% da 50% a 99% = 50% < 50% = 0
10	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE	SI = 100% NO = 0
11		% DI ADESIONE AL MODELLO STANDARD PER LA RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA'	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilaz. non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

[Handwritten signature]

DATA DI ACCETTAZIONE _____
 IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____
DIPARTIMENTO TECNICO LOGISTICO
IL DIRETTORE
Avv. Ing. Walter Tiani

[Handwritten signature]

MACROBIETTIVI E OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI		SERVIZIO AFFARI LEGALI - OBIETTIVI ANNO 2012		VALUTAZIONE	
		INDICATORI			
1	ATTIVITA' CONSULENZIALE	ATTIVITA' DI CONSULENZA PER LA DIREZIONE E PER GLI ALTRI SERVIZI	NUMERO DI PARERI SCRITTI / NUMERO DI CONSULENZE RICHIESTE PER ISCRITTO	100% / 100% = 100% da 70% a 99% / 100% = 50% < 70% / 100% = 0	
2	ATTIVITA' GIUDIZIALE	GESTIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE AL CONTENZIOSO FINALIZZATE ALLA RISOLUZIONE ATTRAVERSO PROCEDIMENTI APPROPRIATI	NUMERO DELLE PROBLEMATICHE SULLE QUALI E' STATO RESO IL PARERE CHE SONO SFOCIATE IN CONTENZIOSO/NUMERO TOTALE PARERI	100% / 100% = 100% dal 70% al 99% / 100% = 50% < 70% / 100% = 0	
3	ATTIVITA' DI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO	INCREMENTO DELLA COSTITUZIONE IN GIUDIZIO PER I RICORSI IN CUI SI RAVVISA L'OPPORTUNITA' DI NON SOCCOMBENZA PER L'AZIENDA	ELABORAZIONE PROTOCOLLI PROCEDURALI, D'INTESA CON I SERVIZI AZIENDALI, PER LA GESTIONE DI SPECIFICI FILONI DI CONTENZIOSO/NUMERO TOTALE DI FILONI DI CONTENZIOSO PRESI IN CONSIDERAZIONE	100% / 100% = 100% da 70% a 99% / 100% = 50% < 70% / 100% = 0	
4	RAZIONALIZZAZIONE COSTI E RISORSE	EVITARE IL RICORSO AGLI AVVOCATI ESTERNI	RELAZIONI-COMUNICAZIONI RELATIVE A GIUDIZI NEI QUALI E' PREVEDIBILE LA SOCCOMBENZA DELL'AZIENDA/TOTALE DEI GIUDIZI IN CUI L'AZIENDA PUO' ESSERE SOCCOMBENTE	100% / 100% = 100% da 70% a 99% / 100% = 50% < 70% / 100% = 0	
5	DEMATERIALIZZAZIONE	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	N° DI COSTITUZIONI IN GIUDIZIO/N° DI RICORSI TOTALE IN CUI SI RAVVEDE LA MOTIVAZIONE A COSTITUIRSI	da 60-100% / 100% = 100% da 45% a 59% = 50% < 45% = 0	
6	TRASPARENZA	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	NUMERO DEGLI INCARICHI ESTERNI E INTERNI/TOTALE DEI GIUDIZI IN CUI L'AZIENDA DECIDE DI COSTITUIRSI	100% / 100% = 100% da 70% a 99% / 100% = 50% < 70% / 100% = 0	
		Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	NUMERO DI ATTI INVIATI PER PEC/NUMERO DI PROTOCOLLI IN USCITA	dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69% / 100% = 50% < 45% / 100% = 0	
			% DI UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE PER LA PUBBLICAZIONE DI ATTI DI INTERESSE PUBBLICO	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0	
			Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0	
			% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0	

DATA DI ACCETTAZIONE 16-06-2012

AA.UU.
DIRETTORE GENERALE

[Signature]

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE – OBIETTIVI ANNO 2012

MACROBIETTIVO	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA DEL SETTORE MEDICINA DI BASE	1. Monitoraggio attività ambulatoriale e domiciliare specialisti ambulatoriali	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
		2. Monitoraggio delle movimentazioni scelte / revoche dei M.A.P. e P.L.S.	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
		1. Monitoraggio attività Commissioni invalidi civili	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
2	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA DEL SETTORE MEDICINA LEGALE	2. Monitoraggio delle prestazioni medico legali distrettuali	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
		3. Monitoraggio attività medicina fiscale territoriale	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
		1. Monitoraggio quali/quantitativo delle attività delle UOAA Distrettuali	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
3	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA DEL SETTORE ASSISTENZA ANZIANI	2. Monitoraggio quali/quantitativo attività U.V.A. Dec. Reg. n. 3 del 3.1.2011	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
		1. Monitoraggio quali/quantitativo delle attività psicologiche distrettuali	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
4	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA DEL SETTORE ASSISTENZA PSICOLOGICA	2. Monitoraggio quali/quantitativo dell'assistenza psicologica territoriale in collaborazione con le attività dell' ADO e ADI	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
		1. Monitoraggio quali/quantitativo delle attività psicologiche distrettuali	dal 70% al 90% = 50% dal 90% al 100% = 100%
5	PROCESSI DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DEL PC	Numeri di Atti inviati per PEC/ numero di protocolli in uscita extra servizio	dal 75% al 100% = 100% dal 50% al 75% = 50% dal 50% = 0
6	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA	% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% dal 90 al 100% = 50% dal 90% = 0
13	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0
		% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE

[Stampa e firma illeggibili]

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

IL DIRETTORE GENERALE

[Firma illeggibile]

ZAV
 SERVIZIO ISPETTIVO AREA AMMINISTRATIVA - OBIETTIVI ANNO 2012 - 1/5
 VALUTAZIONE

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 VERIFICA A CAMPIONE SUL RISPETTO DELLE NORME DI SICUREZZA NELLE STRUTTURE AZIENDALI	numero verifiche/strutture aziendali	da 80% a 100% = 100% da 50% a 79% = 70% < 50% = 0%
2 VERIFICA ATTIVAZIONE/IMPLEMENTAZIONE DEI Percorsi PROCEDURALI PER LA GESTIONE DEGLI ORDINI E DEGLI ACQUISTI	N° di percorsi procedurali controllati/N° totale di percorsi procedurali attivati dal Servizio ABS per la gestione degli ordini N° di percorsi procedurali controllati/N° totale di percorsi procedurali attivati dal Servizio ABS per la gestione degli acquisti	100%/100% = 100% da 60% a 99%/100% = 70% < a 60% = 0 100%/100% = 100% da 60% a 99%/100% = 70% < a 60% = 0
3 VERIFICA DELLA CORRETTA IMPUTAZIONE TEMPORALE DEGLI EVENTI CONTABILI	N° di controlli/n° di eventi contabili considerati	da 75% a 100% = 100% da 35% a 74% = 60% da 20% a 34% = 40% < 20% = 0
4 ATTIVITA' ISPETTIVA EFFETTUATA SU COMMITTENZA DELLA DIREZIONE STRATEGICA	n° di incarichi ispettivi conclusi/totale incarichi assegnati N° di ispezioni effettuate/incarico	da 90% a 100% = 100% da 70% a 89% = 75% da 45% a 69% = 50% < 45% = 0 > 5 controlli (compresa la relazione finale) = 100% > 2 < 5 controlli = 70% < 2 controlli = 0
5 PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	dal 70% al 100%/100% = 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
6 UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
7 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

