

**DELIBERAZIONE N. 370 DEL 29/04/2022**

OGGETTO: **PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL "PIANO DELLA PERFORMANCE  
ASL NAPOLI3 SUD 2022 - 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE  
PER L'ANNO 2022. APPROVAZIONE"**

STRUTTURA PROPONENTE: **U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE**

PROVVEDIMENTO: **Immediatamente Esecutivo**

**IL DIRETTORE GENERALE**

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

**OGGETTO: PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL "PIANO DELLA PERFORMANCE ASL NAPOLI3 SUD 2022 - 2024: DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2022. APPROVAZIONE"**

**IL DIRETTORE DEL U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore **U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE** delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso Dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 ed al D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 in materia di protezione dei dati personali;

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

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

**Premesso che:**

- ai sensi dei DD.CC.AA. n. 14/2009 e n. 60/2011 la Direzione Aziendale delinea la pianificazione strategica, focalizzando le strategie per l'attuazione degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dalla Programmazione Regionale, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- tale pianificazione prende forma attraverso il Piano della Performance di cui all'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 a valenza triennale e la Direttiva annuale di cui all' art. 14 del D. Lgs.n. 165/2001;
- secondo l'art. 10 del D.L.gs n. 150/2009, il Piano individua, con valenza triennale da aggiornarsi annualmente a scorrimento, gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori, dando avvio al ciclo di gestione della performance su cui si baserà poi la misurazione e la rendicontazione dei risultati;

- l'art. 8 del D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 "Modifiche all'art. 10 del decreto legislativo n. 150 del 2009" apporta modificazioni al citato D. Lgs. 150/2009, stabilendo, tra l'altro che: le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art. 3, comma 2, , e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b);

#### **Visto:**

- Il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- Il Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- Il Decreto legislativo 1 agosto 2011, n.141 " Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15;
- Il Decreto legge 24 giugno 2014, n.90, recante " Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari". Il decreto ha trasferito (vedi art. 19, comma 9) le funzioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in materia di misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al Dipartimento della funzione pubblica;
- La Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Il Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105, che regola le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124";

#### **Visto in particolare:**

- l'art. 10, comma 1, lettera a) del suddetto D.Lvo n.150/2009 e s.m.i. con cui si dispone che le amministrazioni pubbliche redigano e pubblichino sul sito istituzionale ogni anno, entro i termini stabiliti, un documento programmatico triennale denominato PIANO DELLA PERFORMANCE che definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi;

#### **Preso Atto :**

delle sotto elencate Delibere della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), con cui sono state date indicazioni circa la redazione del Piano della performance:

- Delibera n. 112/2010 del 28/10/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”);
- Delibera n. 1/2012 “ Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della Performance” (paragrafo 5);
- Delibera 6/2013, “ Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013 (paragrafo 3.1);

**Viste le** “ Linee guida per il Piano della performance - Ministeri (giugno 2017), redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell’articolo 3, comma 1, del DPR 105/2016, che recepiscono le rilevanti novità introdotte dal citato Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, e che forniscono indicazioni metodologiche di carattere generale e, quindi, applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato nelle more dell’adozione delle specifiche linee guida;

**Vista** la nota circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 980 – P del 09/01/2019 che, tra l’altro, ribadisce che il Piano della Performance deve essere approvato e approvato entro i termini stabiliti dalla norma di specifica competenza;

#### **Visti:**

- la deliberazione n. 642 del 06.07.2021: “Piano della Performance A.S.L Napoli 3 Sud anni 2021 – 2023 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’anno 2021. Approvazione” e succ. modif e integrazioni;
- la delibera aziendale n. 921 del 05/10/2021 “Presenza d’atto e approvazione della Relazione della Performance 2020 – ASL Napoli 3 Sud di cui all’art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 e delle Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n.3/2018”;
- il Documento di validazione della Relazione sulla Performance 2020 da parte dell’OIV aziendale, allegato alla nota prot. n. 0207743 del 21/10/2021 e pubblicato sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- la deliberazione n.736 del 28.07.2021: “Presenza d’atto della delibera di giunta regionale n.618 del 28.12.2020 - risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere proprietario e di rilievo nazionale, art 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662: linee progettuali prioritarie individuate dall’accordo 1° agosto 2018. rep atti n.150/csr anno 2018. Presenza d’atto dei progetti dell’Asl napoli 3 sud, approvati dalla giunta regionale della Campania, già oggetto di specifica relazione con nota prot. n.0055029 del 10/03/2021, trasmessa al direttore generale tutela della salute cssr - regione Campania- provvedimenti consequenziali

#### **Considerato:**

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

#### **Ritenuto che:**

- il Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, su mandato della Direzione Strategica, ha provveduto ad elaborare il documento " Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud anni 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2022.
- il Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance, su mandato della Direzione Strategica, ha avviato la negoziazione degli obiettivi performance 2022, nel Dicembre anno 2021;
- gli obiettivi performance anno 2022, indicati dalla Direzione Strategica, sono stati condivisi con i Direttori dei Dipartimenti, i Direttori delle UU.OO.CC. e i Responsabili delle SS.SS.DD.;
- gli obiettivi performance anno 2022 condivisi e negoziati, per il loro "peso" nei procedimenti, con i Direttori dei Dipartimenti, i Direttori delle UU.OO.CC. e i Responsabili delle SS.SS.DD sono stati trasmessi alla Direzione Strategica, che li ha validati apponendo il "Nulla Osta",
- il Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud anni 2022 – 2024, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, è stato redatto seguendo i criteri di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 con cui si è stabilito che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle Scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, il Piano integrato di attività e organizzazione;
- il Piano, in interesse, è stato redatto in raccordo con gli atti costituenti la SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE, di cui alla Linee Guida per la compilazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), del Dipartimento della funzione Pubblica del 6 dicembre 2021.

**Dato** atto che tutta la documentazione citata e non allegata nel presente documento è agli atti dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance

#### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di**

- prendere atto ed approvare il documento "Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2022 - 2024 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2022. Approvazione", allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale
- adottare il "Piano della performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2022. Approvazione"
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione "Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e Piano triennale della Trasparenza anni 2022/23/24 ai sensi della legge n. 190/2012 e smi e della Delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA aggiornamento 2022/2024" di cui alla delibera aziendale siano propeedeutici all'accesso alla valutazione degli obiettivi del "Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2022" e che tali obiettivi organizzativi siano declinati, da parte dei Direttori dei Dipartimenti, i Direttori delle UU.OO.CC. e i Responsabili delle SS.SS.DD., con l'affidamento degli obiettivi organizzativi di struttura e con l'affidamento degli obiettivi individuali;
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei LEA, validati dall'U.O.C. Controllo di Gestione, sono da intendere obiettivi performance organizzativa e quindi vincolanti per le UU.OO. titolari del raggiungimento dei predetti obiettivi;
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore n.736 del 28.07.2021: "Presa d'atto della delibera di giunta re-

gionale n.618 del 28.12.2020 - risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere proprietario e di rilievo nazionale, art 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662: linee progettuali prioritarie individuate dall'accordo 1° agosto 2018. rep atti n.150/csr anno 2018. Presa d'atto dei progetti dell'Asl Napoli 3 sud, approvati dalla Giunta Regionale della Campania, già oggetto di specifica relazione con nota prot. n.0055029 del 10/03/2021, trasmessa al Direttore Generale Tutela della Salute cssr - Regione Campania- provvedimenti consequenziali sono da intendere obiettivi performance organizzativa e quindi vincolanti per le UU.OO. titolari del raggiungimento dei predetti obiettivi;

- stabilire che il monitoraggio degli obiettivi è in capo al Direttore del Dipartimento e/o della UOC e/o Responsabile della SSD che si coordinerà con il Direttore della UOC Controllo di Gestione, struttura deputata al monitoraggio degli stessi;
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi sia validato dall'UOC Controllo di Gestione e/o da altra UOC centrale già competente, per disposizione della Direzione Strategica, per gli obiettivi specifici monitorati.
- stabilire che tutti i Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi di cui all'allegato n. 2 del presente atto, trasmettano entro il 31.01.2023 il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2022 e quindi la valutazione di tutto il personale afferenti, valutazione che dovrà essere inviata anche alla UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione per la relativa pubblicazione
- stabilire che il mancato invio delle schede obiettivi performance 2022, nei termini di cui sopra, nel formato utile alla pubblicazione, inciderà non solo sul raggiungimento degli obiettivi affidati ma anche sul processo di valutazione da parte dei Collegi Tecnici
- stabilire che il Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi, trasmettano alla UOC Relazione con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione i dati di attività almeno con cadenza semestrale per la relativa pubblicazione sul sito aziendale; il mancato invio dei predetti dati inciderà sulla valutazione finale;
- dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione di curare la pubblicazione del "Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022– 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2022. Approvazione" in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi della normativa vigente
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il "Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024 – Direttiva annuale del Direttore generale per l'Anno 2022. Approvazione" a:
  - tutte le Strutture aziendali;
  - tutte le OO.SS. dell'Asl Napoli 3 Sud;
  - tutte le Associazioni componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo;
  - tutti i portatori di interesse

-----  
**Il Direttore U.O.C. VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE**

**INSERRA CIRO**

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate  
– Sostituisce la firma autografa)

## **Il Direttore Generale**

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

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

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

**Il Direttore Sanitario aziendale**  
**dr. Gaetano D'Onofrio**

**Il Direttore Amministrativo aziendale**  
**dr. Giuseppe Esposito**

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate  
– Sostituisce la firma autografa)

## **DELIBERA di**

- Di prendere atto ed approvare il documento “Piano della Performance ASL Napoli 3 Sud 2022 - 2024 – Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2022. Approvazione”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale
- adottare il “Piano della performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2022. Approvazione”
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione “Adozione del Piano della prevenzione della Corruzione e Piano triennale della Trasparenza anni 2022/23/24 ai sensi della legge n. 190/2012 e smi e della Delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA aggiornamento 2022/2024” di cui alla delibera aziendale siano propedeutici all’accesso alla valutazione degli obiettivi del “Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l’Anno 2022” e che tali obiettivi organizzativi siano declinati, da parte dei Direttori dei Dipartimenti, i Direttori delle UU.OO.CC. e i Responsabili delle SS.SS.DD., con l’affidamento degli obiettivi organizzativi di struttura e con l’affidamento degli obiettivi individuali;
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento dei LEA, validati dall’U.O.C. Controllo di Gestione, sono da intendere obiettivi performance organizzativa e quindi vincolanti per le UU.OO. titolari del raggiungimento dei predetti obiettivi;
- stabilire che tutte le attività collegate al raggiungimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione del Direttore n.736 del 28.07.2021: “Preso d'atto della delibera di giunta regionale n.618 del 28.12.2020 - risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere proprietario e di rilievo nazionale, art 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662: linee progettuali prioritarie individuate dall'accordo 1° agosto 2018. rep atti n.150/csr anno 2018. Preso d'atto dei progetti dell'Asl Napoli 3 sud, approvati dalla Giunta Regionale della Campania, già oggetto di specifica relazione con nota prot. n.0055029 del 10/03/2021, trasmessa al Direttore Generale Tutela della Salute cssr - Regione Campania- provvedimenti consequenziali sono da intendere obiettivi performance organizzativa e quindi vincolanti per le UU.OO. titolari del raggiungimento dei predetti obiettivi;

- stabilire che il monitoraggio degli obiettivi è in capo al Direttore del Dipartimento e/o della UOC e/o Responsabile della SSD che si coordinerà con il Direttore della UOC Controllo di Gestione, struttura deputata al monitoraggio degli stessi;
- stabilire che il raggiungimento degli obiettivi sia validato dall'UOC Controllo di Gestione e/o da altra UOC centrale già competente, per disposizione della Direzione Strategica, per gli obiettivi specifici monitorati.
- stabilire che tutti i Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi di cui all'allegato n. 2 del presente atto, trasmettano entro il 31.01.2023 il risultato del raggiungimento degli obiettivi 2022 e quindi la valutazione di tutto il personale afferenti, valutazione che dovrà essere inviata anche alla UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione per la relativa pubblicazione
- stabilire che il mancato invio delle schede obiettivi performance 2022, nei termini di cui sopra, nel formato utile alla pubblicazione, inciderà non solo sul raggiungimento degli obiettivi affidati ma anche sul processo di valutazione da parte dei Collegi Tecnici
- stabilire che il Responsabili delle strutture aziendali, affidatari degli obiettivi, trasmettano alla UOC Relazione con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione i dati di attività almeno con cadenza semestrale per la relativa pubblicazione sul sito aziendale; il mancato invio dei predetti dati inciderà sulla valutazione finale;
- dare mandato al Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione di curare la pubblicazione del "Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022– 2024: Direttiva annuale del Direttore Generale per l'Anno 2022. Approvazione" in Amministrazione Trasparente del sito dell'Asl Napoli 3 Sud;
- trasmettere la presente, per quanto di competenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi della normativa vigente
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Valutazione Risorse Umane e Performance di trasmettere il "Piano della Performance ASL Napoli3 Sud 2022 – 2024 – Direttiva annuale del Direttore generale per l'Anno 2022. Approvazione" a:
  - tutte le Strutture aziendali;
  - tutte le OO.SS. dell'Asl Napoli 3 Sud;
  - tutte le Associazioni componenti il Comitato Partecipativo e Consultivo;
  - tutti i portatori di interesse

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

**Il Direttore Generale**

Ing. Gennaro Sosto

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme collegate.

– Sostituisce la firma autografa)

## UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO

COORDINAMENTO FARMACEUTICO														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per le categorie farmaceutiche individuate dal D.D. n. 405 del 08.11.2021 per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale convenzionata (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto UCAD, AFT, singoli MMG</u>		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 12,10 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	1.Monitoraggio del consumo territoriale di antibiotici classe J01 entro le 12,1 DDD. 2.Monitoraggio del consumo per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto AFT, UCAD, singoli MMG, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per l'implementazione d'uso dei farmaci con brevetto scaduto e dei biosimilari sul totale dei farmaci (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto, AFT, UCAD, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Rispettare le normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi attraverso l'adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale flussi inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati Denominatore: N. flussi previsti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2. UOC Distretti Area Nord		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Registrazione del carico e scarico del magazzino entro 15 gg</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg Denominatore: N. registrazioni del carico e scarico Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezioni dei prodotti	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. di pazienti afferenti alle strutture Denominatore: N. totale dei farmaci distribuiti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. erogazione presidi ai cittadini aventi diritto Denominatore: N. totale dei cittadini aventi diritto Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA attraverso il controllo delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	SICUREZZA DEI PAZIENTI, RISCHIO CLINICO E PDTA	<b>FARMACOVIGILANZA /Migliorare la sicurezza dei farmaci e vaccini attraverso il controllo e verifica delle schede ADR, inserimento in RNF, feedback al segnalatore, note informative e monitoraggio delle reazioni avverse.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF Denominatore: N. totale schede ADR Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio che si recano in farmacia per il ritiro Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ispezioni effettuate sugli armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza			Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	<b>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N.2 relazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza annuali				≥2	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' DIRITTO DI ACCESSO E INFORMAZIONE	<b>Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste accesso agli atti evasi	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste accesso agli atti evasi Denominatore: N. di accesso agli atti pervenuti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Rispettare il processo aggancio ordine- DDT</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS effettivamente evasi Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Protocollozione, smistamento o diniego delle fatture ricevute dalle farmacie convenzionate entro 15gg.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollozione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute elative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	<b>Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N. verifiche annuali				12	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	<b>Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	<b>Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO				SI	3	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott. Eduardo Nava
TOT											100			

UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO														
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA AREA SUD														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per le categorie farmaceutiche individuate dal D.D. n. 405 del 08.11.2021 per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale convenzionata (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto UCAD, AFT, singoli MMG</u>		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 12,10 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	1.Monitoraggio del consumo territoriale di antibiotici classe J01 entro le 12,1 DDD. 2.Monitoraggio del consumo per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto AFT, UCAD, singoli MMG, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per l'implementazione d'uso dei farmaci con brevetto scaduto e dei biosimilari sul totale dei farmaci (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto, AFT, UCAD, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Rispettare le normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi attraverso l'adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale flussi inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati Denominatore: N. flussi previsti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2. UOC Distretti Area Nord		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Registrazione del carico e scarico del magazzino entro 15 gg</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg Denominatore: N. registrazioni del carico e scarico Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezioni dei prodotti	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. di pazienti afferenti alle strutture Denominatore: N. totale dei farmaci distribuiti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. erogazione presidi ai cittadini aventi diritto Denominatore: N. totale dei cittadini aventi diritto Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA attraverso il controllo delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	SICUREZZA DEI PAZIENTI, RISCHIO CLINICO E PDTA	FARMACOVIGILANZA /Migliorare la sicurezza dei farmaci e vaccini attraverso il controllo e verifica delle schede ADR, inserimento in RNF, feedback al segnalatore, note informative e monitoraggio delle reazioni avverse.		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF Denominatore: N. totale schede ADR Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio che si recano in farmacia per il ritiro Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ispezioni effettuate sugli armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza			Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N.2 relazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza annuali				≥2	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' DIRITTO DI ACCESSO E INFORMAZIONE	Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste accesso agli atti evasi	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste accesso agli atti evasi Denominatore: N. di accesso agli atti pervenuti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Rispettare il processo aggancio ordine- DDT		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS effettivamente evasi Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Protocollozione, smistamento o diniego delle fatture ricevute dalle farmacie convenzionate entro 15gg.		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollozione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute elative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N. verifiche annuali				12	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO				SI	3	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott.ssa Stefania Cascone
TOT											100			

UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO														
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA AREA NORD														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per le categorie farmaceutiche individuate dal D.D. n. 405 del 08.11.2021 per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale convenzionata (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto UCAD, AFT, singoli MMG</u>		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 12,10 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	1.Monitoraggio del consumo territoriale di antibiotici classe J01 entro le 12,1 DDD. 2.Monitoraggio del consumo per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto AFT, UCAD, singoli MMG, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per l'implementazione d'uso dei farmaci con brevetto scaduto e dei biosimilari sul totale dei farmaci (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto, AFT, UCAD, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Rispettare le normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi attraverso l'adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale flussi inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati Denominatore: N. flussi previsti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2. UOC Distretti Area Nord		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Registrazione del carico e scarico del magazzino entro 15 gg</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg Denominatore: N. registrazioni del carico e scarico Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezioni dei prodotti	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. di pazienti afferenti alle strutture Denominatore: N. totale dei farmaci distribuiti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. erogazione presidi ai cittadini aventi diritto Denominatore: N. totale dei cittadini aventi diritto Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA attraverso il controllo delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	SICUREZZA DEI PAZIENTI, RISCHIO CLINICO E PDTA	<b>FARMACOVIGILANZA /Migliorare la sicurezza dei farmaci e vaccini attraverso il controllo e verifica delle schede ADR, inserimento in RNF, feedback al segnalatore, note informative e monitoraggio delle reazioni avverse.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF Denominatore: N. totale schede ADR Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio che si recano in farmacia per il ritiro Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ispezioni effettuate sugli armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza			Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	<b>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N.2 relazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza annuali				≥2	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' DIRITTO DI ACCESSO E INFORMAZIONE	<b>Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste accesso agli atti evasi	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste accesso agli atti evasi Denominatore: N. di accesso agli atti pervenuti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Rispettare il processo aggancio ordine- DDT</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS effettivamente evasi Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Protocollozione, smistamento o diniego delle fatture ricevute dalle farmacie convenzionate entro 15gg.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollozione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute elative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	<b>Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.</b>		AA0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N. verifiche annuali				12	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	<b>Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	<b>Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO				SI	3	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott.ssa Principia Marotta	
<b>TOT</b>											<b>100</b>				

UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO														
ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA NORD														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per le categorie farmaceutiche individuate dal D.D. n. 405 del 08.11.2021 per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale convenzionata (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto UCAD, AFT, singoli MMG</u>		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 12,10 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	1.Monitoraggio del consumo territoriale di antibiotici classe J01 entro le 12,1 DDD. 2.Monitoraggio del consumo per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto AFT, UCAD, singoli MMG, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per l'implementazione d'uso dei farmaci con brevetto scaduto e dei biosimilari sul totale dei farmaci (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto, AFT, UCAD, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Rispettare le normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi attraverso l'adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale flussi inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati Denominatore: N. flussi previsti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2. UOC Distretti Area Nord		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Registrazione del carico e scarico del magazzino entro 15 gg</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg Denominatore: N. registrazioni del carico e scarico Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezioni dei prodotti	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. di pazienti afferenti alle strutture Denominatore: N. totale dei farmaci distribuiti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. erogazione presidi ai cittadini aventi diritto Denominatore: N. totale dei cittadini aventi diritto Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA attraverso il controllo delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	SICUREZZA DEI PAZIENTI, RISCHIO CLINICO E PDTA	<b>FARMACOVIGILANZA /Migliorare la sicurezza dei farmaci e vaccini attraverso il controllo e verifica delle schede ADR, inserimento in RNF, feedback al segnalatore, note informative e monitoraggio delle reazioni avverse.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF Denominatore: N. totale schede ADR Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio che si recano in farmacia per il ritiro Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ispezioni effettuate sugli armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza			Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	<b>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N.2 relazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza annuali				≥2	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' DIRITTO DI ACCESSO E INFORMAZIONE	<b>Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste accesso agli atti evasi	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste accesso agli atti evasi Denominatore: N. di accesso agli atti pervenuti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Rispettare il processo aggancio ordine- DDT</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS effettivamente evasi Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Protocollozione, smistamento o diniego delle fatture ricevute dalle farmacie convenzionate entro 15gg.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollozione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute elative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	<b>Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N. verifiche annuali				12	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO				SI	3	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dott. Adriano Vercellone
TOT											100			

## UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO

ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTI AREA SUD														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per le categorie farmaceutiche individuate dal D.D. n. 405 del 08.11.2021 per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale convenzionata (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto UCAD, AFT, singoli MMG</u>		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 12,10 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	1.Monitoraggio del consumo territoriale di antibiotici classe J01 entro le 12,1 DDD. 2.Monitoraggio del consumo per il raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto AFT, UCAD, singoli MMG, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale report effettuati	percentuale in crescita	Monitoraggio del consumo per l'implementazione d'uso dei farmaci con brevetto scaduto e dei biosimilari sul totale dei farmaci (UCAD, Comitato ex art. 23, Nucleo Appropriatezza Farmaceutica ecc.)	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere <u>Da assegnare anche a Direttori di Distretto, AFT, UCAD, Direttori UOC Ospedaliere</u>		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Rispettare le normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi attraverso l'adozione delle misure più idonee per il miglioramento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale flussi inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati Denominatore: N. flussi previsti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2. UOC Distretti Area Nord		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>Registrazione del carico e scarico del magazzino entro 15 gg</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. registrazioni del carico e scarico effettuate nei 15 gg Denominatore: N. registrazioni del carico e scarico Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezioni dei prodotti	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettuali 3.UOC Ospedaliere Ospedaliere		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. di pazienti afferenti alle strutture Denominatore: N. totale dei farmaci distribuiti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti				Numeratore: N. erogazione presidi ai cittadini aventi diritto Denominatore: N. totale dei cittadini aventi diritto Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA attraverso il controllo delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	SICUREZZA DEI PAZIENTI, RISCHIO CLINICO E PDTA	<b>FARMACOVIGILANZA /Migliorare la sicurezza dei farmaci e vaccini attraverso il controllo e verifica delle schede ADR, inserimento in RNF, feedback al segnalatore, note informative e monitoraggio delle reazioni avverse.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF Denominatore: N. totale schede ADR Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio a cui si consegna il primo ciclo terapeutico Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero ordinario con prescrizione farmaceutica a domicilio che si recano in farmacia per il ritiro Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI	<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ispezioni effettuate sugli armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza			Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti del PP.OO di competenza Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettuali 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	<b>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N.2 relazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza annuali				≥2	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	COMUNICAZIONE E ACCESSIBILITA' DIRITTO DI ACCESSO E INFORMAZIONE	<b>Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste accesso agli atti evasi	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste accesso agli atti evasi Denominatore: N. di accesso agli atti pervenuti Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Rispettare il processo aggancio ordine- DDT</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS effettivamente evasi Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Distrettual 2.UOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Protocollozione, smistamento o diniego delle fatture ricevute dalle farmacie convenzionate entro 15gg.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollozione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute elative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	<b>Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.</b>		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	N. verifiche annuali				12	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	<b>Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	<b>Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO				SI	3	Area di coordinamento farmaceutico - Obiettivi assegnati a: 1.UOC Governo 2.UOC Distrettual 3.UOC Ospedaliel		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AA00208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Assistenza Farmaceutica Distretti - Area SUD		Referente aziendale: Dr.ssa Venere Celotto	
<b>TOT</b>											<b>100</b>				

UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO															
COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE															
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Decreto interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" Art.3, comma 1 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio VI	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura Vaccinale nei bambini a 24 mesi	P01C	AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	percentuale in crescita	Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita come la somma di: vaccinazioni somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VSM Regione di riferimento); • vaccinazioni somministrate da altra Regione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione oggetto di valutazione (flusso VSM Regione di somministrazione); • vaccinazioni non somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VNX Regione di riferimento) con Motivo di esclusione: "08 - Pregressa immunità da malattia naturale". Per quanto riguarda il denominatore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: "04 - Non Rintracciabile".	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi). Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: * 100	≥ 95%	25	7	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
			P02C	AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	percentuale in crescita	Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: "04 - Non Rintracciabile".	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose. Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: *100	≥ 95%	25	7	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
Decreto interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" Art.3, comma 1 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio VI	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Implementazione programma di Screening	P15Cb	AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato mammella	percentuale in crescita	Dati presenti all'interno del sistema informatico SANIARP; l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, regione di residenza. Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante nel periodo di riferimento del round stesso (2-3 anni) tenendo conto della popolazione già sottoposta a screening per ogni round eseguito;	Numeratore: N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico Denominatore: [(Popolazione di riferimento 50-69 anni) /2] - donne escluse dagli inviti precedenti Fattore di scala: *100	25%	25	7	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
			P15Ca	AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	percentuale in crescita	Per i programmi di screening cervice uterina che utilizzano test con intervalli lunghi, il calcolo del numeratore è corretto con il fattore "5" per tener conto dell'effetto protettivo del HPV della durata di 5 anni; nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante nel periodo di riferimento del round stesso (3 anni) tenendo conto della popolazione già sottoposta a screening per ogni round eseguito;	Numeratore: (N. donne in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina + donne che eseguono in età target come test primario (HPV+5/3) Denominatore: [(N. donne residenti con età compresa tra (25-64 anni)/3]- (donne escluse dagli inviti precedenti) ) Fattore di scala: *100	35%	25	7	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
Decreto interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" Art.3, comma 1 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio VI	Area Ospedaliera	Ridurre il numero dei parti cesari	H17C	AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con s 1.000 parti.	percentuale in diminuzione	L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO (DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun progresso cesareo Fattore di scala: * 100	<25%		7	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019 Delibera Direttore Generale n. 754 del 02/09/2019	Area Assistenza sanitaria di base	Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite dell'anno 2018		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale ricoveri ordinari in età pediatrica	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2022 - N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%		6	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Assistenza sanitaria di base	<b>Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno e una corretta alimentazione complementare attraverso l'offerta di counseling individuale e di gruppo Livello I*</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale sessioni dedicate all'allattamento all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di I* Livello	percentuale in crescita	*Le sessioni previste per il livello I* è uguale a 1 ed il totale delle sessioni del corso è 10. Quindi il risultato atteso per ogni corso è 1 su 10. Il totale dei corsi di I* Livello non è ancora programmato.	Numeratore: N. sessioni dedicate all'allattamento all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di I* Livello Denominatore: N. Sessioni previste all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di I* Livello Fattore di scala:*100	100%		5	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda		<b>Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno e una corretta alimentazione complementare attraverso l'offerta di counseling individuale e di gruppo Livello II*</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale sessioni dedicate all'allattamento all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di II* Livello	percentuale in crescita	*Le sessioni previste per il livello II* è uguale a 2. Quindi il risultato atteso per ogni corso è 2 su 15. Il totale dei corsi di I* Livello è non è ancora programmato.	Numeratore: N. sessioni dedicate all'allattamento all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di II* Livello Denominatore: N. Sessioni previste all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di II* Livello Fattore di scala:*100	100%		5	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda		<b>Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno e una corretta alimentazione complementare attraverso l'offerta di counseling individuale e di gruppo Livello III*</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale sessioni dedicate all'allattamento all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di III* Livello	percentuale in crescita	*Le sessioni previste per il livello III* è uguale a 3. Quindi il risultato atteso per ogni corso è 3 su 20. Il totale dei corsi di I* Livello è non è ancora programmato.	Numeratore: N. sessioni dedicate all'allattamento all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di III* Livello Denominatore: N. Sessioni previste all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di III* Livello Fattore di scala:*100	100%		5	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Programma Screening screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2017	<b>Promuovere una campagna di prevenzione neoplasie cervice uterina</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale inviti effettuati	percentuale in crescita	Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening cervice uterina. Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target.	Numeratore: N. inviti a mezzo lettera inviati all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di I* Livello Denominatore: N. donne tra i 24 ed i 65 anni residenti per Distretto Fattore di scala:*100	100%		5	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Programma Screening screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2017	<b>Promuovere una campagna di prevenzione neoplasie della mammella</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale inviti effettuati	percentuale in crescita	Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening mammella. Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target.	Numeratore: N. inviti, a mezzo lettera, inviati all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita di I* Livello Denominatore: N. donne tra i 45 ed i 69 anni residenti per Distretto Fattore di scala:*100	100%		5	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2017	<b>Implementare i PDTA</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale donne prese in carico dal PDTA aziendale cervice uterina	percentuale in crescita		Numeratore: N. donne prese in carico dal PDTA aziendale cervice uterina Denominatore: N. donne con diagnosi di cancro conclamato (CN3) Fattore di scala:*100	30%		6	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2017	<b>Implementare i PDTA</b>		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale donne prese in carico dal PDTA aziendale mammella		Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico- terapeutica in relazione alla patologia neoplastica della mammella.	Numeratore: N. donne prese in carico dal PDTA aziendale mammella Denominatore: N. donne con diagnosi di cancro conclamato (CN3) Fattore di scala:*100	30%		6	Coordinamento Materno infantile		Dr. Luigi Granato

