

Dir. Sanitario ASL Na 3 Sud
Dr. G. D'Onofrio

**Resp. Servizio valutazione risorse umane
e Performance Dr. C. Inserra**

RELAZIONE OBIETTIVI 2019 -DIPARTIMENTO AREA CRITICA

Oggetto: relazione obiettivi 2019 Direttore dipartimento Area Critica

Si relaziona in merito agli obiettivi assegnati il 02/12/2019 a codesto Dipartimento .
Scheda obiettivi assegnati il 03/12/2019

Si consegnano schede obiettivi di tutte le UOC afferenti al dipartimento Area Critica

Obiettivi:

- 1 – **Obiettivo (Adempimenti e tempistica del Piano Triennale della prevenzione della Corruzione):** Relazione di tutte le UOC contenente tutte le informazioni relative agli adempimenti della delibera 678/2019. **Obiettivo raggiunto.**

- 2- **Obiettivo (Rispetto degli adempimenti e della tempistica del Piano Triennale della trasparenza):** La stessa relazione indica la correttezza e tempistica degli adempimenti **Obiettivo raggiunto**

- 3- **Obiettivo (Adempimenti di cui alla delibera 135/2019):** inviate puntuali relazione con indicazione di tutti gli adempimenti tempestivamente ottemperati **Obiettivo raggiunto.**

- 4- **Obiettivo** Miglioramento delle informazioni dell'accesso per gli utenti : allegate procedura di tutte le UOC **Obiettivo raggiunto.**

- 5- **Obiettivo : Area governo del presidio (identificazione dei pazienti sconosciuti) :**redatto e condiviso procedura in P.S e nei reparti(allegato) **Obiettivo raggiunto**

- 6 – **Obiettivo Area del governo del presidio :**appropriato Utilizzo dell'attività di ricovero (riduzione di ricoveri 0/1 gg rispetto all'anno 2018) – riduzione di tutte le UU.OO CC **Obiettivo Raggiunto**

7 Obiettivo Miglioramento degli obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19

7.1 Rapporto (allegato) tra ricoveri attribuiti a DRG ARI e Non ARI rapporto :0,01

Obiettivo raggiunto

7.2 PDTA frattura femore : alcune UOC non sono riuscite ad il numero delle sedute operatorie aumentare. Obiettivo non raggiunto dall'UOC di Ortopedia.

Obiettivo non raggiunto

8 Obiettivo Management del paziente – Gestione del dolore in post-operatorio .

Numero pazienti rilevante come riportato dalle UOC di riferimento **Obiettivo Raggiunto**

9- Obiettivo Area gestionale - Dipartimentalizzazione – Ottimizzazione delle risorse-

Area cardiologica – rete infarto – Razionalizzazione cardiologia Nola-Castellammare con collaborazione di personale medico in sala di emodinamica che collabora (essendo esperto) nelle procedure interventistiche di emodinamica-Razionalizzato personale medico nei vari P.S. per la carenza del personale medico stesso. **Obiettivo raggiunto**

10 Obiettivo Gestione rischio clinico (applicazione procedure ICA- -Riduzione spesa antibiotici rispetto al 2018 -allegati ai report delle UOC-

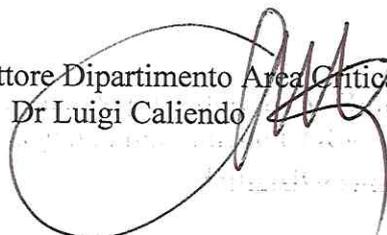
Obiettivo raggiunto

11 Obiettivo Documentazione sanitaria (corretta compilazione documentazione sanitaria -Verifica) : Audit interni allegati alle relazioni delle UOC.

Obiettivo raggiunto

Li 19/02/2020

Direttore Dipartimento Area Critica
Dr Luigi Caliendo



| |
|--|
| Dipartimento area critica direttore dott. Luigi calendo |
| Direttore dott. Luigi Caliendo |
| Matr. 765900 |

Data assegnazione 02/12/2019 obiettivi – Performance 2019

| Dipartimento di Area Critica | | | | | | |
|------------------------------|---|---------|---|------|---------------------------------|-------|
| N. OBT V | OBBIETTIVO | N. IND. | INDICATORE | PESO | Risultato atteso | ESITO |
| 1 | Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione | 1.1 | N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di competenza, di cui all'allegato A della Delibera n.678/2019, da porre in essere nei tempi previsti | 5 | 100% | 100% |
| 2 | Assicurazione del rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica nel Piano Triennale Trasparenza | 2.1 | N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 posti in essere nei tempi previsti /N. adempimenti di cui all'allegato B della Delibera n.678/2019 da porre in essere nei tempi previsti | 5 | 100% | 100% |
| 3 | Adempimenti di cui alla Delibera 135 del 11.02.2019 | 3.1 | N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, posti in essere nei tempi previsti/N. Adempimenti di competenza, di cui alla Delibera 135/2019, da porre in essere nei tempi previsti | 5 | 100% | 100% |
| 4 | Miglioramento delle informazioni e dell'accesso per gli utenti | 4.1 | Rispetto e vigilanza degli orari di accesso al pubblico e di colloquio con I familiari | 5 | Si (allegare procedura interna) | 100% |