Massimo Lauri
 Direttore Responsabile
 Servizio Ispettivo
 Avv. MASSIMO LAURI

Massimo Lauri



SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE - OBIETTIVI ANNO 2012


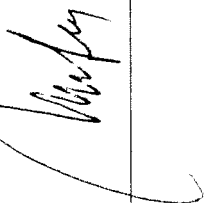
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 Rilevazione della spesa erogata per trasporto emodializzati e del numero di assistiti alla data del 31.12.12 e confronto col dato dell'anno 2011	Report riportante i dati relativi alla spesa ed al numero dei dializzati aventi diritto al rimborso dei trasporti e comparazione con l'anno 2011	100% dell'erogazione rimborsi = 100% < 100% = 0
2 Rilevazione della spesa erogata per trapiantati e del numero di assistiti alla data del 31.12.12 e confronto col dato dell'anno 2011	Report riportante i dati relativi alla spesa ed al numero dei trapiantati i Italia ed all'Estero e comparazione con l'anno 2011	100% del calcolo della spesa = 100% < 100% = 0
3 Rilevazione statistica numero pratiche evase L.210/92 nell'anno 2012	% di pratiche evase e relativa registrazione/totale di pratiche	100% / 100% = 100% < 100% / 100% = 0
4 Rilevazione del numero di pratiche comunitarie acquisite ed espletate nell'anno 2012	% di pratiche espletate nell'anno 2012/totale delle pratiche acquisite	100% / 100% = 100% < 100% / 100% = 0
5 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE NA 3 SUD
 SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD
 Responsabile: Dr.ssa A. SICILIANO

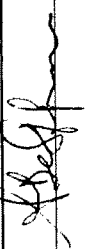





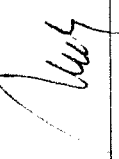
SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE - OBIETTIVI ANNO 2012

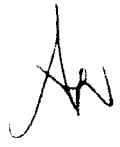
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 Aggiornamento Carta dei Servizi	% di aggiornamento	100% = 100% da 50% a 100% = 100% < 50% = 0%
2 Utilizzo PEC e dematerializzazione atti documentali	% di utilizzo PEC; dematerializzazione docum.	da 85% a 100% = 100% da 50% a 84% = 75% < 50% = 0%
3 Acquisizione e trasmissione flussi informativi	Dati trasmessi/dati ricevuti	da 80% a 100% = 100% da 50% a 80% = 80% < 50% = 0%
4 Ottimizzazione delle informazioni relative ai CTA, Cliniche private ed Ospedali attraverso verifiche incrociate dei dati disponibili	% di verifiche	da 75% a 100% = 100% da 50% a 74% = 80% < 50% = 0%
5 Pianificazione delle attività strategiche connesse agli obiettivi del Direttore Generale attraverso la elaborazione delle schede concordate con i Direttori di macrostruttura e consequenziale supporto al Nucleo di valutazione aziendale.	% di collaborazione	collaboraz. alla valutazione, raccolta dati ed analisi di prima istanza = 100% raccolta dati ed analisi di prima istanza = 75% raccolta ed organizzazione dati = 50% mancato supporto = 0%
7 Attivazione controlli e monitoraggio prestazioni contrassegnate dalla lettera R (Decreto 15)	n° di incontri con i Direttori di macrostruttura/numero totale di CDR	2 incontri x n° totale CDR/totale CDR = 100% 1 incontro x n° totale CDR = 50% < 1 incontro x n° totale CDR = 0
8 Elaborazione dati fatturati e prestazioni CTA e proiezioni delle date presuntive di esaurimento dei tetti di spesa per le varie branche della specialistica	% di controlli attivati/n° di prestazioni totali	100% = 100% da 50% a 99% = 70% < 50% = 0%
9 Trasmissione e monitoraggio del file A	Dati trasmessi/dati totali	da 90% a 100% = 100% da 50% a 89% = 70% < 50% = 0%
12 Implementazione delle schede economiche di assegnazione spesa di budget CdR aziendali	Dati trasmessi/dati ricevuti	da 90% a 100% = 100% da 50% a 89% = 70% < 50% = 0%
13 Incontri con i responsabili di Struttura Complessa per valutare complessivamente la domanda di attività per singola struttura con consequenziale attribuzione della stessa alle nuove voci del conto economico	grado di implementazione del processo	informatizzazione del processo di monitoraggio della gestione del budget = 100% assegnazione schede economiche e monitoraggio spesa a tutti i CdR = 70% assegnazione schede economiche a tutti i CdR = 40% assegnazione schede economiche non a tutti i CdR = 0% incontri con i Responsabili di S.C., attribuzione voci del conto economico, redazione scheda di budget = 100% incontri con i Responsabili di S.C. ed attribuzione voci del conto economico = 75% incontri con tutti i Responsabili di S.C. = 50% n° di incontri inferiore al totale delle S.C. = 0%

14	Elaborazione dello storico e attribuzione di un nuovo budget di spesa ai Responsabili CdR	grado di implementazione del processo	attribuzione di budget a tutti i CdR, monitoraggio e sorrettivi in finefe = 100%
16	Predisposizione report su voci di spesa farmaceutica convenzionata ed integrativa aggregata e disaggregata	grado di analisi ed elaborazione report	attribuzione di budget a tutti i CdR = 50% attribuzione di budget non a tutti i CdR = 0% 100% = 100% da 50% a 99% = 50% < 50% = 0%

DATA DI ACCETTAZIONE  _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

 _____
 IL DIRETTORE GENERALE



04/04/2012
 AREA COORDINAMENTO
 ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
 IL DIRETTORE

Coordinamento Socio Sanitario - Obiettivi anno 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Popolamento dei sistemi di informatizzazione (PEC) con conseguente dematerializzazione cartacea	Attivazione a regime PEC Aziendale	Risultato raggiunto Verifica = 100% - Presenza anche cartacea = 80% Presenza Solo cartacea = 0%
2	Conseguimento del target - per l'anno 2012- della popolazione anziani da arruolare in ADI - ai sensi della DGRC n. 210/09 - attraverso i Distretti Sanitari - UU.OO.AA.	Casi da trattare 4.510 Target SO6 3,1	da 80% a 100% dei casi trattati =100% da 50% a 79% dei casi trattati = 70% < 50% dei casi trattati = 0%
3	Adozione con atto formale della Carta dei Servizi	Verifica risultato sito aziendale	Risultato raggiunto = 100% Non raggiunto = 0
4	Attuazione del Decreto n. 6/10	Compartecipazione Ambiti sociali	Tutti gli Ambiti . = 100% n. 7 Ambiti = 50% n. 4 Ambiti = 0
5	Presentazione P.A.L. Socio Sanitario a seguito presentazione PP.AA.IT. Socio Sanitari dei Distretti Sanitari	Presentazione PAL	Assemblaggio 12 PAT D.S =100% Assemblaggio 9 PAT D.S = 80% Assemblaggio <9 PAT D.S = 0
6	Monitoraggio del percorso Socio Sanitari U.V.I.	Casi trattati UVI	Tutti i DD.SS. = 100% 50% dei DD.SS. = 50% 20% dei DD.SS. = 0%