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Assistenza sanitaria di base	Implementare una campagna di sensibilizzazione alla prevenzione della disforia di genere con eventi previsti in ambito scolastico ed eventi di promozione della salute sul territorio aziendale.		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale azioni messe in atto	percentuale in crescita	10 le azioni programmate	Numeratore: N. azione messe in atto Denominatore: N. azioni programmate Fattore di scala: *100	100%		5	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;		10	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD020505	U.O.C. Assistenza consultoriale e medicina di genere	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO			7	Coordinamento Materno Infantile		Dr. Luigi Granato
<b>TOT</b>											<b>100</b>	<b>100</b>			

## UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO

## COORDINAMENTO CURE DOMICILIARI

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO Indicatore	PESO Obiettivo	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Decreto interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" Art.3, comma 1 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio VI	Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare (Distrettuale)	Garantire l'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale	D2ZZ	AAD020915		Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	percentuale in crescita	Vanno considerati gli assistiti per i quali si sia registrato almeno un accesso a domicilio nel periodo di riferimento. CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 - 0,30 CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50 CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50 Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il valore CIA della presa in carico con CIA più elevata. GEA=giornate Effettive di Assistenza (il GEA è uguale al numero dei giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso al domicilio da uno qualunque degli operatori. Il numero del GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio per l'anno di riferimento e di eventuali altre giornate di accesso erogate in anni precedenti in cui la presa in carico è stata attiva. Per le PIC a cavallo dell'anno si considerano le GEA erogate dalla data d'inizio della PIC); GdC=giornate di Cura.	Numeratore: Numero pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente * 1.000 Fattore di scala: *100	Percentuale in crescita rispetto all'anno 2021 riferito ai valori soglia NSG	25	7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Dott.ssa Galdi Marina
				AAD020915		Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2			Numeratore: Numero pazienti trattati in ADI CIA 2 Denominatore: Popolazione residente* 1.000 Fattore di scala: *100		25	7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Dott.ssa Galdi Marina
				AAD020915		Tasso di pazienti trattati in ADI CIA3			Numeratore: Numero pazienti trattati in ADI CIA 3 Denominatore: Popolazione residente* 1.000 Fattore di scala: *100		25	7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Dott.ssa Galdi Marina
				AAD020915		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)			Numeratore: Totale dei pazienti trattati in ADI CIA 1, ADI CIA 2, ADI CIA 3 Denominatore: Popolazione residente *1.000 Fattore di scala: *100		25	7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi/ SINFONIA/ ISTAT
Decreto interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" Art.3, comma 1 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio VI	Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare (Distrettuale)	Misurare l'efficacia della Rete Assistenziale nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita	D30Z	AAD020915	Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare (Distrettuale)	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	percentuale in crescita	Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" D.M. 2 febbraio 2007, n. 43: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione della Legge 30 dicembre 2004, n. 311"	Numeratore: $\sum$ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-Cm compreso tra 140'-208 + $\sum$ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140'-208. Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili.	35		7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi/ SINFONIA/ ISTAT
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare (Distrettuale)	Rispettare gli standard e migliorare le criticità con riferimento alle Cure Primarie		AAD020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	Percentuale di anziani $\geq 65$ anni trattati in ADI. (Ind.8 Griglia LEA).	percentuale in crescita		Numeratore: N. anziani trattati in ADI con età $\geq 65$ anni Denominatore: Popolazione residente $\geq 65$ anni Fattore di scala: * 100	$\geq 1,56 \leq 1,88$		7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi SINFONIA/SISTE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO Indicatore	PESO Obiettivo	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Medicina Primaria (Modello Aziendale di Cure Palliative)	Incrementare le attività previste nel modello aziendale di gestione delle Cure Palliative		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale pazienti presi in carico per le attività di cure palliative	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti presi in carico per le attività di cure palliative 2022 - N. pazienti presi in carico per le attività di cure palliative 2021 Denominatore: N. pazienti presi in carico per le attività di cure palliative 2021 Fattore di scala: *100	5%		7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto degli adempimenti LEA in materia di assistenza domiciliare	Monitorare le attività ADI.		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale report	percentuale in crescita	*L'invio dei dati sarà effettuato nel mese di settembre dell'anno solare di riferimento per il primo semestre ed entro marzo dell'anno successivo a quello di riferimento per il secondo semestre in quanto il dato non è reperibile prima di tale termine.	Numeratore: N. report Sinfonia Denominatore: 2 Fattore di scala: *100	100%		5	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio della Rete Aziendale Cure Palliative	Garantire l'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti ultra 75enni		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, ISA o strutture intermedie) provenienti da ricovero ospedaliero o da un domicilio NON assistito e presi in carico dalla Rete Aziendale Cure Palliative	percentuale in crescita		Numeratore: N. di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita Denominatore: N. di ultra 75enni presi in carico dalla Rete Cure Palliative a domicilio Fattore di scala: *100	≥90%		7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del piano per le Cure Palliative	Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale ricoveri in Hospice provenienti da struttura Ospedaliera	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera 2022 - N. ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera 2021 Denominatore: N. ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera 2021 Fattore di scala: *100	-1%		6	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo di sistemi innovativi per la valutazione dell'appropriatezza	Produrre flussi informativi ovvero inviare il file H agli uffici competenti aziendali per il caricamento in SINFONIA nel rispetto delle tempistiche stabilite (invio entro il 20 del mese successivo alla produzione riportata nel flusso).		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale invii del file H	percentuale in crescita	*Il termine di invio del flusso è entro il 20 del mese successivo subordinato all'invio delle autorizzazioni al ricovero in Hospice, da parte del Distretto, entro il 15 del mese successivo al ricovero stesso	Numeratore: N. invii del file H, entro i termini, agli uffici competenti aziendali per il successivo caricamento in SINFONIA Denominatore: N. invii totale Fattore di scala: *100	100%		5	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO Indicatore	PESO Obiettivo	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollo della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - la liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazione < 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%		5	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. Fattore di scala: *100	100%		6	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: ☐ risposte immediate alle richieste + ☐ risposte alle richieste con n°1 sollecito (0,8) + ☐ risposte alle richieste con n° 2 solleciti (0,6) + ☐ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3 (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 4 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;		10	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi e richieste dai regolamenti interni		AA020915	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI		7	U.O.C. Coordinamento Cure Domiciliari		Referente aziendale Dott.ssa Marina Galdi
										TOT	100	100			

## UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO

## COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Lea 2021	Assistenza sociosanitaria residenziale distrettuale	<b>Garantire un trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale ad anziani non autosufficienti</b>	D332a	AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	valore numerico in crescita	Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il trattamento di livello di intensità più elevato. L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale	Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) Denominatori: popolazione residente di età >75 aa Fattore di scala: *1000 ab.	Individuato sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	10	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza sociosanitaria (protesica)	<b>Monitorare periodicamente (mensile per ciascun DSS) la spesa pro capite sostenuta per l'assistenza protesica e rapportata alla spesa pro capite prevista per l'assistenza protesica a partire dal Bilancio di Previsione 2022</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	numero report	valore numerico in crescita	Calcolo degli indicatori da parte del coordinamento sociosanitario ed invio annuale dei report di analisi della spesa pro capite per DSS calcolata sul Bilancio di Previsione ed il numero di popolazione residente	N.13 report inviati	13	8	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Protesica	<b>Monitorare periodicamente (mensile per ciascun DSS) la spesa pro capite sostenuta per l'assistenza protesica e rapportata alla spesa pro capite prevista per l'assistenza protesica a partire dal Bilancio di Previsione 2022</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	numero report	Numero di report inviati (n. 13 * n. 12) e numero incontri realizzati (1 incontro mensile per tutti i DSS in seduta plenaria)	Calcolo mensile della spesa pro capite sostenuta per l'assistenza protesica da parte di ciascun DSS e rapporto all'indicatore di spesa pro capite calcolato in previsione su base annua (rapporto 1/12 ovvero 8,33%, mantenere un po' di tolleranza ed applicare ai DSS una % più flessibile), invio reportistica ai DSS ed incontri periodici	156 report 12 incontri		10	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Appropriatezza prescrittiva (protesica)	<b>Controllare l'appropriatezza prescrittiva a campione tra le forniture concesse ai pazienti in assistenza protesica, il numero di autorizzazione previste dagli specialisti e la diagnosi analizzata a partire dal modello FIOTO</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale controlli eseguiti sui modelli FIOTO	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli eseguiti sui modelli FIOTO in merito alla appropriatezza prescrittiva Denominatore: N. totale delle prescrizioni gestite Fattore di scala: *100	10%	10	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Riabilitazione (ex art. 26, art. 44 e sociosanitario (RSA per disabili ed anziani), n. 3 SUAP private) Gestione dei contratti con i privati accreditati e rispetto dei tempi di spesa	<b>Rispettare i tempi di firma dei contratti di acquisto delle prestazioni di assistenza riabilitativa entro i termini stabiliti dalla Delibera Regionale di definizione dei tetti di spesa previsti per le diverse branche. A seguito della Delibera Regionale di definizione dei tetti complessivi di spesa per branca assegnati all'ASL Napoli 3 Sud, ripartizione - in funzione della spesa storica - del tetto di spesa a ciascuna struttura. Conseguentemente, si stipula il contratto biennale con le strutture.</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale contratti stipulati	percentuale in crescita		Numeratore: N. contratti stipulati entro i termini o numero di privati con cui si è stipulato il contratto Denominatore: N. contratti da stipulare entro i termini o numero di privati con cui si dovrebbe stipulare un contratto Fattore di scala: *100	100%	7	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Riabilitazione (ex art. 26, art. 44 e sociosanitario (RSA per disabili ed anziani), n. 3 SUAP private)	<b>Monitorare periodicamente la spesa sostenuta dai centri di riabilitazione per l'assistenza riabilitativa (art. 26) e per l'assistenza sociosanitaria (RSA disabili - RD1, RD2, RD2 - ed adulti ed anziani non autosufficienti/SUAP - R1, R2, R3)</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale report prodotti	percentuale in crescita	Elaborazione reportistica di confronto tra la spesa certificata da parte della struttura privata (ottenuta mediante inserimento del File H sulla piattaforma regionale per l'art. 26/RSA e SUAP e del File C per l'art. 44), il cui importo totale è riportato nella fattura inviata all'ASL Napoli 3 Sud, con i dati del contratto annuale e ripartiti in dodicesimi al fine di valutare (con proiezione annuale) un eventuale rispetto o sfioramento del tetto di spesa	Numeratore: N. report prodotti e presentati nelle riunioni collegiali Denominatore: N. totale di report che andrebbero prodotti: per art. 26 corrispondono a n. 13 report distrettuali * n. 12 mesi + per art. 44 corrispondono a n. 12 report distrettuali * n. 12 mesi + per RSA corrispondono a n. 8 report distrettuali * n. 12 mesi + per SUAP n. 2 report distrettuali * n. 12 mesi Fattore di scala: *100	100%	7	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza sociosanitaria residenziale distrettuale (PTRI)	<b>Definizione delle Linee Guida Operative per la gestione dei PTRI nell'ambito dei progetti erogati dai DSS</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	numero linee guida elaborate	valore numerico in crescita	PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale) con Budget di Salute. Questi PTRI sono dedicati ai pazienti che al momento sono in carico alle strutture di riabilitazione, alle strutture di tossicodipendenza ed alle strutture socio sanitarie per evitare la cronicizzazione dei pazienti ed avviare al lavoro con terapie occupazionali e responsabilizzazione al lavoro (Cooperative di Tipo B). L'albo dei cogestori (al momento esistono n. 2 albi che differenziano le cooperative che gestiscono pazienti psichiatrici da quelle che gestiscono pazienti non psichiatrici) elenca il numero di cooperative che possono essere prendere in carico questi pazienti.		1	3	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Rispettare il processo aggancio ordine- DDT (Beni di consumo e servizi gestiti).</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	6	Area di coordinamento sociosanitario		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Protocolloazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 7gg.</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	6	Area di coordinamento sociosanitario		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verificare periodicamente lo stato delle fatture aperte non liquidate.</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	numero di verifiche	valore numerico in crescita		N. 24 verifiche annuali	24	6	Area di coordinamento sociosanitario		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	<b>Verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocolloazione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	6	Area di coordinamento sociosanitario		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	<b>Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	4	Area di coordinamento sociosanitario		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AAD020905	Area di coordinamento sociosanitario	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI	7	Area di coordinamento sociosanitario		Referente aziendale: Dott. Antonio Ciccone
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

## UOC CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO

## UOC CURE PRIMARIE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Governo dell'offerta, appropriatezza tempi di attesa	Definire tempi medi di attesa-Prestazioni Specialistiche Ambulatoriale attraverso l'adozione del documento aziendale (tempi di attesa)		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	Adozione documento aziendale	SI/NO		SI/NO	SI	17	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Governo dell'offerta, appropriatezza tempi di attesa (AAFTT)	Attivare una procedura informatizzata per la gestione integrata dei pazienti diabetici per il monitoraggio dei livelli di appropriatezza performance		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	attivazione procedura informatizzata	SI/NO			SI	17	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Delibera n.343/2016	Monitorare con cadenza semestrale gli avvenuti controlli di competenza ai sensi della nota n.82565 del 04/07/2017 del Direttore Sanitario		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	numero relazioni annuali inviate al Direttore Sanitario	numero relazioni			2	16	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Distretti Sanitari Aziendali	Programmare, inizializzare e concludere la programmazione dell'ammodernamento apparecchiature/attrezzature nei seguenti ambulatori dei Distretti Sanitari Aziendali: Cardiologia, Oculistica, Dermatologia, Pneumologia, Medicina dello Sport, ORL.		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	stato avanzamento della programmazione	percentuale strutture ammodernate		Numeratore: N. strutture ammodernate secondo programmazione iniziale Denominatore: N. strutture da ammodernare secondo programmazione iniziale fattore di scala: 100%	100%	17	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Attività Specialistica Ambulatoriale	Adottare regolamento Aziendale ai sensi dell'ACN e dell'AIR vigente		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	Adozione regolamento aziendale	SI/NO			SI	16	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD020910	U.O.C. Cure primarie	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.C. Cure primarie		Referente aziendale: Dott.re Primo Sergianni
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	Percentuale ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	<21%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Ridurre la durata di degenza per interventi di colecistectomie a meno di 3 giorni</b>	H05Z			<b>Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</b>	percentuale in aumento	La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.	<b>Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni.</b> <b>Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.</b>	≥ 70%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Ridurre l'inappropriatezza dei DRG</b>	H04Z			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG	rapporto numerico adimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	<b>Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale dati inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Ridurre il tempo pre-operatorio per le fratture collo del femore da trattare chirurgicamente</b>	H13C			Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.		L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura. Il Direttore del Dipartimento ha evidenziato che l'obiettivo è raggiungibile solo con una dotazione organica di minimo N°4 Dirigenti I livello Ortopedici per UOC, nel caso che questa condizione operativa non possa essere garantita dall'azienda, l'obiettivo viene considerato comunque raggiunto.	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	≥ 60 (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sangue)	<b>Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	3	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera	<b>Incrementare del 10% gli interventi per diagnosi di aneurisma</b>			UU.OO.CC. Chirurgia generale	percentuale pazienti operati per diagnosi di aneurisma			Numeratore: N. pazienti operati per diagnosi di aneurisma 2022- N. Pazienti operati per diagnosi di aneurisma 2019 Denominatore: N. pazienti operati per diagnosi di aneurisma 2019	0,1	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Percorsi Assistenziali (GOM)	Garantire la presa in carico del paziente con neoplasia del colon retto prenotato al GOM			Unità operativa complessa chirurgia generale	percentuale pazienti presi in carico al GOM	Percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti presi in carico al GOM Denominatore: N. pazienti prenotati al GOM Fattore di scala: *100	60%	3	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Continuità assistenziale	Garantire la continuità assistenziale per almeno il 60% dei pazienti operati di colon retto con stomia			Unità operativa complessa chirurgia generale	percentuale pazienti presi in carico con stomia	Percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti presi in carico con stomia Denominatore: N. pazienti totali con stomia Fattore di scala: *100	≥60%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Rispetto dei DRG	Incrementare gli interventi per diagnosi di neoplasie del tratto intestinale ad eccezione del colon retto			U.O.S.D. Chirurgia generale oncologica	percentuale pazienti operati per diagnosi di neoplasie del tratto intestinale	Percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti operati per diagnosi di neoplasia del tratto intestinale ad eccezione del colon retto 2022- N. Pazienti operati per diagnosi di neoplasia del tratto intestinale ad eccezione del colon retto 2019 Denominatore: N. pazienti operati per diagnosi di neoplasia del tratto intestinale ad eccezione del colon retto 2019 Fattore di scala: *100	1%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Riduzione delle liste d'attesa	Incrementare del 30% degli interventi per adenoma ectomia chirurgica/endoscopica della prostata			UU.OO.CC. Urologia	percentuale pazienti con operati per adenoma ectomia chirurgica/endoscopica della prostata	Percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti con operati per adenoma ectomia chirurgica/endoscopica della prostata 2022- 2019 Denominatore: N. totali pazienti con diagnosi di adenoma ectomia chirurgica/endoscopica della prostata 2019	30%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Riduzione delle liste d'attesa	Incrementare del 10% della biopsia prostatica, in ambulatorio, dei pazienti con diagnosi di iperplasia prostatica			UU.OO.CC. Urologia	percentuale pazienti sottoposti con biopsia prostatica, in ambulatorio, dei pazienti con diagnosi di iperplasia prostatica	Percentuale in crescita		N. pazienti sottoposti con biopsia prostatica, in ambulatorio, dei pazienti con diagnosi di iperplasia prostatica 2022- N. pazienti sottoposti con biopsia prostatica, in ambulatorio, dei pazienti con diagnosi di iperplasia prostatica 2019/ N. pazienti sottoposti con biopsia prostatica, in ambulatorio, dei pazienti con diagnosi di iperplasia prostatica 2019	10%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Territoriale	Incrementare del 10% le medicazioni avanzate ambulatoriali per urostomia, nefrostomia, stenting e cateterismi difficili.			UU.OO.CC. Urologia		Percentuale in crescita		N. pazienti trattati con medicazioni avanzate ambulatoriali per urostomia, nefrostomia, stenting e cateterismi difficili 2022- N. pazienti trattati con medicazioni avanzate ambulatoriali per urostomia, nefrostomia, stenting e cateterismi difficili 2019/ N. pazienti trattati con medicazioni avanzate ambulatoriali per urostomia, nefrostomia, stenting e cateterismi difficili 2019	10%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Riduzione delle liste d'attesa	Incrementare del 5% degli interventi oncologici rispetto al 2019			UU.OO.CC. Otorino	percentuale pazienti con operati per diagnosi oncologica	Percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti con operati per diagnosi oncologica 2022- 2019 Denominatore: N. totali pazienti con diagnosi oncologica 2019	5%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Riduzione delle liste d'attesa	Incrementare del 5% degli interventi in PACC, al fine di diminuire le liste d'attesa			UU.OO.CC. Otorino	percentuale pazienti operati in PACC	Percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti operati in PACC 2022- N. pazienti operati in PACC 2019 Denominatore: N. pazienti operati in PACC 2019 Fattore di scala: *100	5%	5	Dipartimento area chirurgica generale e specialistica		Referente aziendale: Dott. Sannino
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato degli accessi di tipo medico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. accessi di tipo medico nell'anno 2022 - N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Denominatore: N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	3	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliere		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	<b>Aumentare le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	percentuale in aumento	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery. Sono esclusi : I dimessi con intervento principale di litotripsia ( codice ICD)- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimesi con DRG 470 ( DRG non attribuibile). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe.	Numeratore: N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici Denominatore: N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	> 25%	3	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Sannino
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera	<b>Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo diagnostico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico nell'anno 2022 - N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Denominatore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	3	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: ( $\sum$ risposte immediate alle richieste) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + ( $\sum$ risposte alle richieste con solleciti $\geq$ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI	10	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliere		Referente aziendale: Dott. Sannino
										TOT	100			

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	P01C	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	percentuale in crescita	Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione per le malattie infettive sulla popolazione. L'indicatore si distingue per le vaccinazioni per ciclo base	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi). Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: *100	≥95%	5	SEP		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).	P02C	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	percentuale in crescita	Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione per le vaccinazioni per ciclo base (3 dosi), per una dose di vaccino (morbillo, parotite, rosolia )	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose. Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: *100	≥95%	5	SEP		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano.	P06C	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	percentuale in crescita		Numeratore: N. soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per influenza Denominatore: N. soggetti di età ≥65 anni residenti ≥ 65%	≥ 60% ≤ 75%	5	SEP		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, delle alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.	P10Z	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	percentuale in crescita	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende equine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe5 x 0,1) + (% esecuzione del PNAAT x 0,3) + (% controlli di farmacovigilanza veterinaria8 x 0,2)	≥70%	5	VET A VET C		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine Dr. Timorati Giovanni
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	P12Z	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	percentuale in crescita		Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale. % = (% di copertura del PNR <sup>1</sup> x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari <sup>2</sup> x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari <sup>3</sup> x 0,2).	≥80%	5	VET B VET C SIAN		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine Dr. Timorati Giovanni Dr. Pecoraro Pierluigi
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Monitoraggio degli stili di vita	P14C	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Indicatore composito sugli stili di vita.	percentuale in crescita	Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari. L'indicatore descrive i cambiamenti relativi, nel tempo, della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita, come proxy dell'outcome degli interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari messi in atto dalle Regioni.	Numeratore: Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori: A - INDICATORE_FUMO 0 = Mai fumatore ed ex-fumatore (non fuma attualmente) 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette) B - INDICATORE_ECESSO_PONDERALE 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m <sup>2</sup> ) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m <sup>2</sup> ) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ) C - INDICATORE_ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto) D - INDICATORE_SEDENTARIETA' 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero + attività lavorativa o domestica pesante) 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero + nessuna attività lavorativa o domestica pesante) Denominatore: Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione	≥40%	5	SEP SIAN		Referenti aziendali Dott.ssa Del Piano Giuliana Dr. Pecoraro Pierluigi
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Monitoraggio test di screening Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon-retto.	P15C	AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Affereni	Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon-retto.	percentuale in crescita	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	Numeratore: N. persone in età target che seguono il test di screening per colon retto Denominatore: [(N. residenti in età compresa tra 50-69 anni/2)]: persone escluse dagli inviti precedenti Fattore di scala: *100	≥25%	3	SEP		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Prevenzione	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica.	P09Z	AAD0111	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO. CC. Afferenti	copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica.	percentuale in crescita		$\% = (\% \text{ copertura BRC} \times 0,2) + (\% \text{ copertura TBC} \times 0,2) + (\% \text{ test BSE su bovini morti} \times 0,2) + (\% \text{ test TSE su ovini morti} \times 0,1) + (\% \text{ test TSE su caprini morti} \times 0,1) + (\% \text{ di campioni per la ricerca di salmonella negli animali} \times 0,2)$	100%	3	VET A		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Incrementare il numero di unità locali controllate sul totale da controllare		AAD0111	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO. CC. Afferenti	tasso di copertura unità controllate	percentuale in crescita		Numeratore: N. aziende oggetto di ispezioni Denominatore: N. aziende con almeno 1 dipendente + N. aziende artigiane con 1 artigiano Fattore di scala: *100	$\geq 2,5\%; \leq 5\%$	2	SIMEL SIML		Referente aziendale Dott. Alfano Alfonso Dr. Cirillo Alfonso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Garantire il CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI: somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) sul totale dei programmi, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95			Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO. CC. Afferenti	numero adimensionale definito nell'intervallo target			(N. di ispezioni negli esercizi di somministrazione / numero di unità totale) * 100 + [(Numero campioni analizzati / numero campioni programmati) * 100]	$\leq 160$ $\geq 120$	3	VET B SIAN		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine Dr. Pecoraro Pierluigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari attraverso l'Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio. Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori. Offerta di counseling individuale. Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menù della ristorazione collettiva.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO. CC. Afferenti	percentuale menù validati	percentuale in crescita		Numeratore: N. menù validati Denominatore: N. totale delle scuole pubbliche e private ove prevista il servizio mensa di tutta l'ASL Napoli 3 sud Fattore di scala: *100	100%	3	SIAN		Referente aziendale Dott. Pecoraro Pierluigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Garantire la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse attraverso la Profilassi internazionale per la prevenzione delle malattie infettive e diffuse attraverso la somministrazione di vaccini a tutti i cittadini che si recano in paesi a rischio.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO. CC. Afferenti	tasso di vaccini effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. vaccini effettuati Denominatore: N. cittadini che effettuano richiesta Fattore di scala: *100	100%	4	SEP		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Tutelare le condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo attraverso attività di controllo. Supporto agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO. CC. Afferenti	tasso di controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. strutture scolastiche Fattore di scala: *100	100%	3	SISP		Referente aziendale Dott. Carotenuto Adele

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Tutelare le condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria attraverso l'incremento del 20% delle attività di controllo sulle strutture destinate a strutture di residenza anziani e centri immigrati		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferenti	tasso di controlli effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N controlli effettuati nel 2022-N controlli effettuati nel 2021 Denominatore: N. attività sanitarie e socio sanitarie nel 2021 Fattore di scala: *100	+20%	3	SISP		Referente aziendale Dott. Carotenuto Adele
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Aumentare la percentuale di inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali. Vaccinazioni secondo le buone pratiche attraverso interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni. Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive Produzione di report		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferenti	percentuale di azioni sensibilizzanti	percentuale in crescita	<b>Vaccinazioni</b> <b>Novinati</b> , cicli di base e successivi richiami ( come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, orsola, varicella, meningococco C; <b>Adolescenti</b> : ciclo base (come da calendario) di vaccino anti-meningococco ACWY135 e vaccino anti HPV; <b>Soggetti di età pari a 65 anni</b> : vaccino anti- influenzale stagionale; <b>Soggetti di età pari a 65 anni</b> : ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti- pneumococco PnC+PPV23 e vaccino anti- zoster; <b>Soggetti a rischio di tutte le età</b> : vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2021-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento.	Numeratore: N. azioni messe in campo per la sensibilizzazione della popolazione Denominatore: Numero di azione che tendenzialmente occorre prevedere (n. totale 6 all'anno) Fattore: *100	100%	3	SEP		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci. Esecuzione del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferenti	percentuale di adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	1	UOC AMMINISTRATIVA		Fonte dati : GISA Referente aziendale: Dott. Raffaele Iezza
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Ispezionare e almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferenti	tasso di ispezioni eseguite	percentuale in crescita		Numeratore: (N. accertamenti / N. cantieri ) deve essere ≥ 5% Denominatore: N. incidenti sul lavoro Fattore di scala: *100	100%	2	SIMEL SIML		Referente aziendale Dott. Alfano Alfonso Dr. Cirillo Alfonso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Garantire la prevenzione e controllo delle zoonosi attraverso il controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferenti	tasso di interventi di profilassi	percentuale in crescita	Interventi di profilassi e controllo sulle fonti e i veicoli/ vettori di trasmissione, gestione focolai, implementazione indagine epidemiologica ed annessa implementazione sistemi informativi.	Numeratore: N. interventi di profilassi effettuati Denominatore: N. focolai e vettori di trasmissioni rilevati Fattore di scala: *100	100%	3	VET A		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Garantire la sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza attraverso la rendicontazione semestrale dei flussi Regionali sulle attività di impiego del farmaco per uso veterinario.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferenti	percentuale report inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare (2) Fattore di scala: *100	100%	3	VET C		Referente aziendale Dott. Timorati Giovanni

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Tutelare la popolazione da rischio "amianto" controlli in cantieri soggetti a bonifica amianto attraverso		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferen	percentuale controlli effettuati in cantieri soggetti a bonifica amianto	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati in cantieri soggetti a bonifica amianto Denominatore: N. cantieri aperti per bonifica amianto Fattore di scala: *100	100%	1	SIMEL SIML		Referente aziendale Dott. Alfano Alfonso Dr. Cirillo Alfonso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la corretta gestione del ciclo ordine-logistica.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferen	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita	Rispettare il processo aggancio ordine- DDT (Beni di consumo e servizi).	Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	1	TUTTE LE UU.OO.CC.		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocolazione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferen	percentuale fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni < 15gg. precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	1	TUTTE LE UU.OO.CC.		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Garantire la tempestività nella produzione dei dati di incidenza oncologica come da linee Guida Nazionali e da disposizioni de Registro Tumori Regione Campania			UOSD Registro Tumori	SI/NO		Applicazione Legge 22 marzo 2019, n. 29		SI	2	UOSD REGISTRO TUMORI		Referente aziendale Dott. Fusco Mario
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Raggiungimento degli standard di qualità IARC / OMS: DCO < 3%; verifiche microscopiche >80% attraverso l'Applicazione dei protocolli di qualità IARC / OMS			UOSD Registro Tumori	SI/NO				SI	2	UOSD REGISTRO TUMORI		Referente aziendale Dott. Fusco Mario
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	georeferenzazione dei dati di incidenza oncologica del decennio 2009/2019 e dei dati di monitoraggio ambientale relativi all'intero territorio della ASL Napoli 3 sud con dettaglio comunale e sub comunale, fino alla particella censuale			UOSD Registro Tumori	percentuale Comuni appartenenti al territorio regionale di competenza della ASL Napoli3sud sottoposti a georeferenzazione	percentuale in crescita		Numeratore: N. Comuni appartenenti al territorio regionale di competenza della ASL Napoli3sud sottoposti a georeferenzazione Denominatore: N. Comuni appartenenti al territorio regionale di competenza della ASL Napoli3 Sud Fattore di scala: *100	100%	3	UOSD REGISTRO TUMORI		Referente aziendale Dott. Fusco Mario
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Implementazione di ulteriori 10 PDTA oncologici sul territorio della ASL Napoli 3 sud ( come da DCA 58/2019)			UOSD Registro Tumori	incremento numerico rispetto al dato 2021			dato 2021 + 10	+10 rispetto all'anno 2021	3	UOSD REGISTRO TUMORI		Referente aziendale Dott. Fusco Mario
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (area della prevenzione)	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAD0110	Dipartimento per la prevenzione e le UU.OO.CC. Afferen	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL.	100%	1	UOC AMMINISTRATIVA		Fonte dati : GISA Referente aziendale: Dott. Raffaele Iezza