| | | | | | | |
|---|---|-----|--|----|---|------|
| 5 | Area governo del presidio. Accesso utenti | 5.1 | Deve essere disponibile una procedura operativa con le modalità di Identificazione dei pazienti sconosciuti. | 5 | Redazione, condivisione e disponibilità della procedura per gli operatori. | 100% |
| 6 | Area governo del presidio. Trasmissione delle informazioni | 5.2 | Deve essere disponibile una procedura operativa con le modalità di Trasmissione di informazioni a parenti, forze dell'ordine, giornalisti, estranei. | 5 | Redazione, condivisione e disponibilità della procedura per gli operatori. | 100% |
| 7 | Area governo del presidio. Appropriato utilizzo dell'attività di ricovero | 6.1 | riduzione ricoveri 0/1 g in urgenza rispetto all' anno 2018 | 15 | attività di audit clinico con analisi dei ricoveri almeno bimensile. presso le UU.OO. di Med di urgenza | 100% |
| 7 | Miglioramento degli Obiettivi del DG di cui alla delibera 372/19 | 7.1 | Selezione delle patologie da trattare in regime di ricovero ordinario Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (Non ARI) in regime ordinario. Anno 2018, per i presidi ospedalieri a gestione diretta, 0,17. | 10 | Rapporto atteso < 0,21 | 100% |

| | | | | | | |
|----|---|------|---|--------------------|---|------------|
| 8 | Management del paziente. Ampliamento dell'offerta- ospedale senza dolore - implementazione e applicazione del protocollo per la gestione del post operatorio | 7.2 | Aumento del numero di sedute operatorie x applicazione del PDTA frattura del femore | 10 | >60% | 0 |
| 9 | Area Gestionale_Dipartimentalizzazione | 8.1 | n. pazienti trattati con protocollo per la gestione del dolore post-operatorio /n. pazienti operati | 10 | < 0,20 | 100% |
| 10 | Gestione rischio clinico | 9.1 | Dipartimentalizzazione - Tendere ad una maggiore gestione comune di risorse umane e tecnologiche riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica dell'ottimizzazione di risorse. | 5 | realizzazioni e di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza | 100% |
| 11 | Documentazione Sanitaria (aggiornamento-formazione in situ) | 10.1 | Buone pratiche per l'uso corretto degli antimicrobici e per il controllo delle antibiotico-resistenze: applicazione procedure secondo il Piano prevenzione ICA (Riduzione della spesa farmaceutica per antibiotici rispetto 2018) | 10 | Report trimestrali di esito | 100% |
| | | 11.1 | Corretta Compilazione della documentazione sanitaria. Verifica con audit interni con partecipazione collegiale dei sanitari. | 10 | Almeno due audit (allegare verbali Protocolli) | 100% |
| | | | | Totale peso | 100 | 95% |

20/02/2020

Il Direttore Sanitario

Per accettazione

 Il Direttore Dipartimento Area Critica

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2019

Dirigente valutato: cognome Caliendo

nome Luigi

Matricola: 765900

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

CONCLUSIONI DEL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

Punteggio totale

95 punti/ 100

Commenti descrittivi del valutato

[Empty box for descriptive comments]

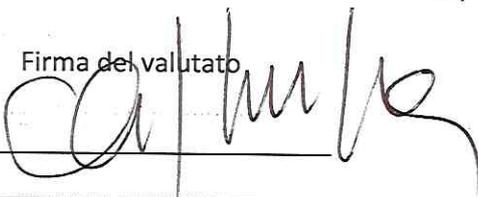
Commenti del valutatore di 1° istanza

[Empty box for 1st instance evaluator comments]

Data colloquio finale

20/02/2020

Firma del valutato



Firma del valutatore di 1° istanza

VALUTAZIONE COMPLESSIVA E GIUDIZIO FINALE NEL NUCLEO DI VALUTAZIONE

Il Nucleo di Valutazione esaminata la documentazione inerente al procedimento valutativo e constatata la correttezza si esprime:

Punteggio totale

___95___ punti/ 100

Eventuale contenzioso

SI

NO

Sintesi controdeduzioni del valutato

[Empty box for summary of counter-arguments]

Giudizio definitivo **POSITIVO**

NEGATIVO

Data

/

/

Firma del Presidente del NdV/OIV

PROT. INT N.33 DEL 02/12/2019

Spett. Resp.

| | |
|---|---------------------|
| Cardiologia P.O. di Boscotrecase | DR C. SESTRI |
| Cardiologia P.O. di Castellammare | Dott R. Longombardi |
| MCAU e P.S. P.O. di Nola | Dott. C. La Marca |
| MCAU e P.S. P.O. di Castellammare | Dott. P. Di Cicco |
| MCAU e P.S. P.O. di Boscotrecase | Dott. L. Maya |
| MCAU e P.S. P.O. di Sorrento | Dott. E. Giaquinto |
| Anestesia e Terapia int. P.O. di Nola | Dott.G. Manfredi |
| Anestesia e Terapia int. P.O. di Castellammare | |
| Anestesia e Terapia int. PP.OO. di Sorrento e Vico Equense | Dott.ssa De Falco |
| Anestesia e Terapia int. PP.OO. di Boscotrecase e Torre del Greco | |
| Sistema emergenza 118 | Dott. Criscuolo |
| Neurologia P.O. di Castellammare | Dott. Vaiano |
| Neurologia P.O. di Nola | Dott. Scala |

Oggetto : performance – obiettivi 2019

Si assegnano gli obiettivi 2019 (a cura del direttore del dipartimento area critica), allegato MODELLO SP.03 /2019 da Voi firmato ed in formato word per facilitare il compito di assegnazione ai Vs collaboratori.

**IL DIRETTORE DIPARTIMENTO AREA CRITICA
DR. LUIGI CALIENDO**