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

Antonio Ferraro

MK

**REGIONE CAMPANIA
 ASL NA3 SUD
 AREA DI COORDINAMENTO
 ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
 IL DIRETTORE
 Dr. Antonio Secondulfo**

[Signature]



ASL

SERVIZIO FASCE DEBOLI - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 Uniformare le modalità di prescrizione di presidi, ausili, farmaci, ecc., per le cure domiciliari su tutto il territorio aziendale attraverso l'elaborazione di protocolli operativi con il Servizio di Riabilitazione ed il Dipartimento Farmaceutico.	Numero prescrizioni uniformi ai protocolli per ogni protocollo n° protocolli/n° di attività monitorate	100%=100% 50% a 99%=50% <50%=0 100%=100% 50% a 99%=50% <50%=0
2 Processo di dematerializzazione ed incremento uso della PEC	Numero di atti inviati per PEC/numero di protocolli in uscita	Dal 70% al 100% / 100% protocolli in uscita =100%
3 Utilizzo del sito aziendale ai fini della trasparenza (L241/90)	Percentuale di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	Dal 45% al 69%/100 =50% < 45%/100%=0 100%utilizzo=100% Dal 50% al 99%=50% <50% utilizzo =0
4 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0


DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

SERVIZIO FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI GENERALI		OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	MISURAZIONE
1	Implementazione tema di emergenza ed urgenze in sanità	Aggiornare e formare gli operatori coinvolti nei processi assistenziale di emergenza	% di incremento dei corsi	10 corsi = %100 5 corsi = 50% < 5 corsi = 0
2	Implementazione corsi in tema di Triage	Aggiornare e formare gli operatori sulle tecniche più innovative sulla tematica del Triage	% di incremento dei corsi	10 corsi = %100 5 corsi = 50% < 5 corsi = 0
3	Organizzazione attività formative per l'acquisizione di competenze specifiche in informatica	Acquisizione di abilità informatiche e conseguimento della Patente Europea (ECDL)	a) rilevazione fabbisogno formativo UOC centrali e Dipartimenti. b) Realizzazione di almeno 10 corsi base	tutte le UOC 100% 50% UOC = 50% < del 50% = 0 tutte le UOC 100% 50% UOC = 50% < del 50% = 0
4	Organizzazione corsi sulle tecniche di comunicazione	aggiornare e formare i dirigenti sulle tecniche di comunicazione	n. 10 corsi per un totale di 250 dirigenti	da 8 a 10 corsi = 100% da 5 a 7 corsi = 50% < 5 corsi = 0
5	Tirocini e Frequenze volontarie	ob.n.1) Adozione regolamento frequenze volontarie ob.n.2) implementazione e gestione data base Tirocini e frequenze volontarie	ob.n.1) determina di regolamento con pubblicazione sul sito. Ob.n.2) Redazione report sui dati di attività di tirocini e volontariato	ob.1) Pubblicazione regolamento frequenze volontarie entro 3 mesi = 100% report semestrali (2 annui) = 50% mancata reportistica = 0 trimestrali (4 annui) = 100% report semestrali (2 annui) = 50% mancata reportistica = 0 > di 6 = 100% < di 6 = 50% 0 procedure = 0 agg. Trimestrale = 100% agg. semestrale 50% < di 2 agg. = 0
6	Adozione dei criteri e requisiti necessari all'adeguamento nuovo sistema ECM	elaborazione manuale procedure gestione attività ECM	n. procedure scritte/processi da seguire	0 procedure = 0
7	miglioramento informativo/divulgativo attività formative	aggiornamento link formazione	aggiornamento periodico	6 procedure = 100% 4 procedure = 50% < 4 = 0
8	attivazione sponsorizzazione	adozione di procedure sperimentali di sponsorizzazioni	n. avvisi di sponsorizzazioni pubblicati sul sito	4 report annuali = 100% 2 report annuali 50% < 2 report = 0
9	miglioramento procedure amministrative	ob.1) monitoraggio budget ob.2) formalizzazione schede bilancio debito e credito ob.3) creazione albo fornitori esterni	ob.1) dati trimestrali spese economiche ob.2) utilizzo schede bilancio ob.3) costruzione strumento rilevazione albo fornitori	report semestrale = 100% scheda annuale = 50% mancata compilazione = 0 adozione albo fornitori e sua pubblicazione link = 100% mancata adozione = 0
10	processo di dematerializzazione ed incremento uso della PEC	invio telematico della documentazione prodotta dal servizio	n. atti trasmessi con la PEC/n. totale degli atti prodotti	dal 70% al 100% / 100% = 100% dal 45% al 69% / 100% = 50% < 45% / 100% = 0

12		utilizzo del sito aziendale ai fini della trasparenza (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0 si = 100% no = 0
11	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione	% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA Giulio Arcaudo

IL DIRETTORE GENERALE [Signature]

U.O.C.
 Servizio Formazione
 C. S. ...

[Signature]

REGIONE
C.A.M.

REGIONE

SERVIZIO GABINETTO DEL DIRETTORE GENERALE - OBIETTIVI ANNO 2012

	OBIETTIVI SPECIFICI DELLA STRUTTURA	INDICATORI	VALUTAZIONE
1	TRASMISSIONE DELLE DELIBERE ADOTTATE DAL DIRETTORE GENERALE ALLE ARTICOLAZIONI DI SPECIFICA COMPETENZA CON L'UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	% DI TRASMISSIONE DEGLI ATTI, ENTRO IL 31 DICEMBRE 2012	trasmissione degli atti > 70% delle sedute = 100% trasmissione degli atti tra il 50% ed il 60% = 50% < 50% = 0
2	REALIZZAZIONE DI UN ARCHIVIO INFORMATICO DI TUTTE LE DELIBERE ADOTTATE DAL DIRETTORE GENERALE/COMMISSARIO AD ACTA NELL'ANNO IN CORSO ATTRAVERSO SCANNING DELLE STESSA ALL'ATTO DELL'ADOZIONE PER LA IMMEDIATA ESECUTIVITA' E PER LA PUBBLICAZIONE SULL'ALBO PRETORIO - ARCHIVIAZIONE DATI SU SUPPORTO ELETTRONICO	ARCHIVIAZIONE SU CD ROM	SCANNING DELLE DELIBERE ADOTTATE ANNO 2012: 12/ 12 MESI = 100% 8/ 12 MESI = 80% < DI 7 MESI = 0
3	TRASMISSIONE A TUTTI I SINDACI DEI COMUNI RICADENTI NEL TERRITORIO ASL NAPOLI 3 SUD DELLE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLE DELIBERAZIONI ADOTTATE DAL DIRETTORE GENERALE CON L'UTILIZZO DELLA PEC (AL NOVEMBRE 2011 SU 56 COMUNI SOLO 17 NON HANNO COMUNICATO LA PROPRIA PEC	% DI REALIZZAZIONE DELLE SEDUTE ENTRO 31 DICEMBRE 2011	realizzazione delle sedute ≥ 70% = 100% realizzazione delle sedute tra il 50% ed il 60% = 50% < 50% = 0
4	TRASMISSIONE DELLE DELIBERE ADOTTATE DAL DIRETTORE GENERALE/COMMISSARIO AD ACTA AL COLLEGIO SINDACALE CON L'UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	% DI TRASMISSIONE DEGLI ATTI, ENTRO IL 31 DICEMBRE 2012	trasmissione degli atti > 70% delle sedute = 100% trasmissione degli atti tra il 50% ed il 60% = 50% < 50% = 0
5	INOLTRO DELLA CORRISPONDENZA A FIRMA DEL DIRETTORE GENERALE A MEZZO PEC AI DESTINATARI (OVE PROVVISI DI INDIRIZZO PEC)	REALIZZAZIONE DELLA TRASMISSIONE DI ALMENO IL 50% DELLE NOTE DI CORRISPONDENZA RECANTI DISPOSIZIONI DEL DIRETTORE GENERALE ALLE ARTICOLAZIONI COMPETENTI	trasmissione degli atti ≥ 50% = 100% < 50% = 0
6	FORMAZIONE ARCHIVIO DIGITALE IN FORMATO PDF DELLA POSTA IN ENTRATA E DI QUELLA IN USCITA	% DI SCANNING DELL'ARCHIVIAZIONE IN ORDINE CRONOLOGICO DELLA CORRISPONDENZA IN ENTRATA ED IN USCITA	trasmissione degli atti ≥ 50% = 100% < 50% = 0