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	TUTTE LE UU.OO.CC.		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	TUTTE LE UU.OO.CC.		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (adempimento normativo a flussi)	Monitoraggio dei flussi informativi attraverso la produzione dei flussi informativi e/o Rendicontazione certificate			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO		Adempimenti legati al rispetto delle normative e direttive relative alla produzione dei flussi informativi			3	TUTTE LE UU.OO.CC.		Referente aziendale Dott. Carbone Carmine
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

DIPARTIMENTI STRUTTURALI															
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	DIPARTIMENTO SERD		Target indicatore	PESO INDICATORE	PESO OBIETTIVO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
								Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato.	Algoritmo						
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Delibera Regionale di definizione dei tetti di spesa DCA n.93/21	Gestire i contratti con i privati accreditati rispettando i tempi di firma dei contratti di acquisto di servizi di assistenza terapeutica entro i termini stabiliti dalla Delibera Regionale di definizione dei tetti di spesa previsti per la branca di riferimento.		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	percentuale di contratti stipulati entro i termini o percentuale di privati con cui si è stipulato il contratto	percentuale in crescita	A seguito della Delibera Regionale di definizione dei tetti complessivi di spesa per branca assegnati all'ASL Napoli 3 Sud, ripartizione - in funzione della spesa storica - del tetto di spesa a ciascuna struttura. Conseguentemente, si stipula il contratto annuale con le strutture. (DCA n.93/21)	Numeratore: N. contratti stipulati entro i termini o n. di privati con cui si è stipulato il contratto Denominatore: N. contratti da stipulare entro i termini o n. di privati con cui si dovrebbe stipulare un contratto Fattore di scala:*100	100%		5	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC.affereni		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Delibera Regionale di definizione dei tetti di spesa DCA n.93/22	Gestire i contratti con i privati accreditati elaborando una reportistica di confronto tra la spesa certificata da parte della struttura privata al SerD, il cui importo totale è riportato nella fattura inviata all'ASL Napoli 3 Sud, con i dati del contratto annuale e ripartiti in dodicesimi al fine rispettare (con proiezione annuale) la liquidazione del tetto di spesa. (DCA 93/21)		AAD0113	Dipartimento delle dipendenze	percentuale report presentati dai 6 SerD	percentuale in crescita		Numeratore: N. report presentati dai 6 SerD Denominatore: N. totale di report che andrebbero prodotti (ovvero 24 (6 x 4 trimestri)) Fattore di scala:*100	100%		7	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC.affereni		Fonte: Direttori delle sei UU.OO. SerD e Direttore del Dipartimento delle Dipendenze Dott. Ambrosino Francesco Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Prevenire e contrastare il consumo di rischio di alcool attraverso il monitoraggio semestrale delle attività per la prevenzione e contrasto del consumo di rischio di alcool		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	percentuale relazioni ricevute	percentuale in crescita	produzione semestrale di rendicontazioni che attestano l'attività svolta per la prevenzione e contrasto del consumo di rischio di alcool. Definire se il report semestrale sia 1 per ogni ogni uouo (ovvero 6 x 2 = 12)	Numeratore: N. di relazioni ricevute Denominatore: N. relazioni richieste Fattore di scala:*100	100%	25	10	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC.affereni, monitoraggio UOC, Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
						percentuale relazioni inviate	percentuale in crescita	produzione semestrale di rendicontazioni che attestano l'attività svolta per la prevenzione e contrasto del consumo di rischio di alcool. Definire se il report semestrale sia 1 per ogni ogni uouo (ovvero 6 x 2 = 12)	Numeratore: N. di relazioni inviate Denominatore: N. relazioni richieste Fattore di scala:*100	100%	25			Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Prevenire e contrastare il tabagismo attraverso il monitoraggio semestrale delle attività per la prevenzione e contrasto al tabagismo;		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	percentuale relazioni ricevute	percentuale in crescita	Definire se il report semestrale sia 1 per ogni ogni uouo (ovvero 6 x 2 = 12)	Numeratore: N. di relazioni ricevute Denominatore: N. relazioni richieste Fattore di scala:*100	100%	25	10			Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
						percentuale relazioni inviate	percentuale in crescita		Numeratore: N. di relazioni inviate Denominatore: N. relazioni richieste Fattore di scala:*100	100%	25			Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area della produzione di flussi informativi	Produzione Flussi informativi		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	percentuale relazioni ricevute	percentuale in crescita		Numeratore: N. di relazioni ricevute Denominatore: N. relazioni richieste (ovvero 24 (6 x 4 trimestri)) Fattore di scala:*100	100%		5		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino	

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato.	Algoritmo	Target indicatore	PESO INDICATORE	PESO OBIETTIVO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Omogeneizzare e sviluppare servizi per le Dipendenze verificando semestrale l'applicazione di quanto previsto nel PDTA GAP e Doppia Diagnosi nelle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. afferenti al Dipartimento.		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	percentuale verbali ricevuti	percentuale in crescita		Numeratore: N. di verbali ricevuti Denominatore: N. di verbali richiesti Fattore di scala: *100	100%		4	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Fonte: Protocollo informatico / pec Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Garantire l'assistenza ai pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico attraverso lo sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento breve. Definizione e monitoraggio dei PTRI.		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	Tasso di incremento presa in carico pazienti	tasso in crescita	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento breve. Definizione e monitoraggio dei PTRI.	Numeratore: N. pazienti presi in carico nel 2022 - N.pazienti presi in carico nel 2021 Denominatore: N.pazienti presi in carico nel 2021 Fattore di scala: *100	≥ 50%		10	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Formazione specialistica sul tema GAP		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	Numero di corsi di formazione	Numero di corsi di formazione attivati	Corsi di formazione specialistica sul tema GAP in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco, volto alla efficace individuazione dei casi e alla relativa presa in carico.		Almeno 1 corso corso di formazione per scuole operatori e famiglie		6	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	Riduzione percentuale di ricoveri	tasso in decremento		Numeratore: N di ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionale nel 2022 - N. di ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionale nel 2021 Denominatore: N. di ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionale nel 2021 Fattore di scala: *100	Stabilire valore target		10	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Socio-Sanitaria	Prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze (Mantenimento del numero di pazienti sottoposti a screening per la prevenzione delle malattie infettive.)		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	variazione percentuale	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti che hanno eseguito lo screening nel 2022- Numero pazienti che hanno eseguito lo screening nel 2021 Denominatore: N. pazienti che hanno eseguito lo screening nel 2021 Fattore di scala: *100	> 0 %		10	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Fonte: SID2 Referente aziendale: Dott. Ambrosino Francesco
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Economici Aziendali e Regionali	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali Liquidazione ed elaborazione delle fatture pervenute entro i 45 giorni dalla ricezione/acquisizione al dipartimento ad esclusione delle fatture cartacee		AAD0112	Dipartimento delle dipendenze	percentuale fatture liquidate entro 45 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	La fattura è ricevuta e gestita dal Dipartimento mediante sistema informatico AREAS	Numeratore: N. fatture liquidate entro 45 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute - fatture in formato cartaceo Fattore di scala: *100	100%		6	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		TUTTE LE UU.OO.CC.	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita		Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;		10	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		TUTTE LE UU.OO.CC.	SI/NO			Entro il 31 gennaio 2023		SI		7	Dipartimento delle dipendenze e le UU.OO.CC. afferenti		Referente aziendale: Dott.re Francesco Ambrosino
<b>TOT</b>											<b>100</b>	<b>100</b>			

DIPARTIMENTI STRUTTURALI															
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE															
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO Indicatore	PESO Obiettivo	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	DGRC 394/2016 (obiettivo 9)	Continuare al garantire un valore $\geq 10,82\%$ in merito alla assistenza del DSM		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Numero assistiti presso DSM per 1.000 residenti	fattore in crescita		Numeratore: N. assistiti DSM Denominatore: N. residenti Fattore di scala: *1000	$\geq 10,82$		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Obiettivo LEA	Distrettuale	Contenimento dei Ricoveri ripetuti	D27C	AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Percentuale dei ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione dal SPDC, con riferimento ai valori conseguiti dalla Regione Campania (ultimo dato disponibile flusso SISM 2019 = 5,3 a 7 gg.)	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ripetuti entro 7 gg. da una dimissione Denominatore: N. totale dei ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento fattore di scala: *100	< 5,3%		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Obiettivo LEA	Distrettuale	Contenimento dei Ricoveri ripetuti	D27C	AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Percentuale dei ricoveri ripetuti in un intervallo di tempo 8-30 giorni dalla dimissione dal SPDC, con riferimento ai valori conseguiti dalla Regione Campania (ultimo dato disponibile flusso SISM 2019 = 112,4 a 30 gg.)	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ripetuti da 8 a 30 gg. da una dimissione Denominatore: N. totale dei ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento fattore di scala: *100	< 12,4%		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	DCA 83/2019	Continuità Ospedale/ Territorio. Miglioramento della presa in carico, da parte dei Servizi Territoriali di Salute Mentale		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Percentuale degli utenti che alla dimissione da SPDC giungono alla osservazione della UOCSM competente entro 14 gg. dalla dimissione di un ricovero da SPDC, con riferimento ai valori conseguiti dalla Regione Campania (ultimo dato disponibile flusso SISM 2019 = 34,1%)	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti visitati a 14 gg. dalla dimissione Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero in SPDC fattore di scala: *100	>60%		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	DCA 83/2020	Continuità Ospedale/ Territorio. Miglioramento della presa in carico, da parte dei Servizi Territoriali di Salute Mentale		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Percentuale degli utenti che alla dimissione da SPDC giungono alla osservazione della UOCSM competente entro 30 gg. dalla dimissione di un ricovero da SPDC, con riferimento ai valori conseguiti dalla Regione Campania (ultimo dato disponibile flusso SISM 2019 = 43,5%)	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti visitati a 30 gg. dalla dimissione Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero in SPDC fattore di scala: *100	>75%		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	D.C.A. n 5/2012	Riduzione minore o uguale al 10%, nel tempo, della durata dei PTRI per i PTRI con durata maggiore di quella dettata dalle norme		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Monitoraggio spesa e contenimento spesa PTRI ripetuti. Report quali-quantitativo semestrale delle prestazioni acquistate dai privati (trattamenti residenziali sanitari, trattamenti residenziali socio-sanitari) con evidenza dei trattamenti di durata maggiore di quella prevista dalle normative vigenti.	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. PTRI di durata maggiore di quella dettata dalle norme nell'anno 2022 - N. PTRI di durata maggiore di quella dettata dalle norme nell'anno 2021 Denominatore: N. PTRI totali nell'anno 2021 fattore di scala: *100	$\leq -10\%$		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO Indicatore	PESO Obiettivo	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	D. Ministero Salute 15 ottobre 2010	Migliorare la qualità e correttezza della registrazione dei dati relativi alle attività sull'assistito per la generazione flussi informativi (Sistema Informativo Salute Mentale - SISIM). Rispetto della gestione dei flussi informativi SISIM per verifica LEA, con correttezza e completezza dei contenuti.		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Monitoraggio della correttezza dei dati imputati (diagnosi, stato civile, titolo di studio, abitazione, condizione professionale) sull'applicativo aziendale HTH relativi alle attività assistenziali dedicate agli utenti	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati nei tempi stabiliti con completezza dei dati Denominatore: N. totale flussi inviati fattore di scala: *100	>95%	50	6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
						Monitoraggio dell'allineamento del flusso SISIM residenziale e semiresidenziale e del modello STS 24 quadro e quadro g.	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi allineati Denominatore: N. totale flussi rilevati fattore di scala: *100	≥90%	50	6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Obiettivo LEA	Distrettuale	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne valori regionali	D26C	AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	fattore in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri pazienti residenti ≥ 18 anni Denominatore: N. popolazione residente ≥ 18 anni ogni 10000 abitanti appartenenti alla corte di osservazione	≤10,9		6	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Obiettivo LEA	Distrettuale	Riduzione del Numero di TSO a residenti maggiorenni presi in carico in rapporto alla popolazione residente. Valore di riferimento regionale (=10,8 /100000 residenti maggiorenni)	D28C	AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	fattore in diminuzione		Numeratore: N. TSO pazienti > 18 anni Denominatore: N. popolazione residente > 18 anni ogni 100000 abitanti appartenenti alla corte di osservazione	≤ 10,8		4	Dipartimento assistenziale per la salute mentale		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO Indicatore	PESO Obiettivo	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOSD FISIOPATOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE</b>															
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Screening audiologico di II livello ai sensi della Delibera n.266 del 02/04/2020	Eseguire esami potenziali evocati uditivi neonatali.		AAD020925	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione	percentuale prestazioni erogate	percentuale in crescita		Numeratore: N. prestazioni erogate Denominatore: N. prestazioni richieste dagli 8 punti nascita Fattore di scala: *100	100%		4	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione		Referente aziendale: Dott.re Francesco Giugliano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Governo Clinico (Applicazione dei PDTA)	Introduzione del PDTA per le disfasie in età adulta ed in età pediatrica attraverso la redazione di un percorso diagnostico terapeutico per le disfasie in età adulta Redigere un percorso diagnostico terapeutico per le disfasie in età pediatrica		AAD020925	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione	numero percorsi diagnostici				2		6	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione		Referente aziendale: Dott.re Francesco Giugliano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Governo Clinico (Terapia riabilitativa logopedica)	Incrementare le attività di gestione di terapia riabilitativa logopedica in pazienti adulti e pediatrici.		AAD020925	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione	percentuale di terapie riabilitative logopediche effettuate	percentuale in crescita	*Dipende da due variabili fondamentali ovvero la presenza dei logopedisti, e la possibilità di accesso dei pazienti alla struttura rispetto all'andamento della pandemia.	Numeratore: N. terapie riabilitative logopediche in pazienti adulti e pediatrici 2022- N. terapie riabilitative logopediche in pazienti adulti e pediatrici 2021 Denominatore: N. terapie riabilitative logopediche in pazienti adulti e pediatrici 2021 Fattore di scala: *100	≥20%		6	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione		Referente aziendale: Dott.re Francesco Giugliano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione Delibera n. 373 del 12/04/2019	Incrementare le attività di gestione diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico.		AAD020925	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione	percentuale di inquadramenti diagnostici effettuati	percentuale in crescita	*Dipende da due variabili fondamentali ovvero la presenza dei logopedisti, e la possibilità di accesso dei pazienti alla struttura rispetto all'andamento della pandemia.	Numeratore: N. inquadramenti diagnostici per i disturbi dell'apprendimento scolastico in età evolutiva 2022- N. inquadramenti diagnostici per i disturbi dell'apprendimento scolastico in età evolutiva 2021 Denominatore: N. inquadramenti diagnostici per i disturbi dell'apprendimento scolastico in età evolutiva 2021 Fattore di scala: *100	20%		3	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione		Referente aziendale: Dott.re Francesco Giugliano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Attività di audiologia pediatrica	Mantenimento del numero delle attività di audiologia pediatrica.		AAD020925	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione	variazione percentuale prestazioni erogate	percentuale in crescita		Numeratore: N. prestazioni erogate 2022- N. prestazioni erogate 2021 Denominatore: N. prestazioni erogate 2021 Fattore di scala: *100	0%		2	U.O.S.D. Fisiopatologia della Comunicazione		Referente aziendale: Dott.re Francesco Giugliano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	Riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione di specifica competenza inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%		4	TUTTE LE UU.OO.CC		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	Percentuale note riscontrate	percentuale in crescita		Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute	il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	TUTTE LE UU.OO.CC		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD0111	Dipartimento assistenziale per la salute mentale	SI/NO		entro il 31 gennaio 2023				7	TUTTE LE UU.OO.CC		Referente aziendale: Dott. Pasquale Saviano
										<b>TOT</b>	<b>100</b>	<b>100</b>			

## DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

SISTEMA 118														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Realizzare protocolli operativi attraverso l'elaborazione di una relazione annuale di verifica della stesura dei protocolli delle UU.OO. Afferenti al dipartimento.		AAD0200302	Direzione C.O. 118	numero relazioni elaborate				1	22	Sistema di emergenza 118		Referente aziendale: Dott. Salvatore Criscuolo
Tabella LEA 2021 Distrettuale	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.	Ridurre i tempi di intervento del sistema 118	D09Z	AAD0200302	Sistema di emergenza 118	L'indicatore è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.				20	22	Sistema di emergenza 118		Referente aziendale: Dott. Salvatore Criscuolo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAD0200302	Sistema di emergenza 118	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	22	Sistema di emergenza 118		Referente aziendale: Dott. Salvatore Criscuolo
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	Applicazione delle reti tempo dipendenti.		AAD0200302	Sistema di emergenza 118	percentuale pazienti che dal domicilio vengono ospedalizzati nelle reti di riferimento senza passare nel PPSS.	percentuale in crescita	RETI: -I rete IMA: Infarto Miocardico Acuto 120 minuti dalla diagnosi al trattamento in emodinamica; -II rete TRAUMA; -III rete ICTUS; -IV rete GRAVIDA PRE TERMINE; -V rete FRATTURA DI FEMORE.	Numeratore: N. pazienti trattati in reti tempo dipendenti Denominatore: N. totale di pazienti trattati Fattore di scala: *100	100%	17	Sistema di emergenza 118		Referente aziendale: Dott. Salvatore Criscuolo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD0200302	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10		Referente aziendale: Dott. Salvatore Criscuolo	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD0200302	TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7			Referente aziendale: Dott. Salvatore Criscuolo
TOT											100			

DIPARTIMENTO OSPEDALIERI														
DIPARTIMENTO AREA CRITICA														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Area Ospedaliere	Garantire il trattamento chirurgico entro 2 giorni per i pazienti ricoverati con frattura del collo del femore	H13C			Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	percentuale in crescita		Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Fattore di scala: * 100	≥ 60% (Decreto Ministeriale n. 70 del 02 aprile 2015)	7			Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Area Ospedaliere	Ridurre il Tasso ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	D03C		UU.OO.CC. cardiologia	Tasso ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	percentuale in diminuzione	Popolazione adulta (≥ 18 anni), tasso ospedalizzazione standardizzato complessivo (per 100.000 ab.) per: - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete. Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. Standardizzazione: per età e per sesso. - Scompenso cardiaco. Diagnosi principale: codici 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14; pazienti provenienti da altri istituti di cura; pazienti con procedure chirurgiche cardiache: codice ICD9CM 00.5x, 00.66, 35.xx, 36.xx, 37.xx. Standardizzazione: per età e per sesso. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 495.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. Standardizzazione: per età e per sesso. Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria per le discipline per acuti. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 per classi d'età quinquennali (a partire dal 18 anni). Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.	L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: (N. dimissioni / Popolazione residente) * 100.000		7	UU.OO.CC. cardiologia	Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Procedura emodinamica	Incrementare del 5% il numero di procedure di emodinamica			UU.OO.CC. cardiologia	percentuale di procedure emodinamiche			Numeratore: N. di procedure di emodinamica 2022 - N. di procedure di emodinamica 2021 Denominatore: N. di procedure di emodinamica 2021 Fattore di scala: *100	5%	7	UU.OO.CC. cardiologia		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione	Incrementare del 5% il numero di procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione			UU.OO.CC. cardiologia	percentuale di procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione eseguite	percentuale in crescita		Numeratore: N. di procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione 2022 - N. di procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione 2021 Denominatore: N. di procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione 2021 Fattore di scala: *100	5%	7	UU.OO.CC. cardiologia		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.			UU.OO.CC. cardiologia	percentuale di dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: * 100	100%	7	UU.OO.CC. cardiologia		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	Rispettare la Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da disposizione regionale. Migliorare la performance 90° percentile entro le 4 ore			UU.OO.CC. medicina e chirurgia d'accettazione e PS	percentile				riferimento anno 2021	4	UU.OO.CC. medicina e chirurgia d'accettazione e PS		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.			UU.OO.CC. medicina e chirurgia d'accettazione e PS	percentuale dati inviati			Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	7	UU.OO.CC. medicina e chirurgia d'accettazione e PS		Referente aziendale Dott. Callendo Luigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Elaborare una scheda di valutazione del rischio clinico per paziente emorragico			UU.OO.CC. medicina e chirurgia d'accettazione e PS	percentuale realizzazione schede di valutazione del rischio clinico associate ai pazienti	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti emorragici con scheda di valutazione del rischio clinico presente nella cartella clinica Denominatore: N. totale di pazienti emorragici Fattore di scala: *100	100%	7	UU.OO.CC. medicina e chirurgia d'accettazione e PS		Referente aziendale Dott. Callendo Luigi
Assistenza ospedaliera	Gestione Risorse sangue - Appropriata prescrivibilità	Monitorare la corretta applicazione, da parte dei reparti ospedalieri, della procedura Patient Blood Management.			UU.OO.CC. Anestesia e rianimazione	percentuale sacche trasfuse	percentuale in crescita		Numeratore: Sacche trasfuse 2022 Denominatore: sacche consegnate 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	7	UU.OO.CC. Anestesia e rianimazione		Referente aziendale Dott. Callendo Luigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.			UU.OO.CC. Anestesia e rianimazione	percentuale dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	7	UU.OO.CC. Anestesia e rianimazione		Referente aziendale Dott. Callendo Luigi
Assistenza ospedaliera	Gestione Risorse sangue - Appropriata prescrivibilità	Monitorare la corretta applicazione, da parte dei reparti ospedalieri, della procedura Patient Blood Management.			UU.OO.CC. neurologia	percentuale sacche trasfuse	percentuale in crescita		Numeratore: Sacche trasfuse 2022 Denominatore: sacche consegnate 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	7	UU.OO.CC. neurologia		Referente aziendale Dott. Callendo Luigi

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	<b>Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.</b>			UU.OO.CC. neurologia	percentuale dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	2	UU.OO.CC. neurologia		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera (Indicatore tematico Asl Napoli 3 sud)	<b>Ridurre i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	giorni di degenza			Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4 giorni	7	TUTTE LE UU.OO.CC		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare e le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (☑ risposte immediate alle richieste) + (☒ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (☒ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (☒ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: 0-40% 0 punti; 41%-60% 6 punti; 61%-80% 8 punti; 81%-100% 10 punti;	10	UU.OO.CC. Affertati al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Affertati al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Calliendo Luigi
										TOT	100			

## DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

## DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Programma blood management. Efficienza dell'erogazione dei servizi afferenti ai centri trasfusionali	Monitorare il programma blood management attraverso l'invio mensile, alle direzioni sanitarie dei PP.OO. Il flusso informativo consumo sacche di sangue entro il 15 del mese successivo			UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale	percentuale flussi inviati alle DDSS	percentuale in crescita		Numeratore: N. flussi inviati alle DDSS Denominatore: N. 12 flussi per ogni DDSS Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale		Referente aziendale : Dott. Gattola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Efficienze dell'erogazione dei servizi afferenti ai centri trasfusionali	Produzione piastrine ASL			UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale	Indice di produzione di piastrine in ASL			Produzione di pool piastrinici/1000 abitanti	>1 pool ogni 5000 abitanti	5	UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale		Referente aziendale : Dott. Gattola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Efficienze dell'erogazione dei servizi afferenti ai centri trasfusionali	Incrementare dell'1% la raccolta delle unità di sangue rispetto al 2021			UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale	percentuale unità di globuli rossi ogni 1000 abitanti	percentuale in crescita		Numeratore: N. unità globuli rossi /1000 abitanti 2022 - N. unità globuli rossi /1000 abitanti 2021 Denominatore: N. unità globuli rossi /1000 abitanti 2021 Fattore di scala: *100	1%	5	UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale		Referente aziendale : Dott. Gattola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.			UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale	percentuale dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	3	UU.OO.CC. Servizio immunotrasfusionale		Referente aziendale : Dott. Gattola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione dei PDTA	Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma della cervice uterina, rispetto ai protocolli operativi			UU.OO.CC. Anatomia patologica	percentuale esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Anatomia patologica		Referente aziendale : Dott. Luigi Baron

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione dei PDTA	Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma della mammella, rispetto ai protocolli operativi			UU.OO.CC. Anatomia patologica	percentuale esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Anatomia patologica		Referente aziendale : Dott. Luigi Baron
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione dei PDTA	Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma del colon retto, rispetto ai protocolli operativi			UU.OO.CC. Anatomia patologica	percentuale esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Anatomia patologica		Referente aziendale : Dott. Luigi Baron
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Screening	Rispettare i tempi di refertazione per lo screening cervico-vaginale			UU.OO.CC. Anatomia patologica	percentuale esami refertati entro 20gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro 20gg Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Anatomia patologica		Referente aziendale : Dott. Luigi Baron

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Integrazione Sistema Territorio- Ospedale	Rispettare le refertazione entro 30gg degli esami afferenti ai convenzionati esterni			UU.OO.CC. Anatomia patologica	percentuale esami refertati entro 30gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro 30gg Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Anatomia patologica		Referente aziendale : Dott. Luigi Baron
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo			UU.OO.CC. Anatomia patologica	percentuale dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Anatomia patologica		Referente aziendale : Dott. Luigi Baron
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Screening	Rispettare i tempi di refertazione per lo screening colon retto			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale esami refertati entro 48h	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro 48h Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	U.U.O.O.C.C Patologia clinica di Pollena e Torre del Greco		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Eseguire tamponi antigenici e/o molecolari d'urgenza nel minor tempo possibile			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale esami refertati in almeno 2h	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati in almeno 2 ore Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Patologia clinica ad eccezione di Pollena		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Garantire la tempestività delle refertazioni in regime programmato			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale esami refertati entro 12h	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro 12h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Patologia clinica		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Garantire la tempestività delle refertazioni in regime d'urgenza			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale esami refertati entro 3h	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro 3h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Patologia clinica ad eccezione di Pollena		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Integrazione sistema territorio ospedale	Informattare le procedure per le indagini di Medicina di Laboratorio (rilascio di patenti di guida, adozioni, concorsi)			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale esami refertati entro 7gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro 7giorni Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.S. di Tossicologia		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Convocare trimestralmente audit interni ed inviare al Direttore di Dipartimento i relativi report			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale report inviati al Direttore di Dipartimento	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati al Direttore di Dipartimento Denominatore: N. report previsti annullamento (4)	100%	5	UU.OO.CC. Patologia clinica		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	<b>Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria di Presidio in tema di risarcimento danni, previo</b>			UU.OO.CC. Patologia clinica	percentuale dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Patologia clinica		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>				percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>				SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
										TOT	100			

## DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

## DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Area Ospedaliera	<b>Garantire il trattamento chirurgico entro 2 giorni per i pazienti ricoverati con frattura del collo del femore</b>	H13C			Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	percentuale in crescita		Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Fattore di scala: * 100	≥ 60% (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)	10	Dipartimento diagnostica per immagini		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera (Indicatore tematico Asl Napoli 3 sud)	<b>Contenere i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico</b>				giorni di degenza			Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4 giorni	10	Dipartimento diagnostica per immagini		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione dei PDTA	<b>Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per frattura collo del femore, rispetto ai protocolli operativi</b>				percentuale esami refertati	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro le 24h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione dei PDTA	<b>Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma della mammella, rispetto ai protocolli operativi</b>				percentuale esami refertati entro le 24h	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro le 24h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Applicazione dei PDTA	Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma del colon retto, rispetto ai protocolli operativi				percentuale esami refertati entro le 24h	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami refertati entro le 24h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.				percentuale dati inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione delle urgenze)	Rispettare i tempi di refertazione degli esami eseguiti in urgenza				percentuale esami in urgenza refertati entro 45 minuti	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami in urgenza refertati entro 45 minuti Denominatore: N. esami in urgenza richiesti Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Management del paziente)	Attivare la preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti				percentuale esami eseguiti in preospedalizzazione	percentuale in crescita		Numeratore: N. esami (diagnostica per immagini) eseguiti in preospedalizzazione Denominatore: N. esami richiesti Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Sistema di valutazione affidabilità dei dati rilevati e delle elaborazioni eseguite)	Trasmettere trimestralmente dati contenenti prestazioni erogate e prestazioni richieste con audit delle indagini eseguite e refertazione delle stesse.				percentuale report inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report richiesti (4 per ogni DD.SS. Dei PP.OO.) fattore: *100	100%	3	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>				percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>				SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Michele D'Orazio
										TOT	100			

DISTRETTO SOCIO SANITARIO dal N° 34 al N°59															
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Delibera Direttore Generale n.343 del 28/12/2016	Distrettuale (Assistenza Domiciliare Integrata)	Verificare l'erogazione delle prestazioni infermieristiche erogate direttamente o indirettamente - prestazioni di assistenza tutelare OSS -			Distretto sociosanitario n.	numero verbali di verifica	fattore in crescita	I verbali di verifica con cadenza mensile dovranno contenere le seguenti informazioni: Controllo formale dei Report Mensili di Attività incrociati con i dati forniti dalle schede mensili di ogni singolo utente in carico, nelle quali sono esplicitati il tipo e il numero di prestazioni erogate, con la firma dell'utente e/o familiare che attesta l'avvenuta erogazione della singola prestazione con i dati forniti dalle schede UVI/PAI		12	50	10	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
						percentuale utenza presa in carico, al domicilio dell'utente, sottoposta a controlli	percentuale in crescita	la cadenza dei controlli deve essere programmata mensilmente per verificare il corretto svolgimento delle attività previste nel PAI	Numeratore: N. utenti presi in carico sottoposti a controlli Denominatore: Totale dell'utenza presa in carico Fattore di scala: *100	≥10%	50	10	DS n.	Referente aziendale: Direttore di Distretto	
Obiettivi LEA	Distrettuale (Assistenza Socio-sanitaria domiciliare)	Garantire l'assistenza domiciliare integrata per il livello di intensità assistenziale CIA 1	D222		Distretto sociosanitario n.	Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1.	percentuale in crescita	Sistema di rilevazione ADI: SORESA. Piattaforma informatica dove si registrano i pazienti/assistiti del DSS in assistenza ADI CIA 1. Il MMG manda al PUA (Distrettuale) una relazione con il bisogno assistenziale dell'assistito (SVAMA A). Il medico del PUA valuta il bisogno assistenziale e manda la relazione al Medico specialista adatto al fabbisogno (SVAMA B). Il medico specialista compila la SVAMA B e inserisce esattamente il bisogno sanitario con relativa prescrizione. Porta la SVAMA B al PUA, che unita alla SVAMA A, porta alla convocazione dell'UVI (MMG come case manager, il familiare care giver, il dirigente PUA, il referente del comune per le prestazioni socio sanitarie a carico dell'Ente Pubblico). In questa sede viene stilato il PAI, dove si dettagliano tutte le caratteristiche dell'assistenza domiciliare. Il PAI è l'atto giuridico necessario a procedere alla liquidazione. In relazione alle Richieste ADI: l'obiettivo del servizio è quello di inserirle rapidamente l'assistito in ADI, valutandone poi, altrettanto velocemente, il livello CIA da assegnare all'assistito. Inoltre, deve monitorare il PAI e deve procedere alla liquidazione delle spettanze delle persone che contribuiscono all'ADI. Talvolta, le urgenze vengono gestite con l'inserimento in piattaforma di pazienti prima ancora che venga concluso l'iter di valutazione della pratica ADI e, pertanto, i pazienti vengono rilevati con livello CIA 1. A conclusione delle attività burocratiche, dopo l'elaborazione della SVAMA A e della SVAMA B, potrebbe darsi che il paziente complesso risulta CIA 3. Le rilevazioni dovrebbero essere eseguite con una differita di n. 2/3 mesi per consentire un allineamento dei sistemi.	Numeratore: Numero pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente * 1.000 Fattore di scala: *100	>2,6%		8	DS n.	Fonte dati: Dott. Marina Galdi	
Obiettivi LEA	Distrettuale (Assistenza Socio-sanitaria domiciliare)	Garantire l'assistenza domiciliare integrata per il livello di intensità assistenziale CIA 2	D222		Distretto sociosanitario n.	Tasso di pazienti in ADI CIA2.	percentuale in crescita	Sistema di rilevazione ADI: SORESA. Piattaforma informatica dove si registrano i pazienti/assistiti del DSS in assistenza ADI CIA 2. Il MMG manda al PUA (Distrettuale) una relazione con il bisogno assistenziale dell'assistito (SVAMA A). Il medico del PUA valuta il bisogno assistenziale e manda la relazione al Medico specialista adatto al fabbisogno (SVAMA B). Il medico specialista compila la SVAMA B e inserisce esattamente il bisogno sanitario con relativa prescrizione. Porta la SVAMA B al PUA, che unita alla SVAMA A, porta alla convocazione dell'UVI (MMG come case manager, il familiare care giver, il dirigente PUA, il referente del comune per le prestazioni socio sanitarie a carico dell'Ente Pubblico). In questa sede viene stilato il PAI, dove si dettagliano tutte le caratteristiche dell'assistenza domiciliare. Il PAI è l'atto giuridico necessario a procedere alla liquidazione. In relazione alle Richieste ADI: l'obiettivo del servizio è quello di inserirle rapidamente l'assistito in ADI, valutandone poi, altrettanto velocemente, il livello CIA da assegnare all'assistito. Inoltre, deve monitorare il PAI e deve procedere alla liquidazione delle spettanze delle persone che contribuiscono all'ADI. Talvolta, le urgenze vengono gestite con l'inserimento in piattaforma di pazienti prima ancora che venga concluso l'iter di valutazione della pratica ADI e, pertanto, i pazienti vengono rilevati con livello CIA 1. A conclusione delle attività burocratiche, dopo l'elaborazione della SVAMA A e della SVAMA B, potrebbe darsi che il paziente complesso risulta CIA 3. Le rilevazioni dovrebbero essere eseguite con una differita di n. 2/3 mesi per consentire un allineamento dei sistemi.	Numeratore: N. pazienti trattati in ADI CIA 2 Denominatore: Popolazione residente* 1.000 Fattore di scala: *100	>1,9%		4	DS n.	Fonte dati: Dott. Marina Galdi	
Obiettivi LEA	Distrettuale (Assistenza Socio-sanitaria residenziale)	Garantire l'offerta di strutture semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale	D332b		Distretto sociosanitario n.	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	fattore in crescita	*NOTA: Preso atto che il trattamento sociosanitario degli anziani non autosufficienti non è obbligatorio ai sensi della normativa vigente e che i posti disponibili in RSA non rispondono alle esigenze della popolazione, i Direttori di Distretto decidono di individuare come obiettivo la "rendicontazione del numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario" e l'evansione del 100% delle richieste pervenute di trattamento, fermo restando la disponibilità dei posti.	Numeratore: Totale assistiti nelle strutture (SR1, SR2) >75 aa Denominatore: Popolazione residente >75 Fattore di scala: (x 1.000)	>24,6		6	DS n.	Fonte dati: Dott. Marina Galdi	
Obiettivi LEA	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	P01C		Distretto sociosanitario n.	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	percentuale in crescita	Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione per le malattie infettive sulla popolazione. L'indicatore si distingue per le vaccinazioni per ciclo base	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi). Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: *100	≥95%		5	DS n.	Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana	

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Obiettivi LEA	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).	P02C		Distretto sociosanitario n.	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	percentuale in crescita	Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione per le malattie infettive sulla popolazione. L'indicatore si distingue per le vaccinazioni per ciclo base (3 dosi), per una dose di vaccino (morbillo, parotite, rosolia)	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose. Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita Fattore di scala: *100	≥92%		5	DS n.		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Obiettivi LEA	Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Garantire la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano.	P06C		Distretto sociosanitario n.	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	percentuale in crescita		Numeratore: N. soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per influenza Denominatore: N. soggetti di età ≥ 65 anni residenti ≥ 65%	≥ 60% ≤ 75%		5	DS n.		Referente aziendale Dott.ssa Del Piano Giuliana
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe di Urgenza (U)	Rispettare le disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Distretto sociosanitario n.	percentuale pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 30 gg	percentuale in crescita	Prestazioni di specialistica ambulatoriale Classe Urgenza entro 72h	Numeratore: N. pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 30 gg Denominatore: N. pazienti presenti in classe U Fattore di scala: *100	100%		4	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe Breve Attesa (B)	Rispettare le disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Distretto sociosanitario n.	percentuale pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 10 gg	percentuale in crescita	Prestazioni di specialistica ambulatoriale Classe Breve Attesa 10gg	Numeratore: N. pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 10 gg Denominatore: N. pazienti presenti in classe B Fattore di scala: *100	≥90%		4	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe Differita (D)	Rispettare le disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Distretto sociosanitario n.	percentuale pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 30 gg	percentuale in crescita	Prestazioni di specialistica ambulatoriale Classe Differita per visita 30 gg	Numeratore: N. pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 30 gg Denominatore: N. pazienti presenti in classe D Fattore di scala: *100	≥90%		4	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe Differita per esame di diagnostica strumentale	Rispettare le disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Distretto sociosanitario n.	percentuale pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 60 gg	percentuale in crescita	Prestazioni di specialistica ambulatoriale Classe Differita per esame di diagnostica strumentale 60gg solo per i distretti che svolgono attività diagnostica strumentale	Numeratore: N. pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 60 gg Denominatore: N. pazienti presenti in classe D per esame di diagnostica Fattore di scala: *100	≥90%		4	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe Programmata (P)	Rispettare le disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Distretto sociosanitario n.	percentuale pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 120 gg	percentuale in crescita	Prestazioni di specialistica ambulatoriale Classe Programmata 180gg	Numeratore: N. pazienti che hanno ricevuto la prestazione entro 120 gg Denominatore: N. pazienti presenti in classe P Fattore di scala: *100	100%		4	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Distrettuale	Rispettare le tempistiche di autorizzazione mensili al ricovero in hospice, se approvato, entro il 15 del mese successivo al ricovero stesso, inviando la documentazione alla struttura preposta			Distretto sociosanitario n.	percentuale autorizzazioni di ricovero in hospice entro i termini	percentuale in crescita	*Il termine di invio del dato è entro il 15 del mese successivo.	Numeratore: N. autorizzazioni di ricovero in hospice entro i termini Denominatore: N. autorizzazioni di ricovero in hospice totale Fattore di scala: *100	100%		2	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Distrettuale	Promozione dei programmi vaccinali aziendali (in età pediatrica ed in età adulta) al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione			Distretto sociosanitario n.	incidenza percentuale delle azioni messe in campo per la sensibilizzazione della popolazione	percentuale in crescita	Vaccinazioni <u>Nuovi nati</u> : cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, Rota virus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C; <u>Adolescenti</u> : ciclo base (come da calendario) di vaccino anti-meningococco ACWY135 e vaccino anti HPV; <u>Soggetti di età ≤ 65 anni</u> : vaccino anti- influenzale stagionale; <u>Soggetti di età pari a 65 anni</u> : ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti- pneumococco PVC+PPV23 e vaccino anti- zoster; <u>Soggetti a rischio di tutte le età</u> : vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2021-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento.	Numeratore: N. azioni messe in campo per la sensibilizzazione della popolazione Denominatore: Numero di azione che tendenzialmente occorre prevedere (n. totale 6 all'anno) Fattore: *100	100%		2	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Distrettuale (adempimenti LEA in materia di assistenza domiciliare)	Valutare tempestivamente i bisogni assistenziali dei pazienti registrati in ADI sulla piattaforma informatica SORESA (entro 15 giorni dalla presa in carico in UVI)			Distretto sociosanitario n.	incidenza casi con differenza in gg tra la data di primo inserimento del paziente in ADI (data registrazione a sistema SORESA) e data di inserimento del PAI per il medesimo paziente corrispondente a ≤15 gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. casi con differenza in gg tra la data di primo inserimento del paziente in ADI (data registrazione a sistema SORESA) e data di inserimento del PAI per il medesimo paziente corrispondente a ≤15 gg Denominatore: N. casi con differenza in gg tra la data di primo inserimento del paziente in ADI (data registrazione a sistema SORESA) e data di inserimento del PAI per il medesimo paziente Fattore di scala: *100	100%		2	DS n.		Fonte dati: Dott. Marina Galdi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Distrettuale (screening)	Potenziare lo screening cervicce uterina, colon-retto attraverso la promozione dei programmi di screening aziendali al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione.			Distretto sociosanitario n.	Incidenza azioni messe in campo per la sensibilizzazione della popolazione	percentuale in crescita	Lo screening è prevenzione secondaria (interviene su una patologia che si sta manifestando). Mammografia, cervicce uterina e colon-retto. La promozione dello screening del melanoma viene fatto ad opera del DSS e, operativamente, viene eseguito presso il PO di Torre del Greco e lo Stabilimento Ospedaliero di Pollena.	Numeratore: N. azioni messe in campo per la sensibilizzazione della popolazione Denominatore: Numero di azione che tendenzialmente occorre prevedere (n. totale 4 all'anno) Fattore: *100	100%		3	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Distrettuale (Monitoraggio del contenzioso giudiziario)	Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.			Distretto sociosanitario n.	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%		1	DS n.		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			Distretto sociosanitario n.	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (☒) risposte immediate alle richieste + (☒) risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (☒) risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (☒) risposte alle richieste con solleciti ≥3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;		10	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			Distretto sociosanitario n.	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI		7	DS n.		Referente aziendale: Direttore di Distretto
										TOT	100	100			

PRESIDI OSPEDALIERI

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LEONARDO (CON STAB. GRAGNANO)-DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO-

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appro priatezza organizzativa	Aumentare la garanzia di efficacia e sicurezza dell'intervento per tumore maligno della mammella, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team associato alla pratica chirurgica	H02Z	AAO01010101	Direzione centrale di presidio	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	percentuale in aumento		Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Numeratore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Denominatore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: *100	70%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre l'inappropriatezza dei DRG	H04Z	AAO01010101		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	rapporto numerico adimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre la durata di degenza per interventi di colecistectomie a meno di 3 giorni	H05Z	AAO01010101		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	percentuale in aumento	La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni; differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥ 70%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre il tempo il tempo pre-operatorio per le fratture collo del femore da trattare chirurgicamente	H13C	AAO01010101		Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.		L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	≥ 60 (Decreto Ministeriale n. 70 del 02 aprile 2015)	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Diminuire i parti cesarei primari in maternità di I livello o < 1000 parti	H17C	AAO01010101		Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti		L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: *100	< 24%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Aumentare le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici		AAO01010101		Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	percentuale in aumento	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontologia e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery . Sono esclusi : i dimessi con intervento principale di litotripsia ( codice ICD) - CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 ( DRG non attribuibile). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe.	Numeratore: N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici Denominatore: N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	> 25%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Diminuire i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		AAO01010101		Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico		1- 4 giorni	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Rispetto indicazioni Direzione Strategica del Covid Hospital	Assistenza ospedaliera	Attivazione e Sviluppo della Week Surgery		AAO01010101		SI/NO				SI	4	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2021	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento del numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico.	10.1	AAO01010101		percentuale ricoveri diurni tipo diagnostico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2022 - N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Denominatore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2022	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento degli accessi di tipo medico	10.2	AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. accessi di tipo medico 2022 - N. accessi di tipo medico 2021 Denominatore: N. accessi di tipo medico 2021 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
DM 16 lug 2001 n 349 circ Min Salut n. 15 del 19/12/01	Assistenza ospedaliera	Garantire i Certificati di Assistenza al Parto entro il 10 giorno dalla nascita del neonato		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuale certificati eseguiti entro 10 giorni	Percentuale in crescita		Numeratore: N. di certificati eseguiti (entro 10 giorni dalla nascita del neonato) Denominatore: N. di nati nel giorno di riferimento fattore di scala: *100	100%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire la tempestività delle refertazioni per la prestazioni ordinarie e prestazioni specialistiche erogate per interni in regime programmato e di urgenza.		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuali refertazioni eseguite entro le 12h dal tempo in cui è erogata la prestazione	percentuale in aumento		Numeratore: N. refertazioni eseguite entro le 12 h dal tempo in cui è erogata la prestazione Denominatore: N. refertazioni eseguite per il totale delle prestazioni erogate Fattore di scala: *100	100%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Emergenza - urgenza	Monitorare mensilmente i tempi di attesa delle consulenze richieste dal PS ai Reparti, con segnalazione (a mezzo nota) delle consulenze rese oltre i 30 minuti, su un campione corrispondente all'1% del totale dei Referti mensili di PS.		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuale referti controllati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Referti di PS controllati Denominatore: N. Referti di PS elaborati Fattore di scala: *100	100%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Gestione sala mortuaria	Rispettare il nuovo regolamento gestione sala mortuaria per l'anticorruzione trasferendo verso il Cimitero Comunale, entro 48 h dal decesso, della salma o di parte anatomica dell'indigente, con attivazione della pratica verso il Comune.		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuale trasferimenti eseguita	percentuale in aumento		Numeratore: N. Indigenti deceduti al tempo t e trasferiti entro le 48 h Denominatore: N. Indigenti deceduti al tempo t Fattore di scala: *100	100%	2	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuale flussi informativi inviati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	2	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza Ospedaliera	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, e scompenso cardiaco dell'anno 2021.	6.2	AAO01010101	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 -N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO	
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato degli accessi di tipo medico dell'anno 2018		AAO01010101	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. accessi di tipo medico nell'anno 2022 - N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Denominatore: N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018		AAO01010101	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo diagnostico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico nell'anno 2022 - N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Denominatore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAO01010101	Direzione centrale di presidio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI	7	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
TOT											100				

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>														
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario			UOC Ostetricia e Ginecologia	Percentuale ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	<21%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire l'appropriatezza di luogo di cura			UOC Ostetricia e Ginecologia	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti	*Numeratore: N. Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) Denominatore: N. Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Fattore di scala: *100"	<25%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		Referente aziendale: Dott. Sannino
DCRC n. 620/2020 e n. 355/2021 (punti 1 e 1.2)	Assistenza ospedaliera (Preospedalizzazione)	Attivare la preospedalizzazione per tutti i ricoveri di competenza in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti.			UOC Ostetricia e Ginecologia	media	valore compreso in un intervallo definito tra 1 e 4 giorni		Conteggio del n. di giorni medi di degenza precedenti l'evento (solo per i ricoveri in elezione con DRG diverso da 370 e 371)	< 1,4 gg	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda		Svolgere le attività di preospedalizzazione per i ricoveri in reparto			UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale ricoveri ordinari con preospedalizzazione	Percentuale in crescita		Numeratore: N. ricoveri ordinari con preospedalizzazione in reparto Denominatore: N. ricoveri ordinari Fattore di scala: *100	>50,91%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sangue)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue			UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Emergenza - urgenza)	Garantire la consulenza al PS entro 30 minuti dal tempo della richiesta			UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 minuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 min Denominatore: N. consulenze richieste dal PS Fattore di scala: *100	100%	13	UOC Ostetricia e Ginecologia		Verifica dei dati da un registro informatizzato
Tabella Punteggio LEA 2021	Assistenza ospedaliera	Diminuire i parti cesarei primari in maternità di I livello o < 1000 parti	H17C			Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	percentuale in diminuzione	L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: * 100	< 24%	10	UOC Ostetricia e Ginecologia		Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			UOC Ostetricia e Ginecologia	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Ostetricia e Ginecologia		
TOT											100			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOC PEDIATRIA E NEONATOLOGIA</b>														
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sangue)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza Ospedaliera	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2021.	6.1	001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale ricoveri ordinari in età pediatrica	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2022 - N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera (Controlli Igiene sanitarie)	Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio, mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	valore numerico in aumento			12	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Emergenza - urgenza)	Garantire la consulenza al PS entro 30 minuti dal tempo della richiesta		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale consulenze richieste dal PS e fornire entro 30 minuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 min Denominatore: N. consulenze richieste dal PS Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario.		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti		<21%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Liste di attesa)	Riattivare le attività ambulatoriali di subspecialistica		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale dati inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale flussi informativi inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Rispetto delle raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale schede adottate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Validare i dati rilevati per le dimissioni, che dovranno confluire nel flusso SDO di riferimento, entro il 15esimo giorno successivo alla dimissione.		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	3	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Digitalizzazione PA	Dematerializzare le comunicazioni interne ed attivazione di una casella di posta elettronica per ciascun dipendente afferente alla UO		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	3	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sistemi informativi	Utilizzare la cartella clinica pediatrica integrata ed inviare la Relazione annuale alla Direzione Strategica		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	3	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sistemi informativi	Compilare la Scheda CEDAP		001050-1	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale schede compilate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. Schede CEDAP Denominatore: N. Nati Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pediatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Inviare semestralmente dei report delle non conformità alle DS		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	percentuale report inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 all'anno Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Stesura dei protocolli operativi)	Garantire la stesura dei protocolli operativi		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	percentuale protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita		Numeratore: n. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci attraverso la gestione mensile degli scarichi dall'armadietto informatizzato (entro il giorno 28 di ogni mese)		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	percentuale scarichi eseguiti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. scarichi eseguiti (minimo uno scarico mensile) Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	pubblicità e trasparenza	Aggiornare semestralmente la Guida dei servizi dell'UO e pubblicare sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	SI/NO					5	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	pubblicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	SI/NO					4	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		001050-1	UOC Pedatria e Neonatologia	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Pedatria e Neonatologia		Referente aziendale: Dott. LUIGI TARALLO
TOT											100			

PRESIDI OSPEDALIERI

PRESIDIO OSPEDALIERO DI TORRE DEL GRECO "MARESCA"

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	<b>Aumentare la garanzia di efficacia e sicurezza dell'intervento per tumore maligno della mammella, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team associato alla pratica chirurgica</b>	H0ZZ			Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	percentuale in aumento		Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. <b>Numeratore:</b> Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrangliectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. <b>Denominatore:</b> Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrangliectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4x). Fattore di scala: *100	70%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Assistenza ospedaliera	<b>Ridurre l'inappropriatezza dei DRG</b>	H0AZ			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	rapporto numerico adimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.	<b>Numeratore:</b> N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". <b>Denominatore:</b> N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Assistenza ospedaliera	<b>Ridurre la durata di degenza per interventi di colecistectomie a meno di 3 giorni</b>	H0SZ			Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	percentuale in aumento	La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.	<b>Numeratore:</b> Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. <b>Denominatore:</b> Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥ 70%	5	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Assistenza ospedaliera	<b>Ridurre il tempo il tempo pre-operatorio per le fratture collo del femore da trattare chirurgicamente</b>	H13C			Percentuale di pazienti di età ≥65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.		L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.	<b>Numeratore:</b> Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). <b>Denominatore:</b> Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	≥ 60 (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza Ospedaliere	<b>Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età pediatrica (&lt; 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2021.</b>	6.1		TUTTE LE UU.OO.CC.	percentuale ricoveri ordinari in età pediatrica	percentuale in diminuzione		<b>Numeratore:</b> N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2022 - N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 <b>Denominatore:</b> N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza Ospedaliere	<b>Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, e scompenso cardiaco dell'anno 2021.</b>	6.2		TUTTE LE UU.OO.CC.	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		<b>Numeratore:</b> N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 - N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 <b>Denominatore:</b> N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Fattore di scala: *100	0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	<b>Aumentare le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici</b>				Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	percentuale in aumento	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery . Sono esclusi : i dimessi con intervento principale di litripsia ( codice ICD: CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) i dimessi con DRG 470 ( DRG non attribuibile). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe.	<b>Numeratore:</b> N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici <b>Denominatore:</b> N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	> 25%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Dott. Rita Pagnotta

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Diminuire i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico				Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico		1-4 giorni	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
Rispetto Indicazioni Direzione Strategica del Covid Hospital	Assistenza ospedaliera	Attivazione e Sviluppo della Week Surgery				SI/NO				SI	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2021	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento del numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico.	10.1			percentuale ricoveri diurni tipo diagnostico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2022 - N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Denominatore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Fattore di scala: *100	0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2022	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento degli accessi di tipo medico	10.2		Direzione centrale di presidio	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. accessi di tipo medico 2022 - N. accessi di tipo medico 2021 Denominatore: N. accessi di tipo medico 2021 Fattore di scala: *100	0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Assistenza ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire e tempestività delle refertazioni per la prestazioni ordinarie e prestazioni specialistiche erogate per interni in regime programmato e di urgenza.			Direzione centrale di presidio	percentuali refertazioni eseguite entro le 12h dal tempo in cui è erogata la prestazione	percentuale in aumento		Numeratore: N. refertazioni eseguite entro le 12 h dal tempo in cui è erogata la prestazione Denominatore: N. Referti di PS elaborati Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
Assistenza ospedaliera	Emergenza - urgenza	Monitorare mensilmente i tempi di attesa delle consulenze richieste dal PS al Reparti, con segnalazione (a mezzo nota) delle consulenze rese oltre i 30 minuti, su un campione corrispondente all'1% del totale dei Referti mensili di PS.			Direzione centrale di presidio	percentuale referti controllati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Referti di PS controllati Denominatore: N. Referti di PS elaborati Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
Assistenza ospedaliera	Gestione sala mortuaria	Rispettare il nuovo regolamento gestione sala mortuaria per l'anticorruzione trasferendo verso il Cimitero Comunale, entro 48 h dal decesso, della salma o di parte anatomica dell'indigente, con attivazione della pratica verso il Comune.			Direzione centrale di presidio	percentuale trasferimenti eseguita	percentuale in aumento		Numeratore: N. Indigenti deceduti al tempo t e trasferiti entro le 48 h Denominatore: N. Indigenti deceduti al tempo t Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
Assistenza ospedaliera	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud			Direzione centrale di presidio	percentuale flussi informativi inviati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato degli accessi di tipo medico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. accessi di tipo medico nell'anno 2022 - N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Denominatore: N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		
Delibera Giunta Regionale n.372 del 06/08/2019	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo diagnostico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico nell'anno 2022 - N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Denominatore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliere		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Ricentrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			Direzione centrale di presidio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considero esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U. O. C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			Direzione centrale di presidio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario			TUTTE LE UU.OO.CC	Percentuale ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	<21%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Sammino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire l'appropriatezza di luogo di cura			TUTTE LE UU.OO.CC	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti	*Numeratore: N. ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) Denominatore: N. Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Fattore di scala: *100*	<25%	5	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Sammino
DGR n. 620/2020 e n. 353/2021 (punti 1 e 1.2)	Assistenza ospedaliera (Preospedalizzazione)	Attivare la preospedalizzazione per tutti i ricoveri di competenza in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti.			TUTTE LE UU.OO.CC	media	valore compreso in un intervallo definito tra 1 e 4 giorni		Conteggio del n. di giorni medi di degenza precedenti l'evento (solo per i ricoveri in elezione con DRG diverso da 370 e 371)	< 1,4 gg	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda		Svolgere le attività di preospedalizzazione per i ricoveri in reparto			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri ordinari con preospedalizzazione	Percentuale in crescita		Numeratore: N. ricoveri ordinari con preospedalizzazione in reparto Denominatore: N. ricoveri ordinari Fattore di scala: *100	>50,91%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Emergenza - urgenza)	Garantire la consulenza al PS entro 30 minuti dal tempo della richiesta			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 minuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 min Denominatore: N. consulenze richieste dal PS Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Verifica dei dati da un registro informatizzato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Emergenza - urgenza)	Garantire la consulenza al PS entro 30 minuti dal tempo della richiesta			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 minuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 min Denominatore: N. consulenze richieste dal PS Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Verifica dei dati da un registro informatizzato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario.			TUTTE LE UU.OO.CC	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti	*Numeratore: N. Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) Denominatore: N. Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Fattore di scala: *100*	<21%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Sammino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Liste di attesa)	Ritardare le attività ambulatoriali di subspecialistica			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO				SI	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale dati inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	3	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale flussi informativi inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	3	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Rispetto delle raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale schede adottate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	3	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Digitizzazione PA	Dematerializzare le comunicazioni interne ed attivazione di una casella di posta elettronica per ciascun dipendente afferente alla UO			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO				SI	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sistemi informativi	Utilizzare la cartella clinica pediatrica integrata ed inviare la Relazione annuale alla Direzione Strategica			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO				SI	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certicabilità dei dati e dei bilanci attraverso la gestione mensile degli scarichi dall'armadietto informatizzato (entro il giorno 28 di ogni mese)			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale scarichi eseguiti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. scarichi eseguiti (minimo uno scarico mensile) Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare semestralmente la Guida dei servizi dell'UO e pubblicare sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO					1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Efficacia/Appropriatezza clinica	Ottimizzare i tempi di degenza ed adeguare egli stessi alle esigenze specifiche del ricovero mediante un contenimento dei ricoveri fuori soglia.			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri fuori soglia	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri fuori soglia Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	≤5%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			TUTTE LE UU.OO.CC			Classe A 30 gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 30 gg Denominatore: N. pazienti in classe A Fattore di scala: *100	≥90%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonìa Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			TUTTE LE UU.OO.CC			Classe B 60gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 60 gg Denominatore: N. pazienti in classe B Fattore di scala: *100	≥90%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonìa Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			TUTTE LE UU.OO.CC			Classe C 180gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 180 gg Denominatore: N. pazienti in classe C Fattore di scala: *100	≥95%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonìa Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			TUTTE LE UU.OO.CC			Classe D 12 mesi	Numeratore: N. pazienti operati entro 365gg Denominatore: N. pazienti in classe D Fattore di scala: *100	≥95%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonìa Di Palma
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Validare le SDO entro il giorno 15 del mese successivo a quello delle dimissioni.			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale schede validate	Percentuale in crescita	La fonte dati per le schede validate ed il numero di dimessi, in questa fase, è l'ADT.	Numeratore: N. schede validate Denominatore: N. dimessi Fattore di scala: *100	>95%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. U.U.O.C.C. Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	<b>Garantire la stesura dei protocolli operativi</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale schede protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	<b>Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	SI/NO				SI	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Audit interni)	<b>Monitorare e gli audit interni</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale report ricevuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. report ricevuti Denominatore: N. report richiesti (4 all'anno per ogni UU.OO.CC)	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera (Ricoveri Ordinari)	<b>Ridurre del 10% i ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicitanze (a breve ed a lungo termine) per diabete, BPCD e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018.</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		*Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 -N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Fattore di scala: *100	Almeno -10% del dato 2018	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 429/2020	Assistenza ospedaliera (Ricoveri ordinari)	<b>Elaborare e le schede di trasferimento per tutti trasferimenti di riabilitazione (ovvero con cod. 56).</b>			TUTTE LE UU.OO.CC			La verifiche delle schede di trasferimento redatte può essere fatta solo in Reparto, in quanto le schede sono cartacee ed inserite nella cartella clinica del paziente oppure potrebbero essere elettroniche se scansionate.	Numeratore: N. schede di trasferimento elaborate (cod. 56) Denominatore: N. totale di trasferimenti eseguiti (cod. 56) Fattore di scala: *100	100%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	<b>Mantenere o incrementare il peso medio dei ricoveri ordinari rispetto all'anno 2021.</b>			TUTTE LE UU.OO.CC				Numeratore: Peso medio DO 2022 -Peso medio DO 2021 Denominatore: Peso medio DO 2021 Fattore di scala: *100	≥0%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sangue)	<b>Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	2	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera (Controlli igienico sanitari)	<b>Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio, mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.</b>			TUTTE LE UU.OO.CC	N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	valore numerico in aumento			12	1	direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOCO Ospedaliera		
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
<b>UOC GASTROENTEROLOGIA</b>															
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Rispettare le raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale schede adottate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sanguie)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	10	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Garantire la stesura dei protocolli operativi		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale schede protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	14	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Inviare semestralmente dei report delle non conformità alle DS		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale report inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 all'anno Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera (Controlli igienico sanitari)	Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.		AAO040240	UOC Gastroenterologia	N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	valore numerico in aumento			12	6	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci attraverso la gestione mensile degli scarichi dall'armadietto informatizzato (entro il giorno 28 di ogni mese)		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale scarichi eseguiti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. scarichi eseguiti (minimo uno scarico mensile) Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	6	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare semestralmente la Guida dei servizi dell'UO e pubblicarla sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza		AAO040240	UOC Gastroenterologia	SI/NO				SI	6	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicarli sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.Lgs. 33/2013		AAO040240	UOC Gastroenterologia	SI/NO				SI	8	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott. Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Audit interni	Convocare trimestralmente audit interni ed inviare al Direttore di Dipartimento i relativi report		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale report inviati al Direttore di Dipartimento	Percentuale in crescita		Numeratore: n. report inviati al Direttore di Dipartimento Denominatore: n. report previsti annualmente (4) Fattore di scala: *100	100%	15	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Trasmissione dati dalla Direzione Sanitaria	Trasmettere mensilmente i dati dell'attività istituzionale alla U.O.C. Controllo di Gestione e alla Direzione Sanitaria		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale report inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. 12 report fattore di scala: *100	100%	10	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PDTA raccordo I°- II° livello	Garantire l'applicazione dei PDTA aziendali per i pazienti che sono risultati positivi allo screening		AAO040240	UOC Gastroenterologia	incidenza delle coloscopie effettuate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. coloscopie effettuate Denominatore: N. pazienti positivi inviati al II° livello fattore di scala: *100	≥90%	25	UOC Gastroenterologia		Referente aziendale: Dott.ssa Maria Antonia Bianco	
<b>TOT</b>											<b>100</b>				