IL DIRETTORE U. O. C.

Servizio di Gabinetto

Marco Tullio

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____

July

[Signature]



SERVIZIO GEF - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
1	Monitoraggio per il contenimento dei costi mediante specifiche autorizzazioni preliminari di budget	Predisposizione report periodici per misurazione rapporto tra risultati ottenuti ed obiettivi attesi	n. 4 report trimestrali = 100% n. 3 report trimestrali = 50% < 3 report trimestrali = 0
2	Equilibrio economico e finanziario infrannuale, con evidenza delle criticità.	Confronto dei valori economici ed efficienza finanziaria data dal rapporto tra risorse disponibili e risultati ottenuti	n. 4 cash flow trimestrali = 100% n. 3 cash flow trimestrali = 50% < 3 cash flow trimestrali = 0
3	Implementazione delle procedure e processi contabili-gestionali dei decreti commissariali n. 14/2009 e 60/2011	Attuazione nuove linee guida	applicazione procedimenti e processi da 7 a 12 = 100% applicazione procedimenti e processi da 4 a 6 = 50% applicazione procedimenti e processi < 4 = 0
4	Utilizzo delle procedure elettroniche di comunicazione, in sostituzione di quella cartacea	N° di atti inviati per PEC/n° di protocollo in uscita	dal 70% al 100% = 100% dal 45% al 69% = 50% < 50% = 0
5	Sperimentazione processo di imputazione dati per contabilità analitica	Registrazioni analitiche dei costi con estrazione mensile per centri di costo	> 10 estrapolazioni periodiche = 100% da 6 a 9 estrapolazioni periodiche = 50% < 6 estrapolazioni periodiche = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____



Servizio G.E.F.
IL DIRETTORE
Dott. Decio Sabino

IL DIRETTORE GENERALE _____

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
<p>SETTORE ECONOMICO: verifiche sull'adeguamento e standardizzazione delle competenze fisse e accessorie di tutto il personale della A.S.L. Na 3 sud</p>	<p>n° dei percorsi attivati / n° di attività di competenza</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>SETTORE ECONOMICO: Redazione e standardizzazione di percorsi procedurali</p>	<p>n° di verifiche (per ogni percorso attivato) / n° di percorsi attivati</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>SETTORE GIURIDICO: aggiornamento dei fascicoli personali con azzerramento del lavoro arretrato</p>	<p>n° dei percorsi attivati / n° di attività di competenza</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>SETTORE GIURIDICO: Redazione e standardizzazione di percorsi procedurali</p>	<p>n° dei fascicoli aggiornati / n° totale di personale</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>SETTORE PREVIDENZIALE: azzerramento del lavoro arretrato per la standardizzazione delle competenze ai cessati</p>	<p>n° dei percorsi attivati / n° di attività di competenza</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>SETTORE CONVENZIONATI: aggiornamento dei dati relativi al personale convenzionato nel rispetto delle norme contrattuali ed aziendali</p>	<p>n° delle pratiche aggiornate / n° totale di pratiche</p>	<p>100% n° procedimenti / 100% norme riconosciute = 100% tra 50% e 99%/100% = 50% < 50%/100% = 0</p>
<p>SETTORE CONTENZIOSO: Redazione e standardizzazione di percorsi procedurali</p>	<p>n° dei percorsi attivati / n° di attività di competenza</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>SETTORE CONTENZIOSO: redazione di percorsi procedurali (in accordo con il Servizio AA.LL.) ed informatizzazione dei records e dei dati relativi ai ricorrenti</p>	<p>n° percorsi procedurali attivati / n° di tipologia di ricorso</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>REVISIONE DELLE POSIZIONI E DEI CONTRATTI</p>	<p>n° di pratiche registrate / n° di pratiche acquisite</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>REVISIONE DELLE POSIZIONI E DEI CONTRATTI</p>	<p>quantificazione dei costi / n° di pratiche chiuse</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>PUBBLICAZIONE CURRICULUM VITAE DEL PERSONALE DIRIGENTE, TASSI DI ASSENZE (L. 69/09 art. 21), CODICI DI COMPORTAMENTO, CODICI DISCIPLINARI</p>	<p>% di adeguamento / totale del personale</p>	<p>100%/100% = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>
<p>PUBBLICAZIONE CURRICULUM VITAE DEL PERSONALE DIRIGENTE, TASSI DI ASSENZE (L. 69/09 art. 21), CODICI DI COMPORTAMENTO, CODICI DISCIPLINARI</p>	<p>n° di tipologie di pubblicazioni / totale delle pubblicazioni indicate nell'obiettivo</p>	<p>100%/100% delle pubblicazioni indicate negli obiettivi = 100% tra 75% e 99%/100% = 50% < 75%/100% = 0</p>



11	processo di dematerializzazione ed incremento uso della PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	dal 70% al 100% / 100% = 100%
			dal 45% al 69% / 100% = 50%
			< 45% / 100% = 0
12	utilizzo del sito aziendale ai fini della trasparenza (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100%
			da 50% a 99%
			< 50% = 0
13	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100%
		% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	no = 0
			compilazione corretta ed esauriente = 100%
			compilazione non corretta e/o non esauriente = 50%
			mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE 12 _____
 IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA [Signature] IL DIRETTORE GENERALE [Signature]
SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE
IL DIRETTORE
dott.ssa Anifa Vicino

[Signature]