PRESIDI OSPEDALIERI

PRESIDIO OSPEDALIERO DI NOLA "OSPEDALE RIUNITI AREA NOLANA" -DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO-

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appro prietezza organizzativa	Aumentare la garanzia di efficacia e sicurezza dell'intervento per tumore maligno della mammella, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team associato alla pratica chirurgica	H02Z		Direzione centrale di presidio	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	percentuale in aumento		Proporzione di eseguiti per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Numeratore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Denominatore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: *100	70%	5	BREST UNIT		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre l'inappropriatezza dei DRG	H04Z			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	rapporto numerico adimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (ff. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre la durata di degenza per interventi di colecistectomie a meno di 3 giorni	H05Z			Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	percentuale in aumento	La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥ 70%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre il tempo il tempo pre-operatorio per le fratture collo del femore da trattare chirurgicamente	H13C			Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.		L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	≥ 60 (Decreto Ministeriale n. 70 del 02 aprile 2015)	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Diminuire i parti cesarei primari in maternità di I livello o < 1000 parti	H17C			Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti		L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: * 100	< 24%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Aumentare le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici				Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	percentuale in aumento	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery . Sono esclusi : i dimessi con intervento principale di ilictripolia (codice ICD) -CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 ( DRG non attribuibile). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe.	Numeratore: N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici Denominatore: N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	> 25%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Diminuire i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico				Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico		1- 4 giorni	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Rispetto indicazioni Direzione Strategica del Covid Hospital	Assistenza ospedaliera	Attivazione e Sviluppo della Week Surgery				SI/NO				SI	4	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2021	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento del numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico.	10.1			percentuale ricoveri diurni tipo diagnostico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2022 - N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Denominatore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2022	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento degli accessi di tipo medico	10.2		Direzione centrale di presidio	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. accessi di tipo medico 2022 - N. accessi di tipo medico 2021 Denominatore: N. accessi di tipo medico 2021 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
DM 16 lug 2001 n 349 circ Min.Salut n. 15 del 19/12/01	Assistenza ospedaliera	Garantire i Certificati di Assistenza al Parto entro il 10 giorno dalla nascita del neonato			Direzione centrale di presidio	percentuale certificati eseguiti entro 10 giorni	Percentuale in crescita		Numeratore: N. di certificati eseguiti (entro 10 giorni dalla nascita del neonato) Denominatore: N. di nati nel giorno di riferimento Fattore di scala: *100	100%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire la tempestività delle refertazioni per le prestazioni ordinarie e prestazioni specialistiche erogate per interni in regime programmato e di urgenza.			Direzione centrale di presidio	percentuali refertazioni eseguite entro le 12h dal tempo in cui è erogata la prestazione	percentuale in aumento		Numeratore: N. refertazioni eseguite entro le 12 h dal tempo in cui è erogata la prestazione Denominatore: N. refertazioni eseguite per il totale delle prestazioni erogate Fattore di scala: *100	100%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Emergenza - urgenza	Monitorare mensilmente i tempi di attesa delle consulenze richieste dal PS ai Reparti, con segnalazione (a mezzo nota) delle consulenze rese oltre i 30 minuti, su un campione corrispondente all'1% del totale dei Referti mensili di PS.			Direzione centrale di presidio	percentuale referti controllati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Referti di PS controllati Denominatore: N. Referti di PS elaborati Fattore di scala: *100	100%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Gestione sala mortuaria	Rispettare il nuovo regolamento gestione sala mortuaria per l'anticorruzione trasferendo verso il Cimitero Comunale, entro 48 h dal decesso, della salma o di parte anatomica dell'indigente, con attivazione della pratica verso il Comune.			Direzione centrale di presidio	percentuale trasferimenti eseguiti	percentuale in aumento		Numeratore: N. Indigenti deceduti al tempo t e trasferiti entro le 48 h Denominatore: N. Indigenti deceduti al tempo t Fattore di scala: *100	100%	2	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Assistenza ospedaliera	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud			Direzione centrale di presidio	percentuale flussi informativi inviati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	2	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza Ospedaliera	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, e scompenso cardiaco dell'anno 2021.	6.2		TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 -N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO	
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato degli accessi di tipo medico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. accessi di tipo medico nell'anno 2022 - N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Denominatore: N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo diagnostico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico nell'anno 2022 - N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Denominatore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	5	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			Direzione centrale di presidio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			Direzione centrale di presidio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023		SI	7	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera			
TOT											100				

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>														
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Assistenza ospedaliera	Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	Percentuale ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	<21%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliere	Assistenza ospedaliera	Garantire l'appropriatezza di luogo di cura		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti	*Numeratore: N. Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (ARI) Denominatore: N. Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Fattore di scala: *100"	<25%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		Referente aziendale: Dott. Sannino
DCRC n. 620/2020 e n. 353/2021 (punti 1 e 1.2)	Assistenza ospedaliera (Preospedalizzazione)	Attivare la preospedalizzazione per tutti i ricoveri di competenza in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti.		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	media	valore compreso in un intervallo definito tra 1 e 4 giorni		Conteggio del n. di giorni medi di degenza precedenti l'evento (solo per i ricoveri in elezione con DRG diverso da 370 e 371)	< 1,4 gg	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda		Svolgere le attività di preospedalizzazione per i ricoveri in reparto		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale ricoveri ordinari con preospedalizzazione	Percentuale in crescita		Numeratore: N. ricoveri ordinari con preospedalizzazione in reparto Denominatore: N. ricoveri ordinari Fattore di scala: *100	>50,91%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sangue)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	12	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Emergenza - urgenza)	Garantire la consulenza al PS entro 30 minuti dal tempo della richiesta		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 minuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 min Denominatore: N. consulenze richieste dal PS Fattore di scala: *100	100%	13	UOC Ostetricia e Ginecologia		Verifica dei dati da un registro informatizzato
Tabella Punteggio LEA 2021	Assistenza ospedaliera	Diminuire i parti cesarei primari in maternità di I livello o < 1000 parti	H17C			Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	percentuale in diminuzione	L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: *100	< 24%	10	UOC Ostetricia e Ginecologia		Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAO040510	UOC Ostetricia e Ginecologia	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Ostetricia e Ginecologia		
TOT											100			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOC PEDIATRIA E NEONATOLOGIA</b>														
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sangue)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza Ospedaliera	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2021.	6.1	A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale ricoveri ordinari in età pediatrica	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2022 - N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera (Controlli igienico sanitari)	Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio, mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	valore numerico in aumento			12	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Emergenza - urgenza)	Garantire la consulenza al PS entro 30 minuti dal tempo della richiesta		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale richieste consultate dal PS e fornire entro 30 minuti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze richieste dal PS e fornite entro 30 min Denominatore: N. consulenze richieste dal PS Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Verifica dei dati da un registro informatizzato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario.		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti	*Numeratore: N. Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (AR) Denominatore: N. Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario Fattore di scala: *100'	<21%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Liste di attesa)	Ritardare le attività ambulatoriali di subspecialistica		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale dati inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale flussi informativi inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Rispetto delle raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale schede adottate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti normativi e flussi informativi	Validare i dati rilevati per le dimissioni, che dovranno confluire nel flusso SDO di riferimento, entro il 15esimo giorno successivo alla dimissione.		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	3	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Digitalizzazione PA	Dematerializzare le comunicazioni interne ed attivazione di una casella di posta elettronica per ciascun dipendente afferente alla UO		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	3	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sistemi informativi	Utilizzare la cartella clinica pediatrica integrata ed inviare la Relazione annuale alla Direzione Strategica		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO				SI	3	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sistemi informativi	Compilare la Scheda CEDAP		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale schede compilate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. Schede CEDAP Denominatore: N. Nati Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Inviare semestralmente dei report delle non conformità alle DS		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale report inviati	Percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 all'anno Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Stesura dei protocolli operativi)	Garantire la stesura dei protocolli operativi		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita		Numeratore: n. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale: Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci attraverso la gestione mensile degli scarichi dall'armadietto informatizzato (entro il giorno 28 di ogni mese)		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale scarichi eseguiti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. scarichi eseguiti (minimo uno scarico mensile) Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare semestralmente la Guida dei servizi dell'UO e pubblicare sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO					5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO					4	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia intensiva neonatale		Dott.ssa Amalia Tarantino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Dott.ssa Amalia Tarantino

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		A0010501139	UOC Pediatria e Neonatologia	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Dott.ssa Amalia Tarantino
										TOT	100			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOS BREST UNIT</b>														
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Aumentare la garanzia di efficacia e sicurezza dell'intervento per tumore maligno della mammella, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team associato alla pratica chirurgica	H02Z	AAO040401130P	BREST UNIT	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	percentuale in aumento		Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. <b>Numeratore:</b> Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. <b>Denominatore:</b> Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: *100	70%	10	BREST UNIT		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Efficacia/Appropriatezza clinica	Ottimizzare i tempi di degenza ed adeguare agli stessi alle esigenze specifiche del ricovero mediante un contenimento dei ricoveri fuori soglia.		AAO040401130P	BREST UNIT	percentuale ricoveri fuori soglia	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri fuori soglia Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	≤5%	10	BREST UNIT		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.		AAO040401130P	BREST UNIT			Classe A 30 gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 30 gg Denominatore: N. pazienti in classe A Fattore di scala: *100	≥90%	10	BREST UNIT		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.		AAO040401130P	BREST UNIT			Classe B 60gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 60 gg Denominatore: N. pazienti in classe B Fattore di scala: *100	≥90%	10	BREST UNIT		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.		AAO040401130P	BREST UNIT			Classe C 180gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 180 gg Denominatore: N. pazienti in classe C Fattore di scala: *100	≥95%	10	BREST UNIT		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.		AAO040401130P	BREST UNIT			Classe D 12 mesi	Numeratore: N. pazienti operati entro 365gg Denominatore: N. pazienti in classe D Fattore di scala: *100	≥95%	10	BREST UNIT		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Validare le SDO entro il giorno 15 del mese successivo a quello delle dimissioni.		AAO040401130P	BREST UNIT	percentuale schede validate	Percentuale in crescita	La fonte dati per le schede validate ed il numero di dimessi, in questa fase, è l'ADT.	Numeratore: N. schede validate Denominatore: N. dimessi Fattore di scala: *100	>95%	10	BREST UNIT		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Garantire la stesura dei protocolli operativi		AAO040401130P	BREST UNIT	percentuale schede protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita		Numeratore: N. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	5	BREST UNIT		Referente aziendale Dott. Massimiliano D'Aluto

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	Aggiornare e semestralmente la Guida dei servizi de'UO e pubblicazione sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza		AAO040401130P	BREST UNIT	SI/NO				SI	5	BREST UNIT		Referente aziendale Dott. Massimiliano D'Aiuto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.		AAO040401130P	BREST UNIT	SI/NO				SI	3	BREST UNIT		Referente aziendale Dott. Massimiliano D'Aiuto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAO040401130P	BREST UNIT	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: * 100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	BREST UNIT		Referente aziendale Dott. Massimiliano D'Aiuto	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAO040401130P	BREST UNIT	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	BREST UNIT		Referente aziendale Dott. Massimiliano D'Aiuto	
TOT											100				

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOC GASTROENTEROLOGIA</b>														
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Rispetto delle raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale schede adottate	Percentuale in crescita			Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	8	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sanguie)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita			Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	10	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Garantire la stesura dei protocolli operativi		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale schede protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita			Numeratore: N. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Inviare semestralmente dei report delle non conformità alle DS		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale report inviati	Percentuale in crescita			Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 all'anno Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera (Controlli igienico sanitari)	Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio, mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.		AAO040240	UOC Gastroenterologia	N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	valore numerico in aumento				12	10	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci attraverso la gestione mensile degli scarichi dall'armadietto informatizzato (entro il giorno 28 di ogni mese)		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale scarichi eseguiti	Percentuale in crescita			Numeratore: N. scarichi eseguiti (minimo uno scarico mensile) Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	Aggiornare semestralmente la Guida dei servizi dell'UO e pubblicarla sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza		AAO040240	UOC Gastroenterologia	SI/NO					SI	5	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Publicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.		AAO040240	UOC Gastroenterologia	SI/NO					SI	5	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Audit interni	Convocare trimestralmente audit interni ed inviare al Direttore di Dipartimento i relativi report		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale report inviati al Direttore di Dipartimento	Percentuale in crescita			Numeratore: n. report inviati al Direttore di Dipartimento Denominatore: n. report previsti annualmente (4) Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Trasmissione dati dalla Direzione Sanitaria	Trasmettere mensilmente i dati dell'attività istituzionale alla u.o.c. Controllo di Gestione e al Direttore sanitario		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale report inviati	Percentuale in crescita			Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. 12 report fattore di scala: *100	100%	5	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	PDTA raccordo I - II' livello	Garantire l'applicazione del PDTA aziendali per i pazienti che sono risultati positivi allo screening		AAO040240	UOC Gastroenterologia	incidenza delle coloscopie effettuate	Percentuale in crescita			Numeratore: N. coloscopie effettuate Denominatore: N. pazienti positivi inviati al II' livello fattore di scala: *100	≥90%	10	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAO040240	UOC Gastroenterologia	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.			Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAO040240	UOC Gastroenterologia	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO			7	UOC Gastroenterologia	Referente aziendale: Dott. DE FALCO
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOSD NUTRIZIONE CLINICA</b>														
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Valutare la malnutrizione per difetto, per i pazienti ricoverati presso i PP.OO. della ASL Napoli 3 Sud e prescrivere la nutrizione artificiale ove necessario		AAO040235	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana	percentuale consulenze effettuate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste di consulenza pervenute Fattore di scala: *100	100%	20	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana		Referente aziendale: Dott. Concetta Del Piano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Valutare lo stato nutrizionale e prescrivere una terapia dietetica patologia specifica in pazienti ricoverati presso i PP.OO. dell'ASL Napoli 3 Sud ove necessario		AAO040235	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana	percentuale consulenze effettuate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste di consulenza pervenute Fattore di scala: *100	100%	20	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana		Referente aziendale: Dott. Concetta Del Piano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Ambulatorio NAD)	Valutare lo stato della malnutrizione per difetto, per i pazienti che afferiscono all'ambulatorio NAD (tramite impegnativa), prescrizione la nutrizione artificiale ove necessario		AAO040235	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana	percentuale consulenze effettuate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenza effettuata Denominatore: N. consulenze prenotate Fattore di scala: *100	100%	21	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana		Referente aziendale: Dott. Concetta Del Piano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Ambulatorio dietetica)	Valutare lo stato nutrizionale e prescrivere una terapia dietetica patologia specifica, per i pazienti che afferiscono all'ambulatorio di dietetica (tramite impegnativa).		AAO040235	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana	percentuale consulenze effettuate	Percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenza effettuata Denominatore: N. consulenze prenotate Fattore di scala: *100	100%	22	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana		Referente aziendale: Dott. Concetta Del Piano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAO040235	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana		Referente aziendale: Dott. Concetta Del Piano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAO040235	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.S.D. Nutrizione clinica area nolana		Referente aziendale: Dott. Concetta Del Piano
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOSD NEFROLOGIA DIALISI</b>														
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Audit interni)	Monitorare gli audit interni		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale report ricevuti	Percentuale in crescita			Numeratore: N. report ricevuti Denominatore: N. report richiesti (4 all'anno per ogni U.O. CC)	100%	5	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Verificare mensilmente gli scarichi dall'armadietto informatizzato (lo scarico deve avvenire entro il giorno 28 di ogni mese)		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	numero verifiche annuali	valore in crescita				12	5	UOSD Nefrologia Dialisi	AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	SI/NO					SI	5	UOSD Nefrologia Dialisi	
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2022	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento degli accessi di tipo medico	10.2	AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione			Numeratore: N. accessi di tipo medico 2022 - N. accessi di tipo medico 2018 Denominatore: N. accessi di tipo medico 2021 Fattore di scala: *100	0%	8	UOSD Nefrologia Dialisi	Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera (Ricoveri Ordinari)	Ridurre del 10% i ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve ed a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018.		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione			*Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 - N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Fattore di scala: *100	Almeno -10% del dato 2018	8	UOSD Nefrologia Dialisi	Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre l'inappropriatezza dei DRG	H04Z			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	rapporto numerico adimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.		Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	8	UOSD Nefrologia Dialisi	Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Efficacia/Appropriatezza clinica	Ottimizzare i tempi di degenza ed adeguare agli stessi alle esigenze specifiche del ricovero mediante un contenimento dei ricoveri fuori soglia.			UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale ricoveri fuori soglia	percentuale in diminuzione			Numeratore: N. ricoveri fuori soglia Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	≤5%	8	UOSD Nefrologia Dialisi	Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 429/2020	Assistenza ospedaliera (Ricoveri ordinari)	Elaborare le schede di trasferimento per tutti i trasferimenti di riabilitazione (ovvero con cod. 56).		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi			La verifiche delle schede di trasferimento redatte può essere fatta solo in Reparto, in quanto le schede sono cartacee ed inserite nella cartella clinica del paziente oppure potrebbero essere elettroniche se scansionate.		Numeratore: N. schede di trasferimento elaborate (cod. 56) Denominatore: N. totale di trasferimenti eseguiti (cod. 56) Fattore di scala: *100	100%	5	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Mantenere o incrementare il peso medio dei ricoveri ordinari rispetto all'anno 2021.		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi					Numeratore: Peso medio DO 2022 -Peso medio DO 2021 Denominatore: Peso medio DO 2021 Fattore di scala: *100	≥20%	8	UOSD Nefrologia Dialisi	Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Rispetto delle raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale schede adottate	Percentuale in crescita			Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	5	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Gestione Risorse sanguine)	Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale sacche trasfuse	Percentuale in crescita			Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	8	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Validare le SDO entro il giorno 15 del mese successivo a quello delle dimissioni.		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale schede validate	Percentuale in crescita	La fonte dati per le schede validate ed il numero di dimessi, in questa fase, è l'ADT.		Numeratore: N. schede validate Denominatore: N. dimessi Fattore di scala: *100	>95%	5	UOSD Nefrologia Dialisi	Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Stesura dei protocolli operativi)	Garantire la stesura dei protocolli operativi		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale protocolli operativi redatti	Percentuale in crescita			Numeratore: n. protocolli operativi redatti Denominatore: N. protocolli operativi da redigere 3 Fattore di scala: *100	100%	3	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera (Controlli igienico sanitari)	Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio, mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	valore numerico in aumento				12	1	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare semestralmente la Guida dei servizi dell'UO e pubblicare sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	SI/NO						1	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.		Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOSD Nefrologia Dialisi	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAO040205	UOSD Nefrologia Dialisi	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO			7	UOSD Nefrologia Dialisi	

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
										TOT	100			

## PRESIDI OSPEDALIERI

## PRESIDIO OSPEDALIERO DI SORRENTO VICO EQUENSE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre l'inappropriatezza dei DRG	H04Z			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	rapporto numerico dimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	8	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UJOOO Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre la durata di degenza per interventi di colecistectomie a meno di 3 giorni	H05Z			Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	percentuale in aumento	La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥ 70%	7	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UJOOO Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Aumentare le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici				Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	percentuale in aumento	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery . Sono esclusi: - I dimessi con intervento principale di litotripsia ( codice ICD) - CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59 ) I Dimessi con DRG 470 ( DRG non attribuibile). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe.	Numeratore: N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici Denominatore: N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	> 25%	7	PP.OO		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Diminuire i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico				Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico			Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1-4 giorni	8	PP.OO		
Rispetto indicazioni Direzione Strategica del Covid Hospital	Assistenza ospedaliera	Attivazione e Sviluppo della Week Surgery				SI/NO				SI	8	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UJOOO Ospedaliera		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2021	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento del numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico.	10.1			percentuale ricoveri diurni tipo diagnostico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2022 - N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Denominatore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Fattore di scala: *100	0%	4	PP.OO.		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2022	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento degli accessi di tipo medico	10.2		Direzione centrale di presidio	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. accessi di tipo medico 2022 - N. accessi di tipo medico 2021 Denominatore: N. accessi di tipo medico 2021 Fattore di scala: *100	0%	4	PP.OO.		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Assistenza ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire la tempestività delle refertazioni per le prestazioni ordinarie e prestazioni specialistiche erogate per interni in regime programmato e di urgenza.			Direzione centrale di presidio	percentuali refertazioni eseguite entro le 12h dal tempo in cui è erogata la prestazione	percentuale in aumento		Numeratore: N. refertazioni eseguite entro le 12 h dal tempo in cui è erogata la prestazione Denominatore: N. refertazioni eseguite per il totale delle prestazioni erogate Fattore di scala: *100	100%	8	PP.OO.		
Assistenza ospedaliera	Emergenza - urgenza	Monitorare mensilmente i tempi di attesa delle consulenze richieste dal PS ai Reparti, con segnalazione (a mezzo nota) delle consulenze rese oltre i 30 minuti, su un campione corrispondente all'1% del totale dei Referti mensili di PS.			Direzione centrale di presidio	percentuale referti controllati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Referti di PS controllati Denominatore: N. Referti di PS elaborati Fattore di scala: *100	100%	5	PP.OO.		
Assistenza ospedaliera	Gestione sala mortuaria	Rispettare il nuovo regolamento gestione sala mortuaria per l'anticorruzione trasferendo verso il Cimitero Comunale, entro 48 h dal decesso, della salma o di parte anatomica dell'indigente, con attivazione della pratica verso il Comune.			Direzione centrale di presidio	percentuale trasferimenti eseguita	percentuale in aumento		Numeratore: N. indigenti deceduti al tempo t e trasferiti entro le 48 h Denominatore: N. indigenti deceduti al tempo t Fattore di scala: *100	100%	8	PP.OO.		
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Allegato A - Obiettivo 6.2 Ricoveri ordinari	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, e scompenso cardiaco dell'anno 2021.	6.2		TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 -N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Fattore di scala: *100	0%	8	UU.OO. Medicina, Pneumologia e Cardiologia		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Assistenza ospedaliera	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud			Direzione centrale di presidio	percentuale flussi informativi inviati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	8	PP.OO.		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			Direzione centrale di presidio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (☑ risposte immediate alle richieste) + (☑ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (☑ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (☑ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	PP.OO.		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			Direzione centrale di presidio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	PP.OO.		
TOT											100			

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA - UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale</b>														
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Selezionare le patologie da trattare in regime di ricovero ordinario</b>			Dipartimento integrato materno infantile	percentuale ricoveri trattati in regime ordinario	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri trattati in regime di ricovero ordinario Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	<21%	10	Dipartimento integrato materno infantile		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Garantire l'appropriatezza di luogo di cura</b>			Dipartimento integrato materno infantile	percentuale ARI	percentuale in diminuzione	L'obiettivo deve essere calato su tutti i reparti	Numeratore: N. ARI Denominatore: N. NON ARI Fattore di scala: *100	<25%	10	Dipartimento integrato materno infantile		Referente aziendale: Dott. Sannino
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	<b>Diminuire il numero di parti cesarei primari</b>	H17C		UOC Ginecologia e Ostetricia	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	percentuale in diminuzione	L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.9] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: * 100	< 15% (valore necessariamente modulabile secondo la referente aziendale, Dott. Rita Pagnotta, in un intervallo compreso tra il 20% e il 24%)	12	Dipartimento integrato materno infantile		Referente aziendale: Dott. Sannino
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	<b>Svolgere le attività di preospedalizzazione per i ricoveri in reparto</b>			UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia				Numeratore: N. ricoveri ordinari con preospedalizzazione in reparto Denominatore: N. ricoveri ordinari Fattore di scala: *100	>50,91%	10	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Produzione dei flussi informativi	<b>Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud</b>			UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia				Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Produzione dei flussi informativi	<b>Validare i dati rilevati per le dimissioni, che dovranno confluire nel flusso SDO di riferimento, entro il 15esimo giorno successivo alla dimissione.</b>			UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia	SI/NO				SI	10	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Produzione dei flussi informativi	Trasmissione di tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.			UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia				Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2019 Ricoveri ordinari	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2021.	6.1		UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale	percentuale ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2022 - N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite nell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	11	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/SDO	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			Direzione centrale di presidio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (☑ risposte immediate alle richieste) + (☑ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (☑ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (☑ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			Direzione centrale di presidio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale			
TOT											100				

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>AREA MEDICA</b>														
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera	Ridurre del 10% i ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve ed a lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		"Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 - N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Fattore di scala: *100"	Almeno -10% del dato 2018	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera (DRG ad alto rischio di inappropriatazza (ARI))	Ridurre il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	H04Z		Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	rapporto numero dimensionale in diminuzione		Dimissioni con DRG "inappropriato"(secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti. Numeratore: n. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria con DRG "inappropriato" Denominatore: n. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in degenza ordinaria con DRG non "inappropriato".	0.24	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Ottimizzare i tempi di degenza ed adeguamento degli stessi alle esigenze specifiche del ricovero mediante un contenimento dei ricoveri fuori soglia.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale ricoveri fuori soglia	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri fuori soglia (cod. 56) Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	≤5%	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Delibera della Giunta Regionale n. 429/2020	Assistenza ospedaliera (Ricoveri ordinari)	Elaborare le schede di trasferimento per tutti i trasferimenti di riabilitazione (ovvero con cod. 56).			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale schede di trasferimento elaborate (cod.56)	percentuale in crescita	La verifiche delle schede di trasferimento redatte può essere fatta solo in Reparto, in quanto le schede sono cartacee ed inserite nella cartella clinica del paziente oppure potrebbero essere elettroniche se scansionate.	Numeratore: N. schede di trasferimento elaborate (cod. 56) Denominatore: N. totale di trasferimenti eseguiti (cod. 56) Fattore di scala: *100	100%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Mantenere o incrementare il peso medio dei ricoveri ordinari rispetto all'anno 2021.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale Peso medio DO	percentuale in crescita		Numeratore: Peso medio DO 2022 -Peso medio DO 2021 Denominatore: Peso medio DO 2021 Fattore di scala: *100	≥0%	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza specialistica ambulatoriale	Rilevazione e produzione specialistica ambulatoriale ai fini della elaborazione e dell'invio del flusso informativo regionale (File C).			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività specialistica ambulatoriale	percentuale visite rendicontate per il Flusso C	percentuale in crescita	La fonte dati per le visite effettuate è da stabilire con il reparto.	Numeratore: N. visite rendicontate per il Flusso C Denominatore: N. visite effettuate Fattore di scala: *100	≥95%	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	<b>Rispettare il Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.</b>			Per tutte le UJOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale Classe A 30 gg	percentuale in aumento		Numeratore: N. pazienti operati entro 30 gg Denominatore: N. pazienti in classe A Fattore di scala: *100	≥90%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda					Per tutte le UJOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale Classe B 60gg	percentuale in aumento		Numeratore: N. pazienti operati entro 60 gg Denominatore: N. pazienti in classe B Fattore di scala: *100	≥90%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda					Per tutte le UJOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale Classe C 180gg	percentuale in aumento		Numeratore: N. pazienti operati entro 180 gg Denominatore: N. pazienti in classe C Fattore di scala: *100	≥95%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda					Per tutte le UJOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale Classe D 12 mesi	percentuale in aumento		Numeratore: N. pazienti operati entro 365gg Denominatore: N. pazienti in classe D Fattore di scala: *100	≥95%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza Ospedaliera	<b>Rispettare le raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.</b>			Per tutte le UJOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero	percentuale schede adottate	percentuale in crescita	La fonte dati è il reparto.	Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala: *100	100%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera Gestione Risorse sangue	<b>Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue</b>			Per tutte le UJOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero	percentuale sacche trasfuse	percentuale in crescita		Numeratore: N. sacche trasfuse 2022 Denominatore: N. sacche richieste 2022 Fattore di scala: *100	≥50%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	<b>Validare le SDO entro il giorno 15 del mese successivo a quello delle dimissioni.</b>			Per tutte le UJOO del Dipartimento	percentuale schede validate	percentuale in aumento	La fonte dati per le schede validate ed il numero di dimessi, in questa fase, è l'ADT.	Numeratore: N. schede validate Denominatore: N. dimessi Fattore di scala: *100	>95%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	<b>Inviare semestralmente i report delle non conformità alle DS</b>			UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento	percentuale report inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 all'anno Fattore di scala: *100	100%	5	UJ.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare semestrale la Guida dei servizi dell'UO e pubblicazione sul sito aziendale del Dipartimento di afferenza			UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento	SI/NO				SI	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.lgs. 33/2013.			UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento	SI/NO				SI	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			Direzione centrale di presidio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			Direzione centrale di presidio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
TOT											100			

PRESIDI OSPEDALIERI

PRESIDIO OSPEDALIERO DI BOSCONTRECASE COVID HOSPITAL (DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO)