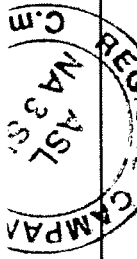
SERVIZIO GESTIONE TECNICA ED OTTIMIZZAZIONE DEI SISTEMI INFORMATICI - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI		INDICATORI	VALUTAZIONE
1	AVVIAMENTO INTEGRAZIONE DEGLI STORAGE AZIENDALI (INTEGRAZIONE DEGLI STRUMENTI PER L'ARCHIVIAZIONE DEI DATI)	Gigabyte di storage integrati	12.000 Gigabyte corrispondenti al completamento del processo = 100% da 6.000 a 1.000 Gigabyte = 50% < 1.000 Gigabyte = 0 > 3 strutture = 100% 2 strutture = 90% 1 struttura = 50%
2	AVVIAMENTO CABLAGGIO LAN DELLE STRUTTURE SUL TERRITORIO EX ASL NA 4	n° di strutture ASL cablate	installazione di 100 postazioni di lavoro (pdl) = 100% installazione tra 80 e 99 pdl = 90% installazione tra 50 e 79 pdl = 50% installazione < 50 pdl = 0
3	AVVIAMENTO SOSTITUZIONE ED INTEGRAZIONE DEL PARCO PC AZIENDALE	n° di postazioni di lavoro installate	tra 250 e 200 farmacie collegate al sistema CUP aziendale = 100% tra 200 e 150 farmacie collegate al sistema CUP aziendale = 50% < 50 farmacie collegate al sistema CUP aziendale = 0
4	ESTENSIONE SISTEMA CUP SU TUTTO IL TERRITORIO ED IN PARTICOLARE ALLE FARMACIE CONVENZIONATE	n° di farmacie convenzionate collegate al sistema CUP aziendale	1 struttura aziendale collegata al sistema protocollo unico aziendale = 100% nessuna struttura aziendale collegata al sistema protocollo unico aziendale = 0
5	AVVIAMENTO PROTOCOLLO UNICO AZIENDALE CON INTERFACCIAMENTO AL WORK FLOW DOCUMENTALE	n° di strutture ASL interfacciate al protocollo	completamento del processo = 100% da 70 a 99 delle strutture az. interessate 80% da 45 a 69 delle strutture az. interessate = 50% < 45 delle strutture az. interessate = 0
6	COMPLETAMENTO DELLA PIATTAFORMA INFORMATICA PER IL CONFERIMENTO DEI FLUSSI DATI SANITARI, PER CONSENTIRE AI DIRETTORI SANITARI INTERESSATI IL CORRETTO E TEMPESTIVO SODDISFACIMENTO DEI DEBITI INFORMATIVI	n° di strutture ASL interessate al soddisfacimento dei debiti informativi regionali	> 5 protocolli definiti = 100% da 2 a 4 protocolli definiti = 50% < 2 protocolli definiti = 0
7	AVVIAMENTO DEFINIZIONE PROTOCOLLI PER LE LINEE GUIDA DEL SGTOSI. PRODUZIONE DEL DOCUMENTO TE	n° dei protocolli interni al SGTOSI definiti	produzione del capitolato tecnico = 100% svolgimento fase istruttoria = 40%
8	INVENTARIO BENI MOBILI: PREDISPOSIZIONE CAPITOLATO TECNICO- SUPPORTO TECNICO AL SERVIZIO ABS	Produzione del capitolato tecnico	predisposizione atti finalizzati alla produzione del capitolato tecnico = 0 si = 100% no = 0
9	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE 12/07/2012

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA [firma]

IL DIRETTORE GENERALE [firma]



SERVIZIO AFFARI GENERALI - OBIETTIVI ANNO 2012

OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 RIDUZIONE UTENZE A RETE	n° di utenze dismesse/n° di utenze totali	3% = 100% tra 2% e 3% = 80% < 2% = 0
2 INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE AZIENDALI CHE HANNO UN ALTO CONSUMO ENERGETICO, IN PROPORZIONE ALLE DIMENSIONI, CON CONSEGUENTI RICHESTE DI VERIFICHE DI	n° di controlli/n° totale di strutture	5% = 100% tra 2% e 4% = 70% < 2% = 0
3 CODICI BIANCHI (VEDI DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N° 52 DEL 27/9/2010); ASSISTENZA ALLE STRUTTURE TERRITORIALI, MEDIANTE CONVENZIONE CON EQUITALIA, PER RECUPERO	n° di recupero crediti/n° dicodici bianchi da recuperare	100% = 100% da 70% a 99% = 50% < 50% = 0
4 COSTANTE AGGIORNAMENTO DEL REPERTORIO DEI CONTRATTI	tempi di registrazione di ciascun atto entro le 48h dalla sua sottoscrizione/media di circa 80 contratti annui	100% = 100%
5 DIMISSIONE FITTI PASSIVI	Numero fitti dismessi/numero fitti totali	< 100% = 0 ≥ 10% = 100% tra 5% e 9% = 80% < 5% = 0
6 PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	NUMERO DI ATTI INVIATI PER PEC/NUMERO DI PROTOCOLLI IN USCITA	
7 UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	% DI UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE PER LA PUBBLICAZIONE DI ATTI DI	
8 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	si = 100% no = 0 compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

Massimo Lauri
ASSE NAPOLI 3 SUD
AFFARI GENERALI
Avv. Massimo Lauri

IL DIRETTORE GENERALE

Luigi

[Signature]

15/04/2012

SERVIZIO ISPETTIVO AREA SANITARIA - OBIETTIVI ANNO 2012

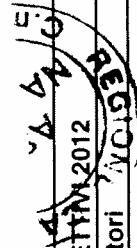
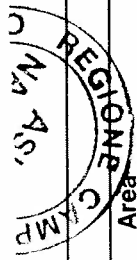
OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
1 VERIFICA A CAMPIONE SUL RISPETTO DEL REGOLAMENTO AZIENDALE RELATIVO ALL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMOENIA	numero totale dirigenti verificati/ogni struttura aziendale	da 80% a 100% = 100% da 50% a 79% = 70% < 50% = 0%
2 VERIFICA ATTIVAZIONE/IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE CONNESSE AL TRIAGE	n° strutture verificate/n° strutture in cui si pratica l'intraoemia	da 30% a 100% = 100% < 30% = 0
3 VERIFICA ATTIVAZIONE/IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE CONNESSE AL TRIAGE	verifica dei presupposti per l'attivazione/implementazione del triage (contesto ambientale, applicazione procedura informatica, formazione del personale)/numero di strutture verificate	totale delle strutture verificate = 100% da 80% a 99% delle strutture verificate = 50% < a 79% = 0
4 CONTROLLO SULL'APPLICAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEL PRIMO CICLO DI TERAPIA FARMACOLOGICA AI DIMESSI	N° di dimessi controllati in tre mesi/struttura aziendale	da 75% a 100% = 100% da 35% a 74% = 60% da 20% a 34% = 40% < 20% = 0
5 ATTIVITA' ISPETTIVA EFFETTUATA SU COMMITTENZA DELLA DIREZIONE STRATEGICA	n° di incarichi ispettivi conclusi/totale incarichi assegnati	da 90% a 100% = 100% da 70% a 89% = 75% da 45% a 69% = 50% < 45% = 0
6 PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	dal 70% al 100%/100%= 100% dal 45% al 69%/100% = 50% < 45%/100% = 0
7 UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
8 Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione	no = 0
9 Rilevazione delle attività	% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

Direttore Responsabile
Servizio Ispettivo
Avv. MASSIMO LAURU

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____



SERVIZIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - OBIETTIVI 2012			Valutazione
Area	Obiettivi Specifici e Personali	Indicatori	
1	PARTECIPAZIONE AGLI INDIRIZZI STRATEGICI DELL'AZIENDA	Formalizzazione Presa d'atto Piano Triennale della Trasparenza con atto formale della Direzione Generale.	Adozione Atto Deliberativo = 100%
2	AREA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE - RIFORMA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - INTERVENTI RIORGANIZZATIVI DI TIPO STRUTTURALE	Partecipazione lavori per l'individuazione della metodologia per il miglioramento della Qualità in collaborazione con O.I.V.o con il Nucleo di Valutazione con l'obiettivo dell'adozione della Carta	mancata adozione = 0 Presentazione proposta Carta della Qualità = 100% mancata realizzazione Carta della Qualità = 0
3		Partecipazione ad almeno un esperienza di AUDIT CIVICO in collaborazione con Cittadinanza attiva Tribunale del Malato.	Presentazione Risultati di Audit Civico per una struttura di erogazione di prestazioni sanitarie decise dal Direttore Generale = 100% Mancata Presentazione Risultati di Audit Civico = 0
4		Presentazione alla Direzione Strategica ed all'OIV della relazione sullo stato di attuazione delle azioni	Attuazione delle azioni programmate = 100% Mancata attuazione = 0
5	AREA DEL RISPETTO DELLA PRIVACY	Coordinamento Attività per la Tutela della Privacy in qualità di Responsabile dell'Ufficio del Titolare	Produzione di almeno tre circolari a firma del titolare = 100% Produzione < a 3 circolari = 0



IL DIRETTORE GENERALE

DATA DI ACCETTAZIONE _____
IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____



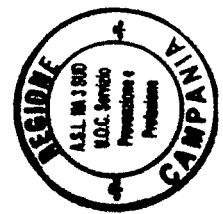
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE - OBIETTIVI ANNO 2012

Obiettivi Specifici	Indicatori	Misurazione
<p>1 Consulenza e supporto al Datore di Lavoro ed a tutti i Dirigenti delegati ai sensi della delibera D.G. n. 13/2011 e s.m.i. con funzioni di vigilanza in ordine agli adempimenti delle attività delegate ai Dirigenti Delegati e Coordinamento degli R.S.P.P. designati e delle iniziative tese a conseguire obiettivi ottimali e omogenei per tutte le sedi e/o strutture dell'ASL per l'applicazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.</p>	<p>Collaborazione con il Datore di Lavoro ed i Dirigenti delegati e coordinamento degli R.S.P.P. designati comprovata da verbali di riunioni, linee guida, pareri e/o note connesse alle attività di supporto e/o alle prescrizioni degli organi di Vigilanza.</p>	<p>Coordinamento attività con tutti i Dirigenti delegati e R.S.P.P. = 100%</p> <p>Coordinamento attività con i Dirigenti delegati e R.S.P.P. tra il 40% ed il 99 % = 50%</p> <p>Coordinamento attività con con meno del 40 % dei dirigenti delegati e R.S.P.P. = 0</p>
<p>2 Monitoraggio con acquisizione, di dati relativi, agli adempimenti svolti in merito al D.Lgs 81/08 e s.m.i. dal Datore di Lavoro, dai Dirigenti delegati e dagli R.S.P.P. della ASL NA 3 sud.</p>	<p>Creazione di banche dati in formato Excel delle attività svolte dai Dirigenti Delegati, dagli R.S.P.P. e dal Datore di Lavoro relative a tutte le sedi e le strutture della ASL per le iniziative di agli obblighi di cui all'art. 18 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.</p>	<p>Coordinamento attività con tutti i Dirigenti delegati e R.S.P.P. = 100%</p> <p>Coordinamento attività con i Dirigenti delegati e R.S.P.P. il 40% ed il 99 % = 50%</p> <p>Coordinamento attività con meno del 40 % dei dirigenti delegati e R.S.P.P. = 0</p>
<p>3 Programmazione informazione e formazione dei lavoratori così come definiti dal Decreto Legislativo 81/08 e s.m.i</p>	<p>Piano di Formazione: Istituzione e controllo del piano in collaborazione con i Dirigenti Delegati (proponenti) e Servizio Formazione (attuatore)</p>	<p>Coordinamento attività formativa richiesta come da programma = 100%</p> <p>mancato coordinamento programma formativo = 0</p>
<p>4 Processo di Dematerializzazione ed incremento uso PEC.</p>	<p>Numero di atti inviati per PEC/Numero di Protocolli in uscita</p>	<p>dal 50 % al 100% /100% = 100%</p> <p>dal 35% al 49% /100% = 50%</p> <p>< 35% / 100% = 0</p>
<p>5 Utilizzo del sito Aziendale ai fini della trasparenza (L.241/90)</p>	<p>% di utilizzo del sito Aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico</p>	<p>100% = 100%</p> <p>dal 50% al 99% = 50%</p> <p>< 50% = 0</p>

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____





14/4/05

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE - OBIETTIVI ANNO 2002			VALUTAZIONE
OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORI		
1	Applicazione dettato normativo Decreto 49/2010 del Commissario ad Acta attraverso la riorganizzazione dell'insieme delle prestazioni e dei servizi erogati ai pazienti rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona. La continuità dovrà essere assicurata grazie ad una integrazione funzionale delle strutture operative esistenti e da riconvertire a livello ospedaliero.	Verifica Trimestrale della appropriatezza delle prestazioni attraverso il monitoraggio delle UU.OO.AA.RR.	12 monit.distr.100% 8monit. distr =70% 5monit. Distr.=50% 3monit.Distr.= 0% 10%= 100% dal 5 al 10%=90% dal 3 al 4%=70%
2	Avvio controllo di congruità, a campione, delle prescrizioni degli specialisti nelle UU.OO.AA.RR.	verifica e controllo sul 10% delle prestazioni	8 incontri = 100% 5 incontri = 70% 3 incontri = 0%
3	Omogeneizzazione delle procedure relative all'acquisto di Ausili attraverso gara ASL - elenchi 2 e 3 Nomenclatore Tariffario DM332/99	Avviamento costituzione Commissione COAT	10 incontri=100% 0 incontri = 0%
4	Predisposizione Protocolli operativi rete Territorio-Ospedale	Incontri quindicinali tra i referenti UU.OO.AA.RR. e i Responsabili Riab.ne Ospedaliera per la realizzazione di modelli telematici	dal 70% al 100% / 100%= 100% dal 45% al 69%/ 100% = 50% < 45%/ 100% = 0
5	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	n° di atti inviati per PEC/N° di protocolli in uscita	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
6	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	% di utilizzo del sito aziendale per la pubblicazione di atti di interesse pubblico	si = 100% no = 0
7	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione % di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

IL DIRETTORE GENERALE _____



ALL.É



U.O. IN

STAFF

AL D.G.



SCHEDA AGI

UNITA' OPERATIVA CONTROLLO E VALUTAZIONE


ATTIVITA' DIRIGENZIALI

Corso A. De Gasperi, 167 80053-Castellammare di Stabia (NA)
Tel 081/5352731 - 081/5352716

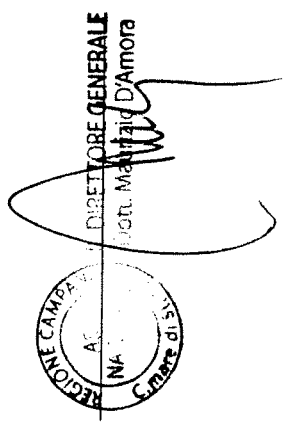
e mail valutazioneDirigenti@pec.asinapoli3sud.it

Responsabile: Dr. Ciro Inserra

OBIETTIVI SPECIFICI	PESO	INDICATORI	VALUTAZIONE
Completamento atti per la valutazione quinquennale/ quindicennale (MED/VET-SAN) e scadenza incarichi conferiti fino al 22 giugno 2012; Predisposizione atti per la valutazione quinquennale/quindicennale (MED/VET-SAN) e scadenza incarichi conferiti anno 2012;	70%	N° richieste pervenute/N° di dirigenti valutati	Tra 100% e 80% n. di richieste pervenute/n.dirig. valutati = 100% Tra 80% e 60% = 80% > 60% = 0
Invio delle schede di valutazione dei Dirigenti, prima predisposte e successivamente acquisite debitamente compilate, da questa Unità Operativa al NdV;	30%	N° di schede pervenute/N° di schede inviate all'O.I.V.	Tra 100% e 80% n. di richieste pervenute/n.dirig. valutati = 100% Tra 80% e 60% = 80% > 60% = 0

Firma del valutato _____


Data di accettazione _____

Firma del valutatore _____




COORDINAMENTO COMITATO ETICO - OBIETTIVI 2012

MACROBIETTIVI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI	VALUTAZIONE
COLLABORAZIONE AD ATTIVITA' ISTITUZIONALI IN AMBITO REGIONALE PER L'ELABORAZIONE DI PROTOCOLLI OPERATIVI A RICADUTA AZIENDALE.	ATTUAZIONE PROTOCOLLO OPERATIVO	N° DI CONTATTI PER LA STESURA DEL PROTOCOLLO	≥ 10 = 100% > 5 e < 10 = 50% < 5 = 0
ATTIVITA' DI SUPPORTO AI MEDICI OPERANTI IN AZIENDA PER LA REALIZZAZIONE DI STUDI SECONDO LE MODALITA' PREVISTE DALLE GPC E DALLA NORMATIVA VIGENTE.	MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE	N° DI ASL RAGGIUNTE/TOTALE DELLE ASL REGIONALI	100%/100% = 100% > 70% < 100% = 50% < 70 = 0
PREDISPOSIZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE PER IL CE SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE	SPORTELLINO INFORMATIVO	N° DI ORE DI APERTURA DELLO SPORTELLINO	> 8 e < 10 = 100% < 8 = 0
RIDUZIONE CONSUMO CARTA E UTILIZZO DI NUOVA TECNOLOGIE	SUPPORTO DIRETTO	N° DI INCONTRI	> 30 = 100% < 30 = 0
APPLICAZIONE LEGGE SULLA TRASPARENZA (L. 241/90)	SELEZIONE ED INDIVIDUAZIONE DEI TEMI DA TRATTARE E CONVOCAZIONE DEL COMITATO ETICO	NUMERO DI INCONTRI EFFETTUATI	≥ 10 = 100% > 8 e < 10 = 50% < 8 = 0
	PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE ED INCREMENTO USO DELLA PEC	NUMERO DI ATTI INVIATI PER PEC/NUMERO DI PROTOCOLLI IN USCITA*	dai 50% al 100% / 100% = 100% dal 35% al 49% / 100% = 50% < 35% / 100% = 0
	UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE AI FINI DELLA TRASPARENZA (L. 241/90)	% DI UTILIZZO DEL SITO AZIENDALE PER LA PUBBLICAZIONE DI ATTI DI INTERESSE PUBBLICO	100% = 100% da 50% a 99% < 50% = 0
	Applicazione disposizione del Direttore Generale sulla implementazione sperimentale della Contabilità Analitica: Rilevazione delle attività	Partecipazione al Corso di Formazione	si = 100% no = 0
		% di adesione al modello standard per la rilevazione delle attività	compilazione corretta ed esauriente = 100% compilazione non corretta e/o non esauriente = 50% mancata compilazione = 0

io comprese anche le mail non PEC. Il range di valutazione è diverso dagli altri servizi per le caratteristiche del Coord. Comitato Etico (la documentazione alle Aziende va inviata in originale)

DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA _____

Regione Campania

 Il Coordinatore Responsabile

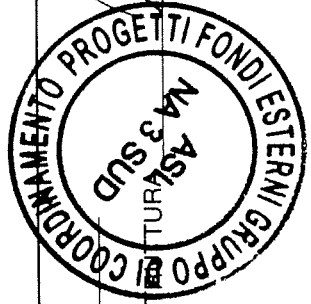
Dott.ssa Maria Rosaria Romano

IL DIRETTORE GENERALE _____



5/05/03

COORDINAMENTO PROGETTI FINANZIATI CON FONDI ESTERNI		
MACROBIETTIVI	OBIETTIVI SPECIFICI E PERSONALI	INDICATORI
	SUPPORTO AI RESPONSABILI DEI PROGETTI FINALIZZATI PER LA STESURA E LA GESTIONE DEI PIANI OPERATIVI	N° DI INCONTRI/ NUMERO DI PROGETTI IN ITINERE N° DI RIUNIONI DEL GCP/N° DI PROGETTI APPROVATI
1		VALUTAZIONE > 60 incontri/ totale progetti = 100% da 40 a 59 incontri/ totale progetti = 60% < a 40 incontri/ totale progetti = 0 da 32 a 48 incontri/ totale progetti = 100% da 24 a 31 incontri/ totale progetti = 50% < a 24 incontri/ totale progetti = 0
2	COORDINAMENTO GCP VERIFICA DEI PERCORSI PER LA GESTIONE DEI PROGETTI	> 60 determine/ % di raggiungimento degli obiettivi progettuali > 80% = 100% da 40 a 59 determine/ % di raggiungimento degli obiettivi progettuali tra 60 e 79% = 60% < 40 determine/ % di raggiungimento degli obiettivi progettuali < 60 = 0
3	RISPETTO DEI TEMPI DI REALIZZAZIONE E DELLA GESTIONE DEI PROGETTI	> 80% del piano operativo annuale relativo al totale dei progetti autorizzati = 100% tra 50% e 70% del piano operativo annuale relativo al totale dei progetti autorizzati = 50% < 50% del piano operativo annuale relativo al totale dei progetti autorizzati = 0



DATA DI ACCETTAZIONE _____

IL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURE _____

IL DIRETTORE GENERALE _____



Allegato F

Delibera Assegnazione Obiettivi Prestazionali 2012





Allegato A.1 - Griglia di rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

Ente: _____
Completato da (nome Responsabile della trasparenza): _____
Data di compilazione: _____

	La pubblicazione è prevista nel Programma? (S/NO)	La pubblicazione è inserita nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito"? (S/NO)	Se la pubblicazione non è ancora avvenuta, nel Programma è indicato il termine previsto per la stessa? (S/NO)	L'informazione pubblicata è completa? (S/NO)	La pubblicazione è aggiornata rispetto alla data dell'attestazione? (S/NO)	Il dato è pubblicato in formato aperto? (specifiche del formato)	Note
Obblighi di pubblicazione (Allegato 1 delibera 2/2012)							
Documenti:							
1a Programma triennale per la trasparenza e integrità	N.A.						
2 Sistema di misurazione e valutazione della performance							
3a Piano sulla performance							
3b Relazione sulla performance							
4 Dati informativi sull'organizzazione e i procedimenti:							
4a organizzazione (organigramma, articolazione degli uffici, attribuzioni e organizzazione di ciascun ufficio anche di livello dirigenziale non generale, nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici, nonché settore dell'ordinamento giuridico riferibile all'attività da essi svolta)							
4b elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali attive, specificando se si tratta di una casella di posta elettronica certificata							
4c elenco delle tipologie di procedimento svolte da ciascun ufficio di livello dirigenziale non generale, il termine per la conclusione di ciascun procedimento ed ogni altro termine procedimentale, il nome del responsabile del procedimento e l'unità organizzativa responsabile dell'istituzione e di ogni altro adempimento procedimentale, nonché dell'adozione del provvedimento finale							
4d tempi medi di definizione dei procedimenti e di erogazione dei servizi con riferimento all'esercizio finanziario precedente							
4e scadenza e modalità di adempimento dei procedimenti individuati ai sensi degli art. 2 e 4 della legge n. 241/1990							
4f elenco degli atti e documenti che l'istante ha l'onere di produrre a corredo dell'istanza, per ciascun procedimento amministrativo ad istanza di parte di tutte le amministrazioni ex art. 1, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001							
4g elenco di tutti gli oneri informativi, anche se pubblicati nella Gazzetta Ufficiale, gravati sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i regolamenti ministeriali o interministeriali, nonché con i provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato al fine di regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, e l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici. Per onere informativo si intende qualunque adempimento che comporti la raccolta, l'elaborazione, la trasmissione, la conservazione e la produzione di informazioni e documenti alla pubblica amministrazione							
5 Dati informativi relativi al personale:							
5a trattamento economico annuo onnicomprensivo dei dirigenti, costituito da tutti gli emolumenti o retribuzioni a carico delle finanze pubbliche nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (compreso quello del personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni), ivi inclusi i compensi per gli incarichi e le consulenze conferiti dall'amministrazione di appartenenza o autorizzati dalla medesima. (Cfr. art.3 comma 4 L. 244/2007 - Legge finanziaria 2008, art. 231ter D.L. 201/2011).							
5a1 trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico delle finanze pubbliche dei componenti degli OIV, del Responsabile della trasparenza e del Responsabile della struttura tecnica permanente (Cfr. art.3 comma 4 L. 244/2007 - Legge finanziaria 2008, art. 231ter D.L. 201/2011).							
5b curriculum dei dirigenti, indirizzi di posta elettronica, numeri telefonici ad uso professionale, ruolo - data di inquadramento nella fascia di appartenenza o in quella inferiore, data di primo inquadramento nell'amministrazione, decorrenza e termine degli incarichi conferiti ex art. 19, commi 3 e 4, del D. Lgs. n. 165/2001							
5c trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico delle finanze pubbliche di coloro che rivestono incarichi di indirizzo politico amministrativo nonché trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico delle finanze pubbliche di coloro che compongono gli uffici di staff e di diretta collaborazione, percepito nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (compreso quello del personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni), ivi inclusi i compensi per gli incarichi e le consulenze conferiti dall'amministrazione di appartenenza o autorizzati dalla medesima. (Cfr. art.3 comma 4 L. 244/2007 - Legge finanziaria 2008, art. 231ter D.L. 201/2011).							

Allegato G
Delibera Assegnazione Obiettivi
Prestazionali 2012



A

Allegato B – Documento di attestazione

(Carta intestata con i riferimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione)

Al (Organo politico Amministrativo)

CiVIT - Commissione Indipendente per la Valutazione, la
Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche

Piazza Augusto Imperatore, 32 - 00186 Roma (Rm)

Documento di attestazione

- A. L'Organismo Indipendente di Valutazione del (nome dell'amministrazione), ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g), del D. Lgs. n. 150/2009 e della successiva delibera n 2/2012, ha preso in esame la rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal Responsabile della trasparenza in data gg/mm/aaaa mediante la Griglia di rilevazione (allegato A.1) e ha effettuato la propria verifica di conformità sulla pubblicazione di ciascun dato ed informazione elencati nel suddetto allegato A.1.
- B. L'OIV ha svolto i propri accertamenti, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi da:
1. il monitoraggio della CiVIT sui Programmi triennali della trasparenza;
 2. la propria Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni;

Sulla base di quanto sopra, l'OIV, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g) del D. Lgs. n. 150/2009,

ATTESTA:

1. l'adozione / la mancata adozione del Programma triennale 2012-2014 per la trasparenza e l'integrità e la sua coerenza / non coerenza con le linee guida CiVIT (delibere nn. 105/2010 e 2/2012):
2. la veridicità e attendibilità / non veridicità e attendibilità di quanto riportato nell'allegato A.1 a cura del Responsabile della trasparenza riguardo all'assolvimento di ciascun obbligo di pubblicazione sul sito web dell'amministrazione (in apposita sezione "Trasparenza, valutazione e merito") dei dati previsti dalle leggi vigenti nonché dell'aggiornamento dei medesimi dati al momento dell'attestazione *
3. la veridicità e attendibilità / non veridicità e attendibilità di quanto riportato nell'allegato A.1 a cura del Responsabile della trasparenza riguardo all'effettiva pubblicazione nella sezione "Trasparenza valutazione e merito" del sito istituzionale, di eventuali ulteriori dati che l'amministrazione, discrezionalmente, ha deciso di effettuare, impegnandosi in tal senso nel Programma triennale *

L' OIV riporta una sintetica motivazione di quanto attestato:

Data

Firma del Presidente
(Nome e Cognome)

* Il concetto di veridicità è intesa qui come conformità tra quanto dichiarato dai singoli dirigenti e rilevato dal Responsabile della trasparenza e quanto pubblicato sul sito istituzionale. In caso di mancata veridicità e attendibilità di uno o più dati, l'OIV deve chiaramente evidenziare, nella Griglia A 2, le difformità rilevate rispetto a quanto riportato dal Responsabile della trasparenza nella Griglia A.1.



REGIONE
C.M.A.
N. 7
2

15/1

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

Marco Tullo

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 36048 in data 06 GIU. 2012

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:

DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
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	EX A.S.L. NA 4
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 50	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 51	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 52	
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	EX A.S.L. NA 5
SERV. GEST. TECN. SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 56	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 58	
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 COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	
COORD.TO PROGETTI FONDI		