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre l'inappropriatezza dei DRG	H04Z			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Fratto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	rapporto numerico adimensionale in diminuzione	Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.	Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato". Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".	0,24	10	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre la durata di degenza per interventi di colecistectomie a meno di 3 giorni	H05Z			Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	percentuale in aumento	La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥ 70%	10	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Ridurre il tempo pre-operatorio per le fratture collo del femore da trattare chirurgicamente	H13C			Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.		L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	≥ 60 (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)	3	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Aumentare le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici				Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	percentuale in aumento	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery. Sono esclusi : i dimessi con intervento principale di litotripsia ( codice ICD)- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 ( DRG non attribuibile). Vengono considerati DRG medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione ai sensi del DM tariffe.	Numeratore: N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici Denominatore: N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	> 25%	6	PP.OO		Dott. Rita Pagnotta
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Diminuire i giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico				Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		Numeratore: N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico		1- 4 giorni	6	PP.OO		
Rispetto indicazioni Direzione Strategica del Covid Hospital	Assistenza ospedaliera	Attivazione e Sviluppo della Week Surgery				S/NO				SI	6	Direzione PP.OO Direzione Dip. Funz. Osp. UUOOC Ospedaliera		
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2021	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento del numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico.	10.1			percentuale ricoveri diurni tipo diagnostico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2022 N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Denominatore: N. ricoveri diurni di tipo diagnostico 2021 Fattore di scala:*100	0%	6	PP.OO.		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Delibera della Giunta Regionale n. 372 del 06/08/2022	Allegato A - Obiettivo 10.1 Ricoveri diurni	Mantenimento degli accessi di tipo medico	10.2		Direzione centrale di presidio	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. accessi di tipo medico 2022 - N. accessi di tipo medico 2021 Denominatore: N. accessi di tipo medico 2021 Fattore di scala: *100	0%	6	PP.OO.		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Tabella Punteggio LEA 2021 Ospedaliera	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	Aumentare la garanzia di efficacia e sicurezza dell'intervento per tumore maligno della mammella, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team associato alla pratica chirurgica	H02Z		Direzione centrale di presidio	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	percentuale in aumento		Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Numeratore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui. Denominatore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4x). Fattore di scala: *100	70%	6	PP.OO.		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO U.O. Brest Unit	
Assistenza ospedaliera	Assistenza ospedaliera	Garantire la tempestività delle refertazioni per la prestazioni ordinarie e prestazioni specialistiche erogate per interni in regime programmato e di urgenza.			Direzione centrale di presidio	percentuali refertazioni eseguite entro le 12h dal tempo in cui è erogata la prestazione	percentuale in aumento		Numeratore: N. refertazioni eseguite entro le 12 h dal tempo in cui è erogata la prestazione Denominatore: N. refertazioni eseguite per il totale delle prestazioni erogate Fattore di scala: *100	100%	6	PP.OO.			
Assistenza ospedaliera	Emergenza - urgenza	Monitorare mensilmente i tempi di attesa delle consulenze richieste dal PS ai Reparti, con segnalazione (a mezzo nota) delle consulenze rese oltre i 30 minuti, su un campione corrispondente all'1% del totale dei Referti mensili di PS.			Direzione centrale di presidio	percentuale referti controllati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Referti di PS controllati Denominatore: N. Referti di PS elaborati Fattore di scala: *100	100%	6	PP.OO.			
Assistenza ospedaliera	Gestione sala mortuaria	Rispettare il nuovo regolamento gestione sala mortuaria per l'anticorruzione trasferendo verso il Cimitero Comunale, entro 48 h dal decesso, della salma o di parte anatomica dell'indigente, con attivazione della pratica verso il Comune.			Direzione centrale di presidio	percentuale trasferimenti eseguita	percentuale in aumento		Numeratore: N. Indigenti deceduti al tempo t e trasferiti entro le 48 h Denominatore: N. Indigenti deceduti al tempo t Fattore di scala: *100	100%	6	PP.OO.			
Assistenza ospedaliera	Adempimenti normativi e flussi informativi	Rispettare le normative/ direttive inerenti la produzione di specifici flussi informativi intra ed extra ASL Napoli 3 Sud			Direzione centrale di presidio	percentuale flussi informativi inviati	percentuale in aumento		Numeratore: N. Flussi informativi inviati Denominatore: N. Flussi informativi richiesti Fattore di scala: *100	100%	6	PP.OO.			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: 0-40% 0 punti; 41%-60% 6 punti; 61%-80% 8 punti; 81%-100% 10 punti;	10	PP.OO.			
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C.VRU e Performance entro i termini previsti esplorando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC afferenti	S/NO		Entro il 31 gennaio 2023	S/NO		7	PP.OO.			
TOT											100				

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
<b>AREA MEDICA</b>														
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Allegato A - Obiettivo 6.2 Ricoveri ordinari	Mantenimento del numero di ricoveri ordinari in età adulta (>18 anni) per: complicità (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, e scompenso cardiaco dell'anno 2021.	6.2		TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 - N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2021 Fattore di scala: *100	0%	6	UU.OO. Medicina, Pneumologia e Cardiologia		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 372 DEL 06/08/2019 ALLEGATO B - INDICATORI TEMATICI -	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato degli accessi di tipo medico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo medico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. accessi di tipo medico nell'anno 2022 - N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Denominatore: N. accessi di tipo medico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	6	Dipartimento scienze mediche, assistenza riabilitativa ospedaliera e post acuzie		
Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019	Assistenza ospedaliera	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018			TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale accessi tipo diagnostico	percentuale in diminuzione	Obiettivo ed indicatore non presente nel NSG Sono esclusi dal flusso SDO i seguenti DRG: 409 Radioterapia 410 Chemioterapia 489 HIV associato ad altre patologie 490 HIV associato ad altre patologie e le seguenti diagnosi: V 420 Follow up Trapiantati di rene V 421 Follow up Trapiantati di fegato V 427 Follow up Trapiantati di cuore	Numeratore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico nell'anno 2022 - N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Denominatore: N. dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 Fattore di scala: *100	0%	6	Dipartimento scienze mediche, assistenza riabilitativa ospedaliera e post acuzie		
Delibera della Giunta Regionale n. 429/2020	Assistenza ospedaliera	Realizzare le schede di trasferimento per tutti i trasferimenti di riabilitazione (ovvero con cod. 56).				percentuale schede elaborate (cod.56)	percentuale in aumento	Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	La verifiche delle schede di trasferimento redatte può essere fatta solo in Reparto, in quanto le schede sono cartacee ed inserite nella cartella clinica del paziente oppure potrebbero essere elettroniche se scansionate.	100%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Ottimizzare i tempi di degenza ed adeguamento degli stessi alle esigenze specifiche del ricovero mediante un contenimento dei ricoveri fuori soglia.				percentuale ricoveri fuori soglia	percentuale in diminuzione	Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	Numeratore: N. ricoveri fuori soglia Denominatore: N. ricoveri totali Fattore di scala: *100	≤5%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Mantenimento o incremento del peso medio dei ricoveri ordinari rispetto all'anno 2021.				percentuale peso medio DO	percentuale in aumento	Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	Numeratore: Peso medio DO 2022 - Peso medio DO 2021 Denominatore: Peso medio DO 2021 Fattore di scala: *100	≥0%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza specialistica ambulatoriale	Elaborare e inviare il flusso informativo regionale (File C) della specialistica ambulatoriale				percentuale visite rendicontate flusso C	percentuale in aumento	Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività specialistica ambulatoriale	Numeratore: N. visite rendicontate per il Flusso C Denominatore: N. visite effettuate Fattore di scala: *100	≥95%	5	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott. Felice Conato/ File C

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario			Classe A 30 gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 30 gg Denominatore: N. pazienti in classe A Fattore di scala:*100	≥90%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario			Classe B 60gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 60 gg Denominatore: N. pazienti in classe B Fattore di scala:*100	≥90%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario			Classe C 180gg	Numeratore: N. pazienti operati entro 180 gg Denominatore: N. pazienti in classe C Fattore di scala:*100	≥95%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario			Classe D 12 mesi	Numeratore: N. pazienti operati entro 365gg Denominatore: N. pazienti in classe D Fattore di scala:*100	≥95%	6	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Fonte dati: Dott.ssa M. Antonia Di Palma
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Appropriatezza clinica/ Appropriatezza organizzativa	Rispetto delle raccomandazioni ministeriali n. 7 in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero	percentuale schede adottate	percentuale in aumento	La fonte dati è il reparto.	Numeratore: N. schede adottate Denominatore: N. totale pazienti ricoverati Fattore di scala:*100	100%	3	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Incrementare il numero di ricoveri in elezione rispetto al 2021.			Per tutte le UUOO del Dipartimento che erogano attività di ricovero ordinario	percentuale ricoveri in elezione	percentuale in aumento		Numeratore: N. ricoveri in elezione 2022- N. ricoveri in elezione 2021 Denominatore: N. ricoveri in elezione 2021 Fattore di scala:*100	>25%	6	Unità operative di medicina che hanno producono attività di ricovero ordinario.		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera	Validare le SDO entro il giorno 15 del mese successivo a quello delle dimissioni.			Per tutte le UUOO del Dipartimento	percentuale schede validate	percentuale in aumento	La fonte dati per le schede validate ed il numero di dimessi, in questa fase, è l'ADT.	Numeratore: N. schede validate Denominatore: N. dimessi Fattore di scala:*100	>95%	3	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		Referente aziendale Dott.ssa Rita Pagnotta/ SDO

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza ospedaliera (Monitoraggio delle non conformità)	Inviare semestralmente i report delle non conformità alle DS			UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento	percentuale report inviati	percentuale in aumento		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 all'anno Fattore di scala: *100	100%	3	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Prevenzione (Controllo igienico sanitario)	Verificare quotidianamente l'avvenuta pulizia e sanificazione degli ambienti con check list sottoscritta ed invio, mensile, delle check list compilate alla Direzione Sanitaria del P.O.			UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento	percentuale check list inviate	percentuale in aumento		N. check list inviate alla Direzione Sanitaria	100%	3	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC. afferenti	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: ( $\sum$ risposte immediate alle richieste) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n° 1 solleciti) (0,8) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + ( $\sum$ risposte alle richieste con solleciti $\geq 3$ ) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD0208	Area di coordinamento farmaceutico e le UU.OO.CC. afferenti	S/NO		Entro il 31 gennaio 2023	S/NO		7	UU.OO.CC. Afferenti al Dipartimento		
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA														
UOC VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PERFORMANCE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Monitorare con cadenza quadrimestrale l'andamento di tutti i Piani aziendali, le progettazioni e le programmazioni anche finanziati con i fondi esterni, al fine di integrare gli stessi con le attività inserite nel piano della Performance		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	Percentuale Piani aziendali monitorati	percentuale in crescita		Numeratore: N.Piani aziendali monitorati Denominatore: N.Piani Aziendali approvati dalla direzione Strategica Fattore di scala: *100	100%	5	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Completare l'attività di negoziazione e assegnazione degli obiettivi performance dell'anno di riferimento a tutte le UU.OO aziendali entro i termini stabiliti dal Piano Performance contenuto nel PIAO		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	percentuale strutture con cui si è completata la fase di negoziazione e affidamento obiettivi	percentuale in crescita		Numeratore: N. strutture con cui si è completata la fase di negoziazione e affidamento degli obiettivi Denominatore: Tutte le UU.OO aziendali Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Redazione e stesura della proposta del Piano della Performance entro il 10 gennaio da sottoporre successivamente all'attenzione della Direzione Generale che dovrà adottare lo stesso piano entro il 31 gennaio;		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO		L'ottemperanza all'obiettivo è subordinata alla ricezione dell'analisi della UOC Controllo di Gestione		SI	10	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Attivare corsi di formazione del sistema di misurazione e valutazione		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	percentuale Direttori UOC/Responsabili UOSD formati	percentuale in crescita		Numeratore: N. Direttori UOC/Responsabili UOSD formati Denominatore: Tutti i Direttori/Responsabili delle UU.OO.CC aziendali Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Monitorare le azioni della Delibera 360 Stream 4 nelle funzioni di DEC		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO				SI	5	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Coordinare tutte le attività del Ciclo della Performance, predisponendo tutti gli atti a carico dell'amministrazione		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO					8	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Riduzione dei tempi della valutazione del personale		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	percentuale personale valutate nei tempi previsti	percentuale in crescita		Numeratore: N. personale valutato nei tempi previsti Denominatore: N. personale da valutare nei tempi previsti Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	Implementare attività progettuali in relazione al regolamento progetti		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO				SI	5	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Insera

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	<b>Attivare il PIAO con aree di Coordinamento</b>		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO				SI	5	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Inserra
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	<b>Redazione della relazione sulla Performance che dovrà essere trasmessa entro il 31 maggio di ogni anno alla Direzione Generale.</b>		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO		La Relazione dovrà essere trasmessa all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale entro il 15 giugno di ogni anno.		SI	15	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Inserra
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	percentuale risposte alle note della Direzione Strategica	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n° 1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Inserra
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Direzione Strategica	<b>Trasmissione degli atti all' OIV entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AACD10104	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023			7	UOC Valutazione Risorse Umane e Performance		Dott. Ciro Inserra
										TOT	100			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA

UOC SISTEMA INTEGRATO CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	Attività Team Spoke	<b>Potenziare il numero di controlli domiciliari per i casi critici riducendo il numero di ricoveri nelle strutture COVID.</b>		AAC010105	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni	numero di controlli domiciliari per i casi critici	percentuale in crescita	Il valore dell'obiettivo non può essere 100% siccome l'obiettivo deve tenere conto di due variabili importanti ovvero: - l'andamento del COVID19; - le risorse a disposizione (ad es. i camper a disposizione sono 2 solitamente ma potrebbero anche non essere disponibili).	Numeratore: N. controlli domiciliari effettuati Denominatore: N. totale di richieste di controlli domiciliari pervenute fattore di scala: *100	80%	8	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni		Fonte: Dott. Antonio Lucchetti fornisce : -File Excel in cui sono registrati controlli, controlli con teleconsulto laddove possibile; -File Excel in cui sono registrate le segnalazioni tramite Pec ed email; Software SMARTLEA : cartella clinica del paziente.
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute</b>		AAC010105	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni	Numero protocolli smistati o rifiutati relativi alle fatture ricevute	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	25	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.</b>		AAC010105	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni	numero controlli annuali	verifica del numero controlli		N. 24 verifiche annuali	24	25	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura</b>		AAC010105	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni	percentuale verifica delle fatture	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura ) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio. (gg previsti dalla data di registrazione/protocollazione della fattura, variabili tra 30, 60 o 90 gg) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	25	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AAC010105	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni		Referente aziendale: Dott. Antonio Lucchetti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AAC010105	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Sistema integrato controlli interni ed esterni		Referente aziendale: Dott. Antonio Lucchetti
										TOT	100			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA														
UOC CONTROLLO DI GESTIONE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Miglioramento della qualità dell'assistenza - Rispetto degli adempimenti LEA	Allineare i flussi NSIS attraverso l'analisi e verifica tra i dati presenti nelle delibere di accreditabilità delle strutture sanitarie e i dati presenti nei flussi anagrafici		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale verifiche effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. verifiche effettuate Denominatore: N. Strutture Accreditate fattore di scala: *100	100%	11	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Miglioramento della qualità dell'assistenza - Rispetto degli adempimenti LEA	Coordinare le attività aziendali collegate agli adempimenti LEA attraverso l'invio mensile dati aggiornati e verifica della griglia LEA alla Direzione Strategica		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale invio dati	percentuale in crescita		Numeratore: N. invii effettuati Denominatore: N. invii previsti fattore di scala: *100	100%	11	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Miglioramento della qualità dell'assistenza - Rispetto degli adempimenti LEA	Coordinare le attività aziendali collegate agli adempimenti LEA attraverso l'invio trimestrale di analisi e confronto dati griglia LEA, distinti tra attività istituzionali, attività performance e progetti aziendali alla UOCVRU e Performance		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale invio dati	percentuale in crescita		Numeratore: N. invii effettuati Denominatore: N. invii previsti fattore di scala: *100	100%	11	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio e risoluzione delle problematiche legate ai flussi (SDO)	Monitorare semestralmente gli obiettivi D.G. in relazione all'attività di ricovero		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale invio dati	percentuale in crescita		Numeratore: N. invii effettuati Denominatore: N. invii previsti fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Monitorare gli obiettivi D.G. in relazione all'attività di ricovero attraverso l'invio trimestrale di analisi e confronto dell'attività di ricovero, distinti tra attività istituzionali, attività performance e progetti aziendali alla UOCVRU e Performance		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale invio dati	percentuale in crescita		Numeratore: N. invii effettuati Denominatore: N. invii previsti fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio dei flussi agli Organi Istituzionali	Trasmettere i Flussi agli Organi Istituzionali (Regione, Ministero della Salute, AGENAS, ecc.)		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale invio dati	percentuale in crescita	Trasmissione di tutti i Flussi, dopo propria verifica, agli Organi Istituzionali	Numeratore: N. invii effettuati Denominatore: N. invii previsti fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Contabilità analitica Aziendale	Implementazione sistema contabile unico e attivazione di quello di contabilità analitica attraverso l'elaborazione semestrale della reportistica ottenuta attraverso la contabilità analitica aziendale		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	numero elaborazioni	N. elaborazioni conseguite			2	10	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Controllo di Gestione		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010107	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: ( $\sum$ risposte immediate alle richieste) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + ( $\sum$ risposte alle richieste con solleciti $\geq 3$ ) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010107	U.O.C. Controllo di Gestione	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.C. Controllo di Gestione		Referente aziendale: Dott. Antonella De Stefano
										TOT	100			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA														
UOC AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Gestione dell' Albo Pretorio attraverso il controllo a campione sulla correttezza formale pubblicazione delle Determine Dirigenziali		AAC010102	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie	percentuale controlli effettuati	percentuale in crescita	*Tutti i controlli sono verbalizzati , quindi vi sono 12 verbali totali.	Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. controlli richiesti (24) Fattore di scala: *100	100%	27	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie		Referente aziendale: Dott. Marco Tullo/ Fonte dato: verbali redatti agli atti nella UOC
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Gestione della corrispondenza pervenuta alla Direzione Strategica attraverso lo smistamento alle strutture di tutti gli atti (corrispondenza) che pervengono alla Direzione Strategica e da quest'ultima decretati.		AAC010102	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie	percentuale atti inoltrati	percentuale in crescita	*Il dato finale tenuto conto della rilevanza numerica degli atti da censire potrà essere reso disponibile in non meno di 30 gg dalla conclusione dell'anno.	Numeratore: N. atti inoltrati alle strutture attraverso l'applicativo in uso Denominatore: N. atti pervenuti Fattore di scala: *100	100%	29	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie		Referente aziendale: Dott. Marco Tullo/Fonte dato: Report
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Attività di segreteria e supporto al Collegio di Direzione		AAC010102	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie	percentuale verbali redatti	percentuale verbali redatti	Attività di verbalizzazione per ogni seduta del Collegio di Direzione.	Numeratore: N. di verbali redatti Denominatore: N. convocazioni del Collegio di Direzione fattore di scala: *100	100%	27	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie		Referente aziendale: Dott. Marco Tullo/fonte: Verbali visionati presso la struttura
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010102	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie		Referente aziendale: Dott. Marco Tullo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010102	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023			7	U.O.C. Affari istituzionali e segreterie		Referente aziendale: Dott. Marco Tullo
										TOT	100			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA														
UOC SISTEMI INFORMATICI ICT														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	Allineamento flussi e sistemi informativi regionali.	Elaborazione e gestione del trasferimento dei flussi alla regione tramite piattaforma per tamponi e vaccini Sinfonia Covid19.		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	numero report			N. 1 report annuale degli inserimenti su sinfonia	1	10	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Allineamento flussi e sistemi informativi regionali.	Monitorare la migrazione dei dati dal sistema amministrativo contabile AREAS al SIAC, e delle corrette integrazioni tra i sistemi pertinenti.		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	percentuale interventi richiesti	percentuale in crescita		Numeratore: N. azioni compiute Denominatore: N. azioni richieste Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Allineamento flussi e sistemi informativi regionali.	Monitoraggio della corretta migrazione dei dati da tutti i gestionali di natura sanitaria (US, RIS, PS, SDO, SDA) ed adeguamento dei sistemi aziendali. (Fascicolo Sanitario Elettronico)		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	percentuale interventi richiesti	percentuale in crescita		Numeratore: N. azioni compiute Denominatore: N. azioni richieste Fattore di scala: *100	100%	12	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Messa in sicurezza CED	Mantenimento dei livelli di sicurezza previsti dall'agenzia italiana digitale (AGID) attraverso la messa in sicurezza CED		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	SI/NO				SI	12	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Fonte: questionario AGID 2022 Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Ottimizzazione della gestione di trouble ticket, miglioramento del sistema informativo aziendale.		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	SI/NO				SI	10	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Rispettare il processo aggancio ordine-DDT		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	percentuale ordine con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Protocollo, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 7gg.		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	percentuale fatture accettate	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informativi ITC	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010103	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Sistemi Informativi ITC		Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010103	U.O.C. Sistemi Informatici ITC	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023			7	U.O.C. Sistemi Informatici ITC		Referente aziendale: Ing. Bruno Cavalcanti
										TOT	100			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA														
UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Aggiornamento rischio biologico alla luce del nuovo rischio COVID per tutte le strutture ASL ed ospedaliere</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale sopralluoghi effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. sopralluoghi effettuati Denominatore: N. sopralluoghi previsti (17) Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-20	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Copertura visite preassuntive per emergenza COVID.</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale visite mediche preassuntive	percentuale in crescita		Numeratore: N. visite mediche preassuntive per emergenza COVID effettuate Denominatore: N. visite mediche preassuntive per emergenza COVID da effettuare (500) Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-21	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Verifica dei parametri igienico sanitari dei centri vaccinali</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale verifiche effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. verifiche effettuate Denominatore: N. centri vaccinali fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Effettuare sopralluoghi annuali degli ambienti di lavoro e contributo tecnico e dei medici competenti alla stesura dell'aggiornamento dei DVR</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale sopralluoghi effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. sopralluoghi effettuati Denominatore: N. sopralluoghi previsti (21) Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Collaborazione nella elaborazione dei DUVRI</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale sopralluoghi effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. sopralluoghi effettuati Denominatore: N. sopralluoghi previsti (21) Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Effettuare visite mediche periodiche ed individuare i soggetti fragili nella loro collocazione</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale visite mediche	percentuale in crescita		Numeratore: N. visite mediche con giudizio di idoneità effettuate Denominatore: N. visite mediche con giudizio di idoneità da effettuare (150) Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Prevenzione e protezione (Sorveglianza Sanitaria)	<b>Riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL. attraverso il monitoraggio del contenzioso giudiziario</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Prevenzione e protezione		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AAC010108	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AAC010108	U.O.C. Prevenzione e protezione	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.C. Prevenzione e protezione		Referente aziendale: Dott. Alfredo Irollo

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
										TOT	100			

STRUTTURE DI SUPPORTO DIREZIONE STRATEGICA														
UOC RELAZIONI CON IL PUBBLICO														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Prevenzione della corruzione	Attuare azioni prevenzione della corruzione previste per UOC R/P nella Delibera n. 251/2021 Relazione indicatori- trasmissione al responsabile prevenzione alla corruzione della relazione in qualità di referente RPC.		AAC010106	U.O.C. Relazioni con il Pubblico (URP)	numero adempimenti effettuati	percentuale in crescita	La relazione dovrà contenere analisi dei processi a rischio malagestio con identificazione delle azioni di prevenzione.	Numeratore: N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti Denominatore: N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Privacy	Riscontrare e agli adempimenti richiesti nei termini previsti Privacy Adempimenti richiesti in materia Privacy dal DPO (Del N.582/2019)		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	Riscontro agli adempimenti richiesti nei termini previsti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti posti in essere nei tempi previsti Denominatore: N. adempimenti da porre in essere nei tempi previsti Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sportello Amico Trapianti di cui alle norme Nazionali, Regionali e Aziendali	Attuare azioni di potenziamento per la cultura della donazione degli organi		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	numero eventi organizzati	percentuale in crescita		Numeratore: N. eventi organizzati Denominatore: N. eventi richiesti dal Coordinamento Regionale Trapianti Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Coordinamento progettualità fondi extra aziendali	Relazionare sul Coordinamento attività progettuali DCA 105/14 L. 6 EQUITÀ' IN SALUTE - DCA 134/2016 L.2 PROCESSI DI UMANIZZAZIONE, CUSTOMER SATISFACTION - DCA 43/2019 MALATTIE RARE - DGRC 618 DEL 2020.		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	numero relazioni	numero relazioni effettuate		N.1 relazione attività per Linee Progettuali. Pubblicazione determine specifiche per Liena Progettuali sul link "amministrazionetrasparente/altriconte nuti/progettifinanzatitfondiextra"	1	30	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Attività a sostegno lotta al Covid 19 - Azioni Piano Rientro Liste di Attesa	Aggiornare e regolarmente il Link sito istituzionale: vaccinazione Anti-Covid 19; nuovo coronavirus cosa c'è da sapere. Campagna di comunicazione per potenziamento adesione campagna vaccinale. Coordinamento attività n. Telefono Primula per informazione Vaccinazione Anticovid. Organizzazione almeno 20 giornate Pienza a Salute. Analisi indicatori socio demografici 2022. Gestione Flusso Documentale e quesiti per vaccinazione Anti Covid 19.		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	numero relazioni	numero relazioni effettuate		N. 1 relazione attività relative al Covid19; n. 1 relazione per attività relative agli eventi di pienza a salute; n. 1 relazione sull'analisi degli indicatori socio demografici; n. 1 relazione sul flusso documentale e quesiti per vaccinazione anti covid 19.	1	10	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verificare periodicamente lo stato delle fatture aperte non liquidate.		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	numero verifiche	numero verifiche effettuate		N. 24 verifiche annuali (fatture attese)	24	5	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Esecuzione del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certicabilità dei dati e dei bilanci Pubblicazione sul sito istituzionale delle relazioni fornite dalle strutture aziendali sullo stato di avanzamento del PAC		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	numero adempimenti effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e trasparenza	Monitoraggio e controllo di qualità da parte del responsabile della trasparenza e supporto all'O.I.V per la compilazione del monitoraggio sugli obblighi di trasparenza . Presentazione Piano della Trasparenza nei tempi previsti dal D.lgs 80/2021 Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.		AAC010106	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)	SI/NO				SI	13	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010106	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Valore Target	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010106	U.O.C. Relazioni con il Pubblico (URP)	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.C. relazioni con il pubblico (URP)		Referente aziendale: Dott. Angela Improta
										TOT	100			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO														
UOC GESTIONE RISORSE UMANE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Contenimento della diffusione del COVID-19 (Attività Team Spoke)	Razionalizzare l'utilizzo degli USCA e del personale assunto a tempo determinato per l'emergenza Covid-19		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	rapporto numerico	fattore in crescita	*1 ogni 50.000 abitanti	Numeratore: Popolazione Denominatore: N. contratti stipulati	≥50.000	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale)	Completare la compilazione del fascicolo elettronico per ogni dipendente della ASL Napoli3 Sud		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale dipendenti con fascicolo elettronico completato	percentuale in crescita		Numeratore: N dipendenti con fascicolo elettronico completato Denominatore: N. totale dipendenti fattore di scala: *100	90%	8	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale)	Espletare tutte le procedure di accettazione e firma del contratto di lavoro del dipendente prima della presa di servizio effettiva		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	SI/NO				SI	4	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale convenzionato)	Produrre e certificare il prospetto di raccordo tra i dati contenuti nel flusso del personale e i dati esposti nel modello CE per il personale convenzionato		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	SI/NO				SI	2	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale)	Soddisfare il fabbisogno della dotazione dell'organico ed invio report alla Regione		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	SI/NO				SI	2	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale)	Monitorare lo sviluppo dei processi per il personale assunto inviando 2 report annuali alla Direzione Strategica		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale report inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 2 fattore di scala: *100	100%	2	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Pubblicare su PerlaPa e sul sito web i bandi di concorso (art.54 c.1 lett.f) -D Lsvo n°82/2005		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale bandi pubblicati	percentuale in crescita		Numeratore: N. bandi pubblicati sul sito web Denominatore: N. bandi di concorsi emanati Fattore di scala: *100	100%	2	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale)	Monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità-costi)		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale report inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 4 fattore di scala: *100	100%	3	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione del personale)	Inviare le tabelle del prospetto di raccordo flusso del personale, modello CE		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	SI/NO				SI	2	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	Redazione, avvio e monitoraggio dei fabbisogni e assunzioni di personale dirigenziale e del comparto mediante l'invio del report di monitoraggio dei costi del personale con cadenza periodica trimestrale per la Direzione.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale report inviati	percentuale in crescita	*La Dott.ssa fa presente che dispone di strumenti informatici obsoleti da sostituire nonostante le sue ripetute richieste.	Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 4 fattore di scala: *100	100%	3	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Protocollo, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 15gg.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verificare periodicamente lo stato delle fatture aperte non liquidate		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	N. 24 verifiche annuali	fattore in crescita			24	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Protocollo, smistare o rifiutare le fatture ricevute entro 15gg.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verificare periodicamente lo stato delle fatture aperte non liquidate.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	numero verifiche annuali	fattore in crescita			24	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollo della fattura, variabili tra 30, 60 o 90 gg) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale fatture liquidate entro 15gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Gestione Risorse Umane		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certicabilità dei dati e dei bilanci		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali	Verificare i tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollo della fattura, variabili tra 30, 60 o 90 gg) e liquidare la stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale fatture liquidate entro 15gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Monitoraggio del contenzioso giudiziario	Riscontrare le note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AALL.		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AALL Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010208	U.O.C. Gestione Risorse Umane	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Gestione Risorse Umane		Referente aziendale Dott. Maria Carmela Della Rosa
										TOT	100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

COORDINAMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI DISTRETTUALI														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAC010212	UOC Coordinamento amm.vo territoriale	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci		AAC010212	UOC Coordinamento amm.vo territoriale	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Rimborso spese agli utenti)	Verificare le distinte ottenute dai Distretti socio sanitari, elaborati nelle rispettive competenze, in materia di rimborsi spese agli utenti/residenti ASL (- rimborsi delle spese sanitarie sostenute presso Centri di altissima specializzazione in Italia o all'Estero; - rimborsi prestazioni di trasporto talassemici in Italia; - rimborsi a cittadini con tubercolosi in Italia; - rimborsi a cittadini con tubercolosi in Italia; - rimborsi spese pazienti emodializzati in Italia; - rimborsi per pazienti sottoposti a trapianto in Italia ed all'estero).		AAC010212	UOC Coordinamento amm.vo territoriale	percentuale distinte verificate	percentuale in crescita	L'UOC Coordinamento amm.vo territoriale si occupa della liquidazione rimborsi agli utenti/residenti ASL per: - rimborsi delle spese sanitarie sostenute presso Centri di altissima specializzazione in Italia o all'Estero; - rimborsi prestazioni di trasporto talassemici in Italia; - rimborsi a cittadini con tubercolosi in Italia; - rimborsi per pazienti sottoposti a trapianto in Italia ed all'estero). La liquidazione viene svolta a seguito di verifica della congruità dei dati, riferiti ai pazienti ed ai parametri stabiliti per le spese oggetto di rimborso, contenuti nella Distinta che i DSS inviano alla UOC. A seguito dell'accertamento della congruità dei dati riportati nella Distinta, l'UOC Coordinamento amm.vo territoriale si occupa della predisposizione della Determina di Liquidazione (rapporto 1-1 con la Distinta del DSS), della sua pubblicazione e dell'inserimento di tutti i parametri della liquidazione nel sistema amministrativo-contabile, al fine di consentire il conseguente pagamento.	Numeratore: N. distinte verificate Denominatore: N totale di distinte ricevute Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Rimborso spese agli utenti)	Predisporre le determine di liquidazione ed inserimento (nel sistema amministrativo-contabile) dei parametri di riferimento della liquidazione ai fini del pagamento ad opera della UOC Gestione Economica Finanziaria		AAC010212	UOC Coordinamento amm.vo territoriale	percentuale determine liquidate/elaborate/pubblicate	percentuale in crescita	L'UOC Coordinamento amm.vo territoriale si occupa della liquidazione rimborsi agli utenti/residenti ASL per: - rimborsi delle spese sanitarie sostenute presso Centri di altissima specializzazione in Italia o all'Estero; - rimborsi prestazioni di trasporto talassemici in Italia; - rimborsi a cittadini con tubercolosi in Italia; - rimborsi per pazienti sottoposti a trapianto in Italia. La liquidazione viene svolta a seguito di verifica della congruità dei dati, riferiti ai pazienti ed ai parametri stabiliti per le spese oggetto di rimborso, contenuti nella Distinta che i DSS inviano alla UOC. A seguito dell'accertamento della congruità dei dati riportati nella Distinta, l'UOC Coordinamento amm.vo territoriale si occupa della predisposizione della Determina di Liquidazione (rapporto 1-1 con la Distinta del DSS), della sua pubblicazione e dell'inserimento di tutti i parametri della liquidazione nel sistema amministrativo-contabile, al fine di consentire il conseguente pagamento.	Numeratore: N. determine di liquidazione elaborate/pubblicate Denominatore: N. totale delle distinte di rimborso verificate Fattore di scala: *100	100%	6	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Regolamentazione amministrativa	Elaborazione Regolamento aziendale, rivolto a tutti i Distretti Socio Sanitari, in materia di riorganizzazione delle attività amministrative svolte territorialmente, al fine di assicurare una gestione univoca ed uniforme delle stesse.		AAC010212	UOC Coordinamento amm.vo territoriale	SI/NO				SI	15	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Regolamentazione amministrativa	Implementare servizi full digital	B.3.2	AAC010212	UOC Coordinamento amm.vo territoriale	Percentuale di servizi full digital	percentuale in crescita		Numeratore: per servizi "full digital" si intendono tutti quei servizi che consentono a cittadini e imprese di avviare e completare un servizio completamente online, utilizzando un'unica applicazione e senza richiedere procedure di stampa e/o scansione di documenti. Denominatore: nel computo dei servizi erogati vanno considerati quelli indicati nella carta dei servizi.	100%	8	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2019	Procedura di gestione presenze-assenze, ferie permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (full digital)	B.3.6		UOC Coordinamento amm.vo territoriale	Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no"	SI / NO				8	UOC Coordinamento amm.vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2021	Assicurare che tutto il personale sia munito di badge correttamente codificato nel sistema di gestione delle presenze e che lo utilizzi costantemente.	B.4.17		UOC Coordinamento amm.vo territoriale		SI/NO				6	UOC Coordinamento territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2020	Monitorare il budget delle ore di straordinario del personale dei P.O. e alert in caso di sfioramento	B.4.4		UOC Coordinamento amm. vo territoriale	Percentuale di comunicazioni al Servizio Personale dei Hepligativi ore eccedenti il debito orario suddivise per tipologia	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. 12 controlli annuali Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Coordinamento amm. vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AACD10212	UOC Coordinamento amm. vo territoriale	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UOC Coordinamento amm. vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AACD10212	UOC Coordinamento amm. vo territoriale	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UOC Coordinamento amm. vo D.P. Assistenza territoriale socio-sanitarie		Referente: Direttore UOC/ Dott. Alberto Di Capua
										TOT	100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

## UOC SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Manutenzione corretta e/o a guasto delle attrezzature elettromedicali)	<b>Evadere le procedure relative alle richieste di intervento sulle attrezzature elettromedicali formulate alla U.O.C. attraverso i canali istituzionali aziendali.</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale richieste evase	percentuale in crescita		Numeratore: N. Richieste evase Denominatore: N. richieste totale correttamente pervenute Fattore di scala: *100	≥85%	10	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		Referente aziendale: Ing. Antonio Granata
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Sviluppo del sistema organizzativo ed innovazione delle competenze	<b>Avviare attività sperimentali (pacchetti applicativi) per l'innovazione delle attività offerte dal servizio</b>		AA010211	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	SI/NO				SI	15	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		Referente aziendale: Ing. Antonio Granata
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Sistema di manutenzione programmata delle attrezzature elettromedicali)	<b>Incrementare le verifiche a campione della corretta applicazione delle procedure di controllo delle manutenzioni programmate delle attrezzature elettromedicali.</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale verifiche a campione eseguite sugli interventi di manutenzione programmata	percentuale in crescita		Numeratore: (N. verifiche a campione eseguite sugli interventi di manutenzione programmati verbalizzati nel 2022) - (N. verifiche a campione eseguite sugli interventi di manutenzione programmati verbalizzati nel 2021) Denominatore: N. totale degli interventi di manutenzione programmati verbalizzati nel 2021 Fattore di scala: *100	≥ 0,1 %	15	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		Referente aziendale: Ing. Antonio Granata
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Sistema di manutenzione programmata delle attrezzature elettromedicali)	<b>Planificare i controlli per periodi di sicurezza e funzionalità delle attrezzature elettromedicali.</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale controlli periodici	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli periodici effettuati Denominatore: N. apparecchiature attrezzature elettromedicali Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		Referente aziendale: Ing. Antonio Granata
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinologico Dlg. 50/2016 e successive modifiche)	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il rispetto del processo aggancio ordine-collaudato di beni elettromedicali e servizi di assistenza tecnica</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale ordini con collaudo	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con collaudo Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	6	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinologico Dlg. 50/2016 e successive modifiche)	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 15gg.</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale fatture, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	6	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinologico Dlg. 50/2016 e successive modifiche)	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	numero verifiche annuali	valore in aumento		N. 24 verifiche annuali	24	6	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinologico Dlg. 50/2016 e successive modifiche)	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il mantenimento dei tempi previsti per la liquidazione della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollazione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale fatture liquidate entro 15 gg nel 2022 prima della loro scadenza - N.fatture liquidate entro 15 gg nel 2021 prima della loro scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio. <b>Struttura coinvolta: Acquisto Beni e Servizi</b>	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg nel 2022 prima della loro scadenza - N.fatture liquidate entro 15 gg nel 2021 prima della loro scadenza Denominatore: N. fatture pervenute nel 2021 Fattore di scala: *100	0-5%	5	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate entro i tempi indicati dalla U.O.C. AA.LL.</b>		AA010210	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (Ingegneria clinica)		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore e (descrizione)	Indicatore e (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: $(\sum \text{risposte immediate alle richieste}) + (\sum \text{risposte alle richieste con n}^{\circ}1 \text{ sollecito}) (0,8) + (\sum \text{risposte alle richieste con n}^{\circ}2 \text{ solleciti}) (0,6) + (\sum \text{risposte alle richieste con solleciti} \geq 3) (0)$ Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (ingegneria clinica)		Referente aziendale: Ing. Antonio Granata
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Gestione attrezzature sanitarie (ingegneria clinica)		Referente aziendale: Ing. Antonio Granata
										TOT	100			

**STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO**
**UOC SVILUPPO E GESTIONE IMPIANTI TECNOLOGICI ADEGUAMENTO SISMICO ED ANTINCENDIO**

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Censimento del patrimonio immobiliare)	Realizzare un database informatico con l'aggiornamento dati amministrativo catastali dei cespiti.		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale aggiornamenti dei dati amministrativo catastali dei cespiti immobiliari effettuati	percentuale in crescita	* Il Direttore, previa creazione del database informatico richiesto in data 25/08/2021 con nota protocollo 166445, si impegna per l'aggiornamento del 20% dei dati amministrativo catastali dei cespiti immobiliari. La parte amministrativa connessa alla gestione del Patrimonio Immobiliare resta di responsabilità degli AA.GG. (Del.499/2018 e Atto Az.).	Numeratore: N. aggiornamenti dei dati amministrativo catastali dei cespiti immobiliari effettuati Denominatore: N. cespiti immobiliari aziendali Fattore di scala: *100	≥20%	15	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (normativa di prevenzione incendi ex DM 19 marzo 2015)	Presentare progetti e/o SCIA antincendio (di I° livello) per le strutture soggette al controllo dei Vigili del Fuoco (PP.OO., e Ambulatori con superficie ≥500 m²)		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale progetti presentati	percentuale in crescita	Il numeratore associa necessariamente ai progetti/SCIA la documentazione redatta dalla UOC Valorizzazione e Manutenzione patrimonio immobiliare Ing. Visione E vincolata all'emissione delle Dichiarazioni di Conformità degli impianti da parte dell'UOC VeMPI	Numeratore: N. progetti/SCIA (di I° livello) presentate con allegato documentazione a cura Ing. Visione Denominatore: N. strutture soggette al controllo dei Vigili del Fuoco ( PP.OO., e Ambulatori con superficie ≥500 m²)	≥ 15%	10	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinlogistica)	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il rispetto il processo aggancio lettere-ordine		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinlogistica)	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 15 gg.		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale di fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 15gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordinlogistica)	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	numero verifiche annuali	valore in crescita		N. 24 verifiche annuali	24	5	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL. entro i tempi richiesti		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci)	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certicabilità dei dati e dei bilanci		AAC010211	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2018 Dematerializzazione procedure d'ufficio	Procedura di gestione presenze-assenze, ferie permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (full digital)	B.3.6		U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no"	SI/NO			SI	8	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2019 (Censimento del Patrimonio Immobiliare)	Attivare le procedure catastali e la digitalizzazione della documentazione tecnico amministrativa entro 60 gg dalla conclusione delle procedure amministrative da parte della UOC Affari Generali per l'acquisizione degli immobili in riferimento al DgIS vigente	B.4.54		U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		SI/NO				15	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>			U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: ( $\sum$ risposte immediate alle richieste) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + ( $\sum$ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + ( $\sum$ risposte alle richieste con solleciti $\geq 3$ ) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>			U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Sviluppo e gestione impianti tecnologici, adeguamento sismico ed antincendio		Referente aziendale: Ing. Antonio Frappola
TOT											100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

## UOC VALORIZZAZIONE E MANUTENZIONE PATRIMONIO IMMOBILIARE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione)	Rispettare egli adempimenti e relativa tempistica previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (Del. n. 251 del 26/03/2021).		AAC010209	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale adempimenti posti in essere	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti posti in essere Denominatore: N. adempimenti da porre in essere Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Policy Aziendale in materia di Privacy)	Rispettare degli adempimenti previsti nella Policy Aziendale in ambito Privacy (Del. n. 582 del 20/06/2019).		AAC010209	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale adempimenti posti in essere	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti posti in essere Denominatore: N. adempimenti da porre in essere Fattore di scala: *100	100%	5	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Manutenzione ed assistenza alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale.	Tutelare le condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria		AAC010209	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale ordinativi lavori	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordinativi lavori Denominatore: N. richieste manutentive Fattore di scala: *100	Compreso tra 80% e 100% max raggiungimento Compreso tra 60%-80% medio raggiungimento ≤ 60% obiettivo non raggiunto 0	10	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone (chiedere a lui i dati sugli ordinativi inviati e sul totale delle richieste pervenute tramite protocollo e/o PEC).
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Manutenzione ed assistenza alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale.	Attuazione degli interventi inclusi nel Programma Triennale dei LL.PP. 2022/2024 con fondi aziendali.		AAC010209	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale interventi con fondi aziendali	percentuale in crescita		Numeratore: N. interventi avviati con fondi aziendali Denominatore: N. interventi elenco annuale finanziati con fondi aziendali Fattore di scala: *100	Compreso tra 80% e 100% max raggiungimento Compreso tra 60-80% medio raggiungimento ≤ 60% obiettivo non raggiunto 0	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone
						percentuale interventi con fondi esterni	percentuale in crescita		Numeratore: N. interventi avviati con fondi esterni Denominatore: N. interventi elenco annuale finanziati con fondi esterni Fattore di scala: *100	Compreso tra 50% e 100% raggiungimento obiettivo ≤ 50% obiettivo non raggiunto 0	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Linea 6 Salute	<b>Attuare gli interventi inseriti nel PNRR.</b>		AAC010209	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale adempimenti posti in essere	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti posti in essere Denominatore: N. adempimenti da porre in essere Fattore di scala: *100	Compreso tra 80% e 100% max raggiungimento Compreso tra 60%-80% medio raggiungimento ≤ 60% obiettivo non raggiunto 0	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Manutenzione ed assistenza alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale.	<b>Rispettare la normativa di prevenzione incendi ex DM 19 marzo 2015 attraverso l'ottenimento delle dichiarazioni di conformità o rispondenza relative agli impianti tecnologici di tutte le strutture aziendali.</b>		AAC010209	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale di dichiarazioni di conformità o rispondenza relative agli impianti tecnologici installati presso le strutture aziendali	percentuale in crescita		Numeratore: N. dichiarazioni di conformità o rispondenza relative agli impianti tecnologici installati presso le strutture aziendali Denominatore: N. strutture aziendali Fattore di scala: *100	Compreso tra 81% e 100% max raggiungimento Compreso tra 61%-80% medio raggiungimento ≤ 60% obiettivo non raggiunto 1	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Ciro Visone Trasversalità: Ing. Frappola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordine-logistica)	<b>Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il rispetto del processo aggancio fattura-ordine NSO</b>			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale ordini fatture agganciate	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini fatture agganciate Denominatore: N. totale di ordini NSO presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordine-logistica)	<b>Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 14gg.</b>			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 14gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 14gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordine-logistica)	<b>Incrementare del 5% le verifiche periodiche dello stato delle fatture aperte non liquidate.</b>			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale verifiche periodiche dello stato delle fatture aperte non liquidate	percentuale in crescita		Numeratore: N. verifiche periodiche dello stato delle fatture aperte non liquidate anno 2022 - N. verifiche periodiche dello stato delle fatture aperte non liquidate anno 2021 Denominatore: N. di verifiche periodiche anno 2021 Fattore di scala: *100	≥ 5%	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (gestione del ciclo ordine-logistica)	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocolazione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL. entro i termini di cui alla richiesta			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL.	100%	7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Cro Visone	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Valorizzazione e manutenzione patrimonio immobiliare		Referente aziendale: Ing. Cro Visone	
TOT											100				

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

UOC SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI AREA NORD														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso l'implementazione procedure operative per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza straniera.			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale di procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza straniera	percentuale in crescita	Supporto alla Direzione Sanitaria per pratiche relative a prestazioni rese a stranieri ed eventuale invio alla u.o.c. GEF di pratiche assicurative per la fatturazione.	Numeratore: N. procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza straniera Denominatore: N. totale di utenza straniera che non evade al ticket Fattore di scala: *100	100%	13	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il recupero crediti per prestazioni di P.S., codici bianchi.			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale di procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza italiana	percentuale in crescita	Pratiche di codici bianchi inviate all'Agenzia delle Entrate per la riscossione delle tariffe inevasa.	Numeratore: N. procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza italiana Denominatore: N. totale di utenza italiana che evade al ticket Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione, controllo, monitoraggio e contenimento della cassa economica)	Gestire la cassa economica su delega bancaria del Direttore Generale			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	incidenza delle istanze di approvvigionamento da parte delle UU.OO.CC.	percentuale in crescita		Numeratore: N. Istanze di approvvigionamento da parte delle UU.OO.CC. Denominatore: N. pratiche evase con acquisti di cassa economica Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione organizzativa)	Monitorare il budget straordinario di servizio del personale tutto del PP.OO. di competenza			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale verifiche effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. verifiche effettuate Denominatore: N. 12 verifiche previste Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL. per le competenze contenzioso lavoro entro i termini stabiliti dalla richiesta			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL.	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Esecuzione del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.)	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2019	Procedura di gestione presenze-assenze, ferie permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (full digital)	B.3.6		UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	Tale indicatore assume valore "SI" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no"	SI / NO				5	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2020	Monitorare il budget delle ore di straordinario del personale dei P.O. e alert in caso di sfioramento	B.4.4		UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	Percentuale di comunicazioni alla Direzione Sanitaria e al Servizio Personale dei riepiogativi ore eccedenti il debito orario suddivise per tipologia	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. 4 controlli annuali (1 ogni trimestre) Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2021	Assicurare che tutto il personale sia munito di badge correttamente codificato nel sistema di gestione delle presenze e che lo utilizzi costantemente.	B.4.17		UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		SI/NO				5	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito de l'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 di competenza della propria UOC alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Carmela Cannella
										TOT	100			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

UOC SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALIERI AREA SUD

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso l'implementazione procedure operative per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza straniera.			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale di procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza straniera	percentuale in crescita	Supporto alla Direzione Sanitaria per pratiche relative a prestazioni rese a stranieri ed eventuale invio alla u.o.c. GEF di pratiche assicurative per la fatturazione.	Numeratore: N. procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza straniera Denominatore: N. totale di utenza straniera che non evade al ticket Fattore di scala: *100	100%	13	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il recupero crediti per prestazioni di P.S., codici bianchi.			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale di procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza italiana	percentuale in crescita	Pratiche di codici bianchi inviate all'Agenzia delle Entrate per la riscossione delle tariffe inevase.	Numeratore: N. procedure operative attivate per recupero spesa sanitaria inevasa per utenza italiana Denominatore: N. totale di utenza italiana che evade al ticket Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione, controllo, monitoraggio e contenimento della cassa economica)	Gestire e la cassa economica su delega bancaria del Direttore e Generale			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	incidenza delle istanze di approvvigionamento da parte delle UU.OO.CC.	percentuale in crescita		Numeratore: N. istanze di approvvigionamento da parte delle UU.OO.CC. Denominatore: N. pratiche evase con acquisti di cassa economica Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Gestione organizzativa)	Monitorare il budget straordinario di servizio del personale tutto dei PP.OO. di competenza			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale verifiche effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. verifiche effettuate Denominatore: N. 12 verifiche previste fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL. per le competenze contenzioso lavoro entro i termini stabiliti dalla richiesta			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL.	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Esecuzione del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.)	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2019	Procedura di gestione presenze-assenze, ferie permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (full digital)	B.3.6		UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no"	SI / NO				5	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2020	Monitorare il budget delle ore di straordinario del personale del P.O. e alert in caso di sfioramento	B.4.4		UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	Percentuale di comunicazioni alla Direzione Sanitaria e al Servizio Personale dei riepilogativi ore eccedenti il debito orario suddivise per tipologia	percentuale in crescita		Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. 4 controlli annuali (1 ogni trimestre) Fattore di scala: *100	100%	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa DFP-0080611-P-30/12/2021	Assicurare che tutto il personale sia munito di badge correttamente codificato nel sistema di gestione delle presenze e che lo utilizzi costantemente.	B.4.17		UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		SI/NO				5	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sintetico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>			UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 di competenza della propria UOC alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023	SI/NO			7	UU.OO.CC. Servizi amministrativi ospedalieri		Dott.ssa Camilla Dolce
										TOT	100				

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO														
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
O obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	Logistica- Acquisto DPI (Contenimento della diffusione del COVID-19)	<b>Intensificare e velocizzare le procedure e di acquisto dei DPI e dei presidi sanitari. (Entro 2 mesi)</b>		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	percentuale DPI acquistati	percentuale in crescita	I DPI vengono acquistati dalla protezione civile che li distribuisce alle ASL, l'ABS si occupa solo della logistica ovvero della consegna al magazzino centrale. Laddove non bastassero l'ABS si occupa di acquistarne altri secondo le procedure aziendali. Una volta consegnati al magazzino vengono affidati alla Farmacia che si occupa della distribuzione.	Numeratore: N. DPI acquistati attraverso procedure di acquisto aziendali entro il tempo disponibile per avanzare nelle procedure di acquisto Denominatore: N. DPI non coperti dalla regione Fattore di scala: *100	80%	16	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		Referente aziendale: Dott. Domenico Tomo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Rispettare il cronoprogramma condiviso con il Direttore della farmacia centrale e il Direttore Sanitario		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	percentuale procedure indette	percentuale in crescita	Il cronoprogramma è un programma definito e condiviso con il Direttore del Dipartimento di Farmacia ed il Direttore sanitario, nel quale vengono stabiliti il numero e i tempi richiesti per l'aggiudicazione delle procedure di acquisto.	Numeratore: N. procedure indette Denominatore: N. totale di procedure provviste di capitolato Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		Referente aziendale: Dott. Domenico Tomo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare e gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro la scadenza		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare e gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	numero verifiche annuali effettuate	valore numerico in aumento		N. 24 verifiche annuali	24	16	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare e gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollazione della fattura, variabili tra 30, 60 o 90 gg) e liquidazione della stessa entro la sua scadenza.		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	percentuale fatture liquidate prima della loro scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate prima della loro scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	16	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso Riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposte entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		Referente aziendale: Dott. Domenico Tomo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010205	U.O.C. Acquisizione beni e servizi	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Acquisizione beni e servizi		Referente aziendale: Dott. Domenico Tomo
TOT											100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

## UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il rispetto dei tempi di pagamento programmati. (anno corrente)		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale report trasmessi	percentuale in crescita	I report saranno inviati ai centri competenti alla liquidazione ed alla Direzione Amministrativa	Numeratore: N. report trasmessi Denominatore: 4 Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Referente aziendale Dott. Maurizio Imperatrice
Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la trasmissione trimestrale dei report di monitoraggio del rispetto dei tempi di pagamento programmati attraverso la PCC. (anno corrente)		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale report trasmessi	percentuale in crescita	I report saranno inviati alla Direzione Amministrativa	Numeratore: N. report trasmessi Denominatore: 4 Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Referente aziendale Dott. Maurizio Imperatrice
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il monitoraggio trimestrale dei tempi di protocollazione, smistamento o diniego delle fatture pervenute in azienda		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale report trasmessi	percentuale in crescita	I report saranno inviati alla Direzione Amministrativa	Numeratore: N. report trasmessi Denominatore: 4 Fattore di scala: *101	100%	5	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Fonte: AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso il rispetto dei tempi di pagamento per le fatture liquidate dai centri a ciò preposti entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura.		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale fatture pagate entro i termini	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture pagate entro i termini Denominatore: N. fatture liquidate entro i 15 gg precedenti alla scadenza della fattura Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Riscontrare gli atti giudiziari di competenza economico finanziaria		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria				Numeratore: N. riscontri effettuati Denominatore: N. di atti giudiziari pervenuti di sua competenza Fattore di scala: *101	100%	10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Fonte: Conteggio della corrispondenza con gli AA. LL. Referente aziendale: Dott. Maurizio Imperatrice
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la corretta gestione del ciclo ordine-logistica rispettando il processo aggancio ordine DDT		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale ordini con DDT agganciato	percentuale in crescita		Numeratore: N. ordini con DDT agganciato Denominatore: N. totale di ordini presenti in AREAS Fattore di scala: *100	100%	4	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la Protocollozione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 7gg.		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	Percentuale fatture accettate smistate o rifiutate entro 7 gg dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	4	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	numero verifiche effettuate	valore numerico in crescita		N. 24 verifiche annuali	24	10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso verifica della verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollozione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni < 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	4	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA. LL. Fattore di scala : *100	100%	2	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Piano Certificabilità dei dati e dei bilanci)	Attuare gli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria				Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala : *101		10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Referente aziendale Dott. Maurizio Imperatrice

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Pubblicità e Trasparenza	Aggiornare i dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al D.Lgs. 33/2013		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	SI/NO				SI	4	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Referente aziendale Dott. Maurizio Imperatrice
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	La congruità dei termini rispetto all'oggetto della richiesta, dovrà essere stabilita in accordo con la struttura atta a soddisfare la richiesta	Numeratore: $(\sum \text{risposte immediate alle richieste}) + (\sum \text{risposte alle richieste con n°1 sollecito}) (0,8) + (\sum \text{risposte alle richieste con n° 2 solleciti}) (0,6) + (\sum \text{risposte alle richieste con solleciti} \geq 3) (0)$ Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Referente aziendale Dott. Maurizio Imperatrice
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010204	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Gestione Economica Finanziaria		Referente aziendale Dott. Maurizio Imperatrice
TOT											100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO

## UOC AFFARI LEGALI

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare, in entrata ed in uscita, il contenzioso giudiziario entro termini stabiliti dai vari Codici di Procedura.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	incidenza del numero di costituzioni in giudizio	percentuale in crescita		Numeratore: N. costituzioni in giudizio Denominatore: N. atti giudiziari notificati in entrata Fattore di scala: *100	≥80%	15	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Flussi Regionali)	Allineare i flussi regionali attraverso l'aggiornamento della piattaforma regionale LEGALAPP.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	percentuale contenziosi inseriti su piattaforma LEGALAPP	percentuale in crescita		Numeratore: N. contenziosi inseriti sulla piattaforma LEGALAPP Denominatore: N. atti in entrata notificati Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (supporto tecnico legale)	Garantire il supporto tecnico legale a tutte le strutture della ASL Napoli3 Sud previa richiesta.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste ricevute Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (supporto tecnico legale)	Garantire il supporto alle attività dei Tavoli Tecnici e alla riunioni ove richiesta la consulenza legale.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	percentuale riunioni a cui ha partecipato la UOC Affari Legali	percentuale in crescita		Numeratore: N. riunioni a cui ha partecipato la U.O.C. Affari Legali Denominatore: N. convocazioni ricevute Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 7gg.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari Legali		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Assicurare che tutto il personale sia munito di badge correttamente codificato nel sistema di gestione delle presenze e che lo utilizzi costantemente.	B.4.17	AAC010203	U.O.C. Affari Legali		SI/NO				5	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitorare gli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica periodica dello stato delle fatture aperte non liquidate.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	numero verifiche annuali	valore in crescita		N. 24 verifiche annuali	24	10	U.O.C. Affari Legali		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Dematerializzazione e procedure)	Garantire l'attuazione di procedure di gestione presenze-assenze, ferie permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (ful digital)	B.3.6	AAC010203	U.O.C. Affari Legali	Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no"	SI/NO				5	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la verifica dei tempi previsti per il pagamento della fattura (gg previsti dalla data di registrazione/protocollazione della fattura) e liquidazione della stessa almeno 15 gg prima della sua scadenza.		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	percentuale fatture liquidate entro 15gg	percentuale in crescita	Numeratore: Numero di fatture liquidate (entro i 15gg precedenti alla scadenza della fattura) - La liquidazione deve essere rilevata attraverso AREAS in quanto, oltre alla determina di liquidazione elaborata dal Servizio, dovrebbe esserci un Flag o uno Step del workflow di AREAS che segnala la liquidazione. In fase di monitoraggio, quindi, la formula di calcolo va applicata su ciascuna fattura acquisita, al fine di calcolare, per ognuna di esse entro quanti giorni si è proceduto alla liquidazione. Il valore previsto al numeratore, a questo punto, dovrà considerare le sole fatture con tempi di liquidazioni ≤ 15gg precedenti alla scadenza della fattura, mentre al denominatore andranno tutte le fatture acquisite dal sistema alla data del monitoraggio.	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Affari Legali		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (☑️) risposte immediate alle richieste) + ((☑️) risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + ((☑️) risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + ((☑️) risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010203	U.O.C. Affari Legali	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Affari Legali		Referente aziendale: Dott. Rosa Anna Peluso
										TOT	100			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO TECNICO AMMINISTRATIVO														
UOCC AFFARI GENERALI														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Gestire il sistema assicurativo sinistri attraverso l'invio richieste di relazione e/o documentazione alle strutture aziendali per competenza (PP.OO., Distretti e Dipartimento di Prevenzione) entro i termini previsti dalla normativa (45 gg).		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale di invii richieste di relazione e/o documentazione alle strutture aziendali per competenza (PP.OO., Distretti e Dipartimento di Prevenzione) entro i termini previsti dalla normativa (45 gg).	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste di relazione e/o documentazione inviate entro i termini 45gg alle strutture aziendali di competenza Denominatore: N. totale di richieste totali da inviare Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Tutela legale)	Assicurare il rimborso spese legali previo parere di conformità da parte della U.O.C. Affari Legali.		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale rimborsi effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. rimborsi effettuati Denominatore: N. pareri di conformità di conformità ricevuti dalla U.O.C. AA.LL. Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Garantire la gestione liquidatoria per nome e per conto del Direttore Generale nella qualità di Commissario Liquidatore		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale sentenze eseguite	percentuale in crescita	Gestione e liquidazione dei debiti, contratti dalle disciolte USL, in relazione alle sentenze, con oggetto fatti antecedenti al 31/12/1994, che devono essere eseguite per nome e per conto del Direttore Generale nella qualità di Commissario Liquidatore. *Il totale delle USL che afferivano alla ex Asl Napoli 4 ed ex ASL Napoli 5, è 11.	Numeratore: N. sentenze eseguite Denominatore: N. sentenze ricevute Fattore di scala: *100	80%	8	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Garantire la gestione del patrimonio e monitoraggio dei fitti passivi attraverso la liquidazione dei fitti passivi entro i termini di pagamento stabiliti nei Contratti.		AAC010202	U.O.C. Affari generali	incidenza pagamenti effettuati	percentuale in crescita	*I canoni sono annuali e vengono pagati in tranches: - Giugno - Settembre; - Dicembre.	Numeratore: N. pagamenti effettuati Denominatore: N. locali in fitto passivo Fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Garantire la gestione del patrimonio e monitoraggio dei fitti attivi attraverso la liquidazione trimestrale dei fitti attivi con relativa rendicontazione degli incassi da fitti attivi attraverso le reversali fornite dalla U.O.C. GEF		AAC010202	U.O.C. Affari generali	incidenza rendicontazioni effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. rendicontazioni effettuate Denominatore: reversali fornite dalla U.O.C. GEF Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Supportare la Direzione strategica in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale atti predisposti	percentuale in crescita		Numeratore: N. atti predisposti in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa Denominatore: N. richieste in materia di convenzioni, contratti e protocolli d'intesa pervenute dalla Direzione Strategica Fattore di scala: *100	100%	6	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Flussi informativi Regione Campania)	Produzione dei flussi informativi alla Regione attraverso l'alimentazione dei dati relativi alla denuncia dei sinistri registrati nell'anno di competenza nella piattaforma regionale/ministeriale SIMES.		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale sinistri registrati in piattaforma SIMES	percentuale in crescita		Numeratore: N. sinistri registrati nella piattaforma SIMES Denominatore: N. sinistri totali denunciati nell'anno di competenza Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa (Flussi informativi previsti dal Decreto Legislativo n. 165/2001 art.53)	Produzione dei flussi informativi previsti dal Decreto Legislativo n. 165/2001 art.53 attraverso l'implementazione dei dati, nella piattaforma "Anagrafe delle Prestazioni", dei consulenti esterni in collaborazione con l'ASL Napoli 3 Sud.		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale consulenti registrati in piattaforma	percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenti registrati nella piattaforma Denominatore: N. totale di consulenti esterni comunicati dalle articolazioni aziendali	1	7	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali attraverso la protocollazione, smistamento o diniego delle fatture e ricevute entro 7gg.		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7 giorni dalla data di ricezione	percentuale in crescita		Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala: *100	100%	6	U.O.C. Affari generali		AREAS (S.I. AMMINISTRATIVO CONTABILE)
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Amministrativa	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. Fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Affari generali		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010202	U.O.C. Affari generali	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è già in possesso e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010202	U.O.C. Affari generali	SI/NO		Entro il 31 gennaio 2023	SI/NO		7	U.O.C. Affari generali		Referente aziendale: Dott.ssa Carmela Frontoso
										TOT	100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

## DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE - INCARICO COMITATO ETICO, SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	GOVERNO CLINICO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<b>Emergenza Covid: monitoraggio giornaliero dei PP.LL. Covid nei PP.OO. Aziendali</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	percentuale ospedali monitorati			Numeratore: n. di ospedali monitorati durante l'anno di rif. Denominatore: n. di ospedali da monitorare (5); fattore di scala:*100	100%	13	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI	<b>Emergenza Covid: alimentazione del flusso informativo verso la Regione e il Ministero MEDIANTE UTILIZZO DI APP CERTIFICATE REGIONALI</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	percentuale report caricati in app			Numeratore: n.report caricati in app Denominatore: n. di report da caricare mensilmente (30); fattore di scala:*100	100%	10	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	<b>Emergenza Covid: predisposizione del piano della rete ospedaliera aziendale in hub e spoke</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	si/no				si	10	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	Mobilità Sanitaria Internazionale	<b>Mobilità Sanitaria Internazionale: rendicontare spesa sanitaria per gli STP</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	n. report inviati annuali				1	10	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	Mobilità Sanitaria Internazionale	<b>Mobilità Sanitaria Internazionale: fatturazione dei modelli S1</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	n. report inviati annuali				1	10	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	ASSISTENZA TERRITORIALE	<b>Emergenza Ucraina: organizzazione hub e spoke aziendali per vaccinazione, rilascio STP e tamponi anti Sars-CoV 2</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	si/no				si	10	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	GOVERNO CLINICO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<b>Sperimentazioni cliniche: controllare e monitorare degli studi sperimentali interventistici, studi osservazionali e rapporti con l'Osservatorio AIFA</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	n. relazioni annuali di approvazione studi				1	10	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	GOVERNO CLINICO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<b>Autorizzazione per farmaci off label e per uso compassionevole secondo la normativa vigente</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	percentuale pareri autorizzativi rilasciati			Numeratore: n. pareri autorizzativi rilasciati Denominatore: n.richieste di autorizzazione ricevute conformi alla normativa vigente fattore di scala: *100	100%	5	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA	GOVERNO CLINICO E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<b>Gestione rapporti tra l'Azienda e Sponsor, CRO e principal investigator coinvolti nella ricerca clinica</b>			DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SI/NO				si	5	DIREZIONE SANITARIA		DOTT.CELESTINO TODISCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>				percentuale note riscontrate	percentuale in crescita		Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10			DOTT.CELESTINO TODISCO
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>				SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7			DOTT.CELESTINO TODISCO
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO														
PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Flussi informativi	<b>Monitoraggio giornaliero PP.SS.</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale				Numeratore:N.report inviati Denominatore: N.report da inviare (356) fattore di scala: *100	100%	5		100%	Maria Antonia Di Palma
LEA	Flussi informativi	<b>Monitoraggio ALPI</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale				Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare (4) fattore di scala: *100	100%	10		100%	Maria Antonia Di Palma
LEA	Flussi informativi	<b>Monitoraggio Prestazioni Taccianti Istituzionali</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale				Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare (4) fattore di scala: *100	100%	10		100%	Maria Antonia Di Palma
Griglia LEA aziendale	Flussi informativi	<b>Monitoraggio Prestazioni Taccianti Privato Accreditato</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale				Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare (4) fattore di scala: *100	100%	10		100%	Maria Antonia Di Palma
ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Organizzazione socio sanitaria	<b>Monitoraggio Prestazioni in Hospice e SUAP</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale				Numeratore: N.incontri TT Denominatore: N.incontri programmati (2) fattore di scala: *100	100%	10		100%	Maria Antonia Di Palma
ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Staff Direzione Sanitaria Aziendale	<b>Decretazione posta in entrata Direzione Aziendale</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale				Numeratore: N.posta assegnata Denominatore: N. posta gestita (20 decretazioni alla settimana) fattore di scala: *100	100%	5		100%	Maria Antonia Di Palma
ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Programmazione Sanitaria	<b>PdPD /Piano del Fabbisogno/Revisione Atto Aziendale</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale	SI/NO					8		SI	Maria Antonia Di Palma
ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Flussi informativi	<b>Monitoraggio Griglia LEA</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale	SI/NO					5		SI	Maria Antonia Di Palma
Piano di contenimento per la SARS cov 2	Organizzazione Sanitaria	<b>Piano Vaccinale Aziendale</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale			Raggiungimento della campagna vaccinale aziendale almeno 80%			20		100%	Maria Antonia Di Palma
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>			ipas Affari Istituzionali/direzione sanitaria aziendale	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.		Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10			Maria Antonia Di Palma

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni			ipas Affari istituzionali/direzione sanitaria aziendale	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7			Referente aziendale: Dott. M. Antonia Di Palma
										<b>TOT</b>	<b>100</b>			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

## UOSD ASSISTENZA ANZIANI FRAGILI E DEMENZA

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Tabella LEA 2021 Distrettuale	Assistenza sociosanitaria residenziale	Garantire assistenza ad anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	D332 Res	AAD020945	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	valore numerico in aumento		Totale assistiti di età >75 aa in trattamento R3/ popolazione residente di età >75 aa * 1000 ab. Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il trattamento di livello di intensità più elevato.	24,6	20	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	Assistenza Sanitaria	Effettuare lo screening dei tamponi per il contenimento della diffusione del COVID-19 nelle strutture di comunità.		AAD020945	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	percentuale tamponi effettuati	percentuale in crescita		Numeratore: N. tamponi effettuati Denominatore: N. popolazione ospitata nelle strutture di comunità Fattore di scala:*100	100%	8	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19	Gestione organizzativa	Garantire il Contact Tracing dei pazienti positivi al COVID-19		AAD020945	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	percentuale pazienti positivi tracciati	percentuale in crescita	l'obiettivo sarà attivato nell'annualità 2022 solo se l'emergenza nazionale COVID-19 perdurerà nell'anno di riferimento	Numeratore: N.pazienti positivi tracciati Fattore di scala:*100 Denominatore: N. totale pazienti positivi rilevati	100%	5	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza sociosanitaria residenziale	Ridurre del 30% delle cadute accidentali in RSA aziendale nell'anno 2022, del 40% nell'anno 2023 e 50% nell'anno 2024		AAD020945	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	percentuale cadute accidentali	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. cadute accidentali 2022 - N. cadute accidentali 2021 Denominatore: N. cadute accidentali 2021 Fattore di scala:*100	-30%	20	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Assistenza sociosanitaria residenziale	Ridurre del 30% delle liste d'attesa per accesso alle RSA.		AAD020945	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	percentuale prestazioni erogate	percentuale in diminuzione		Numeratore: N. prestazioni erogate 2022- N. prestazioni erogate 2021 Denominatore: N. prestazioni erogate 2021 Fattore di scala:*100	-30%	20	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Gestire mensilmente gli scarichi dall'armadietto informatizzato (entro il giorno 28 di ogni mese)		AAD020945	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	percentuale scarichi eseguiti	percentuale in crescita	obiettivo riferito all'armadietto farmaceutico della RSA Gradoni di Portici	Numeratore: N. scarichi eseguiti (minimo uno scarico mensile) Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD02935	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD02935	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.S.D. Assistenza anziani fragili e demenza		Referente aziendale: Dott. Antonio Coppola
<b>TOT</b>											<b>100</b>			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

## UOSD ULCERE CUTANEE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria (Applicazione PDTA Cure lesioni cutanee)	Incrementare del 3% il trattamento terapeutico pazienti affetti da lesioni cutanee croniche con terapia a pressione negativa domiciliare rispetto all'anno 2019		AAD02935	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee	incremento pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare	percentuale in crescita		Numeratore: N. pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare 2022 - N. pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare 2019 Denominatore: N. pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare 2019 Fattore di scala: *100	≥3%	30	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee		Piattaforma SISTE/ Dott. Marina Galdi
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Riduzione liste d'attesa. Abbattimento delle liste di attesa, attraverso la riduzione del tempo medio (in GG) per l'erogazione delle prestazioni afferenti alle ulcere cutanee		AAD02935	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee	incidenza percentuale	percentuale in diminuzione	*si fa presente che l'impegno del Dottore Giliberti nella realizzazione dell'obiettivo è condizionato dalla presenza o dalla disponibilità di specialisti ambulatoriali nella branca che deve essere garantito dall'U.O.C. GRU. Pertanto il Dottore fornirà in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo le richieste inevase inviate alla U.O.C. GRU.	Numeratore: Tempo medio (in GG) che intercorrono tra [data_prenotazione] e [data erogazione] 2022 Denominatore: Tempo medio (in GG) che intercorrono tra [data_prenotazione] e [data erogazione] 2021 Fattore di scala: *100	≤97%	30	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee		Referente aziendale: Dott. M. Antonia Di Palma
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria (Applicazione PDTA ferite difficili)	Incrementare del 3% degli interventi legati al PDTA ferite difficili		AAD02935	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee	percentuale di incremento interventi	percentuale in crescita	*si fa presente che l'impegno del Dottore Giliberti nella realizzazione dell'obiettivo è condizionato dalla disponibilità di sala operatoria	Numeratore: N. interventi per diagnosi di ferite difficili 2022 - N. interventi per diagnosi di ferite difficili 2021 Denominatore: N. interventi per diagnosi di ferite difficili 2021 Fattore di scala: *100	≥3%	23	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee		Referente aziendale: Dott. Marino Ciliberti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD02935	TUTTE LE UU.OO.CC	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n°2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee		Referente aziendale: Dott. Marino Ciliberti
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD02935	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.S.D. Rete ulcere cutanee		Referente aziendale: Dott. Marino Ciliberti
										TOT	100			

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

## UOSD NUTRIZIONE ARTIFICIALE E DOMICILIARE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Valutare lo stato nutrizionale per i pazienti adulti domiciliati nel territorio dell'ASL Napoli 3 sud ed eventuale elaborazione di piano terapeutico attraverso la consulenza di nutrizione artificiale domiciliare (NAD) adulti sull'intero territorio aziendale.		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	numero consulenze effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste di consulenza pervenute Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Valutare lo stato nutrizionale per i pazienti bambini domiciliati nel territorio dell'ASL Napoli 3 sud ed eventuale elaborazione di piano terapeutico attraverso la consulenza di nutrizione artificiale domiciliare (NAD) bambini sull'intero territorio aziendale.		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	numero consulenze effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste di consulenza pervenute Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Incrementare il numero di posizionamenti/sostituzioni delle sonde nasogastriche(SNG) per pazienti domiciliati nel territorio aziendale attraverso il riscontro delle prestazioni domiciliari ai pazienti in nutrizione Enterale per SNG.		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	incremento prestazioni domiciliari effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per SNG 2022 - Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per SNG 2021 Denominatore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per SNG 2021 Fattore di scala: *100	≥5%	13	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Incrementare il numero di sostituzioni delle PEG per pazienti domiciliati nel territorio aziendale attraverso il riscontro delle prestazioni domiciliari ai pazienti in nutrizione enterale per PEG.		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	incremento prestazioni domiciliari effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per PEG 2022 - Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per PEG 2021 Denominatore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per PEG 2021 Fattore di scala: *100	≥5%	13	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Valutare lo dello stato nutrizionale per i pazienti che afferiscono all'ambulatorio NAD (tramite le PUA e per richiesta delle strutture regionali o tutte le altre strutture che la richiedono), ed eventuale elaborazione di piano terapeutico attraverso la consulenza ambulatorio NAD		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	numero consulenze effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenza effettuate Denominatore: N. consulenze richieste (a mezzo mail) Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Inviare mensilmente i dati utili per il flusso LEA SOCIOSAN		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	numero report inviati	percentuale in crescita		Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 12 Fattore di scala: *100	100%	12	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD020940	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023			7	U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare		Referente: Dott. Vincenzo Zurlo	
TOT											100				

## STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

## UOSD DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target Indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Realizzare un manuale operativo per il corretto utilizzo dell'attrezzatura medica per lo screening delle complicanze del diabete mellito (ultrabiotesiometro, neurotester, minidoppler, diapason, telepodometro).		AAD020950	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche	numero manuali operativi		*L'attrezzatura medica per lo screening delle complicanze del diabete mellito (ultrabiotesiometro, neurotester, minidoppler, diapason, telepodometro) è a disposizione in 7 Distretti (ovvero DS 48, DS 51, DS 52, DS 54, DS 57, DS 58, DS 59) ai sensi del DGR n. 330/2016 e Delibera Direzione Generale nn. 19/2016 e 848/2017.	N. 1 manuale operativo	1	30	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche		Referente aziendale: Dott.ssa Annunziata Grasso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria	Sensibilizzare il buon uso dell'attrezzatura medica per lo screening delle complicanze del diabete mellito attraverso almeno due corsi di formazione annuali per il personale dedicato.		AAD020950	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche	numero corsi di formazione realizzati		*L'attrezzatura medica per lo screening delle complicanze del diabete mellito (ultrabiotesiometro, neurotester, minidoppler, diapason, telepodometro) è a disposizione in 7 Distretti (ovvero DS 48, DS 51, DS 52, DS 54, DS 57, DS 58, DS 59) ai sensi del DGR n. 330/2016 e Delibera Direzione Generale nn. 19/2016 e 848/2017.	Istituire almeno n. 1 corso di formazione per semestre dedicato al Team diabetologico dei 7 Distretti	2	23	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche		Referente aziendale: Dott.ssa Annunziata Grasso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Indicatori Tematici Asl Napoli3 Sud Allegato B Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019 Delibera Direttore Generale n. 754 del 02/09/2019 Delibera Direttore Generale n. 754 del 02/09/2019	Riduzione nel primo anno del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco attraverso il monitoraggio della percentuale del numero di ricoveri nell'anno 2022 per complicanze a breve e lungo termine per diabete		AAD020950	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche	percentuale ricoveri in età adulta	percentuale in diminuzione	La percentuale di riduzione va calcolata a partire dal numero di ricoveri dall'anno 2018	Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 - N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2018 Fattore di scala: *100	-10%	15	UOC Governo Funzione Ospedaliera		Referente aziendale: Dott.ssa Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Indicatori Tematici Asl Napoli3 Sud Allegato B Delibera Giunta Regionale n.372 06/08/2019 Delibera Direttore Generale n. 754 del 02/09/2019 Delibera Direttore Generale n. 754 del 02/09/2020	Riduzione del rapporto standardizzato tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente espresso per 1.000.000 abitanti attraverso il monitoraggio annuale del rapporto standardizzato tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente espresso per 1.000.000 abitanti		AAD020950	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche	rapporto numerico con fattore di scala 1.000.000	valore in diminuzione	Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9 - CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e Intervento principale cod. ICD - 9 - CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.	Numeratore: N. di dimissioni per intervento di amputazione maggiore nei residenti con età ≥ 18 anni Denominatore: N. di soggetti con età ≥ 18 anni	≤ 15 per 1.000.000 ab	15	UOC Governo Funzione Ospedaliera		Referente aziendale: Dott.ssa Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAD020950	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche		Referente aziendale: Dott.ssa Annunziata Grasso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAD020950	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023			7	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche		Referente aziendale: Dott.ssa Annunziata Grasso
										TOT	100			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO														
UOC MEDICINA LEGALE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria (Attività Commissione Medica Locale Patenti Speciali)	Incrementare del 10% le attività di visita per atti. 186 e 187 cds- Verifica ai sensi dell' art. 128 cds.		AAC010306	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa	percentuale di pratiche registrate	percentuale in crescita		Numeratore: N. pratiche registrate 2022 - N. pratiche registrate 2021 Denominatore: N. pratiche registrate 2021 Fattore di scala: *100	≥10%	20	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa		Fonte dati: Verbale sedute commissione Referente aziendale: Dott.re La Rana Mattia
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria (Attività Consulenze Tecniche di Parte)	Incrementare del 30% il numero di consulenze Tecniche di Parte Aziendale.		AAC010306	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa	percentuale di consulenze effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. consulenze effettuate 2022 - N. consulenze effettuate 2021 Denominatore: N. consulenze effettuate 2021 Fattore di scala: *100	≥30%	20	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa		Fonte dati: Registri delle visite Referente aziendale: Dott.re La Rana Mattia
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria (Attività del Collegio Medico Aziendale)	Rispettare i tempi di attesa stabiliti dalla norma (entro 60gg) per il rilascio pareri per le attività Prefettura e Comuni, Attività per idoneità del personale aziendale, attività riconoscimento danno biologico da criminalità organizzata e vittime del terrorismo.		AAC010306	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa	percentuale pareri rilasciati entro 60gg	percentuale in crescita		Numeratore: N. pareri rilasciati entro i 60 gg Denominatore: N. istanze presentate Fattore di scala: *100	100%	30	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa		Fonte dati: Dott.re Salva /Segreteria Collegio Medico
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Area Sanitaria (Attività di necropsopia)	Attivare il turno di reperibilità per attività di sopralluogo giudiziario. (Elaborazione di un report mensile inerente la pianificazione dei turni per i medici legali aziendali).		AAC010306	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa	percentuale report elaborati con pianificazione dei turni di reperibilità	percentuale in crescita	(Elaborazione di un report mensile inerente la pianificazione dei turni per i medici legali aziendali).	Numeratore: N. report elaborati con pianificazione dei turni di reperibilità Denominatore: 12 Fattore di scala: *100	100%	13	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa		Referente aziendale: Dott.re La Rana Mattia
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010306	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa		Referente aziendale: Dott.re La Rana Mattia
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010306	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.C. Medicina legale pubblica valutativa		Referente aziendale: Dott.re La Rana Mattia
										TOT	100			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO														
UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE														
Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico (Sviluppo ed innovazione delle competenze)	Realizzazione di corsi di formazione fuori piano su richiesta delle strutture e approvate dalla Direzione Strategica		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	percentuale corsi realizzati	percentuale in crescita		Numeratore: N. corsi realizzati Denominatore: N. corsi su disposizione della Direzione Strategica Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico (Sviluppo ed innovazione delle competenze)	Incrementare l'attività formativa presso il Centro di formazione e simulazione avanzata Alchimete.		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	percentuale corsi realizzati	percentuale in crescita		Numeratore: N. corsi effettuati 2022 - N. corsi effettuati 2021 Denominatore: N. corsi effettuati 2021 Fattore di scala: *100	10%	10	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico	Attivazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	percentuale richieste adempiute	percentuale in crescita	Supporto, previa richiesta, delle unità operative per la formazione in materia di Esecuzione del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.	Numeratore: N. richieste adempiute Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico	Monitoraggio del contenzioso giudiziario attraverso il riscontro alle note di richiesta di relazione e documentazione inviate dalla U.O.C. AA.LL.		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	percentuale richieste ottemperate	percentuale in crescita		Numeratore: N. richieste ottemperate Denominatore: N. richieste inviate dalla U.O.C. AA.LL. fattore di scala: *100	100%	8	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico	Certificazione di fedeltà per accreditamento con Presidi FAD ECM- Aziendale		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	SI/NO				SI	10	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico (Sviluppo ed innovazione delle competenze)	Progettare e realizzare di n.6 corsi di formazione sistema di Misurazione e Valutazione Performance in modalità residenziale per i Direttori di Struttura		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	Tasso di adempimento	percentuale in crescita		Numeratore: N. corsi realizzati Denominatore: n. 6 previsti Fattore di scala: *100	100%	15	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto del Governo Clinico (Esecuzione del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci.)	<b>Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certicabilità dei dati e dei bilanci</b>		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	percentuale adempimenti eseguiti	percentuale in crescita		Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nel PAC Fattore di scala: *100	100%	10	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato:  (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	<b>Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni</b>		AAC010305	U.O.C. Sviluppo e formazione risorse umane	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O.C. Formazione e sviluppo risorse umane		Referente aziendale: Dott.ssa Comito
										TOT	100			

STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

UOC GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	DM 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"	Monitorare per presidio dei ricoveri ARI/ non ARI in regime di ricovero ordinario. Promozione di eventuali azioni di correzione.		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	numero monitoraggi annuali numero audit annuali		Rilevazione della percentuale dei ricoveri ARI/ non ARI, in regime di ricovero ordinario per struttura di ricovero a gestione indiretta. Almeno n.2 audit annui per struttura accreditata. Almeno n.2 audit gestione diretta disciplina Chirurgia Generale	N. monitoraggi annuali N. audit annuali	2 22	15	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	DM 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"	Monitorare per punto nascita accreditato la percentuale di parti cesarei primari. Promozione di eventuali azioni di correzione.		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	numero monitoraggi annuali numero audit annuali		Rilevazione della percentuale dei parti cesarei primari per punto nascita insistente sul territorio aziendale tramite l'elaborazione di monitoraggi periodici. Audit strutture accreditate	N. monitoraggi annuali N. audit annuali	2 10	15	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi del D. G. - Delibera 372/2019- Formazione specifica per l'area ospedaliera	Monitorare i ricoveri medici in area chirurgica. Promuovere attività per il raggiungimento dell'obiettivo.		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	numero monitoraggi annuali numero audit annuali		Analisi della Delibera 372/2019 di nomina del Direttore Generale dell'azienda con i relativi obiettivi periodici. Audit con UU.OO.CC. di chirurgia generale	N. monitoraggi annuali N. audit annuali	2 10	15	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi del D. G. - Delibera 372/2019- Formazione specifica per l'area ospedaliera	Formazione specifica per il personale dirigente sugli indicatori LEA di Area ospedaliera		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	numero corsi di formazione			N. corsi di formazione programmati	Almeno 1	3	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Rete ospedaliera aziendale - DCA 103/2019	Supportare la Direzione Sanitaria ai fini della progettazione organizzativa e pianificazione strategica del governo clinico. Partecipazione alla predisposizione ed attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA103/2019) ed al piano regionale di programmazione della rete territoriale		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	SI/NO		Rimodulazione organizzativa della rete ospedaliera aziendale così come individuata dal piano ospedaliero regionale. Coadiuvare la Direzione strategica nell'identificazione ai fini programmatori della domanda assistenziale ospedaliera cui dare risposta. Analisi dell'atto aziendale ed istruttoria per l'aggiornamento dell'atto aziendale per l'area Ospedaliera.		SI	10	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Gestione crisi	Supportare il Direttore Sanitario nelle attività riferite alla gestione crisi; Gestione emergenza COVID-19 attraverso il monitoraggio dei posti letto;		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	numero di monitoraggi eseguiti al giorno			N. 1 monitoraggio giornaliero	1	5	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Performance- Collaborazione con la U.O.C. VRU e performance	Istruttoria per il raggiungimento degli obiettivi performance. Misurazione degli obiettivi del Direttore Generale riconducibili ai LEA ospedalieri ed individuazione degli obiettivi da proporre alla Direzione strategica per il raggiungimento dei LEA.		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	SI/NO		Supporto alla U.O.C. VRU e performance e alla U.O.C. Controllo di gestione per l'individuazione degli obiettivi di performance dell'area ospedaliera.		SI	10	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Supporto al Governo Clinico	Rendicontare i flussi dei dati ricevuti Controllo e verifica del flusso dei ricoveri con relazione per la Direzione strategica		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	SI/NO				SI	10	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell' algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti >= 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010303	U.O.C. Governo funzione ospedaliera	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O.C. VRU e Performance entro il 31 gennaio 2023			7	U.O.C. Governo funzione ospedaliera		Referente aziendale: Dott. Rita Pagnotta
										TOT	100			

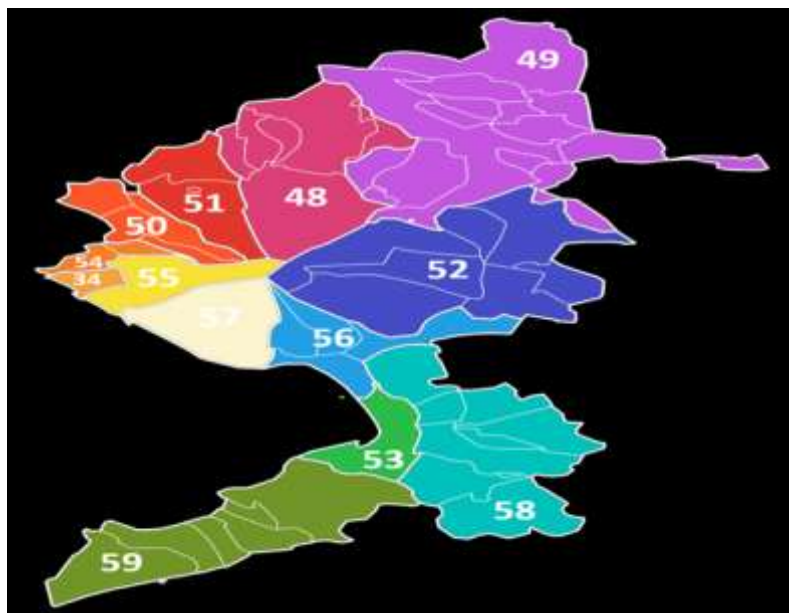
STRUTTURE SUPPORTO GOVERNO CLINICO

UOC CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE

Sezione obiettivi	Area Tematica	Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	Codice Obiettivo	Codice CDC	Descrizione CDC	Indicatore (descrizione)	Indicatore (regola di calcolo)	Note elaborate a seguito dell'incontro con il referente designato	Algoritmo	Target indicatore	PESO	Area rilevazione dati	ESITO al 31/01/2023	Referente del dato	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Adempimenti Regionali (Invio Flusso CRE)	Realizzare Audit e webinar per la Gestione delle ICA (FLUSSO CRE).		AAC010302	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure	percentuale webinar realizzati	percentuale in crescita	UU.OO. Da coinvolgere nel processo virtuoso delle ICA (attraverso il gestionale ICAAROWEB) UU.OO. Area Critica (TIN; Rianimazione; MCAU) UU.OO. Area Chirurgica (Chirurgia Generale; Ginecologia; Ortopedia)	Numeratore: N. webinar realizzati Denominatore: N. webinar programmati (2 webinar/anno) Fattore di scala: *100 Numeratore: N. Audit realizzati Denominatore: N. Audit programmati (1 per ospedale) Fattore di scala: *100	100%	30	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure		Referente aziendale: Dott. Edvige Cascone	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Governo Clinico (Fotografia del rischio)	Evoluzione del sistema di segnalazione whistleblowing mediante gestionale dedicato TALETEWEB attraverso l'informatizzazione della segnalazione l'uso del gestionale dedicato Taleteweb. (condizionato dalla funzionalità del sistema)		AAC010302	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure	percentuale segnalazioni prese in carico	percentuale in crescita	Il processo di informatizzazione della segnalazione richiede la partecipazione al corso di formazione FAD già disponibile	Numeratore: N. segnalazioni prese in carico Denominatore: N. Totali segnalazioni Fattore di scala: *100	100%	30	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure		Fonte: AGENAS Referente aziendale: Dott. Edvige Cascone	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Governo Clinico	Monitorare il contenzioso giudiziario attraverso l'analisi degli eventi segnalati dalla U.O.C. AA.LL. attraverso		AAC010302	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure	percentuale analisi effettuate	percentuale in crescita		Numeratore: N. analisi effettuate Denominatore: N. eventi segnalati Fattore di scala: *100	100%	13	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure		Fonte dati: Dott. Rosa Anna Peluso	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Aggiornamento del sito aziendale		AAC010302	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure	SI/NO				SI	10	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure		Referente aziendale: Dott. Edvige Cascone	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta		AAC010302	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure	percentuale note riscontrate	percentuale in crescita	Nella compilazione dell'algoritmo si considerino esclusivamente le note richiedenti informazioni/dati di cui si è titolari e a cui è espressamente indicata una richiesta di risposta entro un tempo definito.	Numeratore: (Σ risposte immediate alle richieste) + (Σ risposte alle richieste con n°1 sollecito) (0,8) + (Σ risposte alle richieste con n° 2 solleciti) (0,6) + (Σ risposte alle richieste con solleciti ≥ 3) (0) Denominatore: Totale richieste pervenute Fattore di scala: *100	Il punteggio è così assegnato: (0-40%) 0 punti; (41%-60%) 6 punti; (61%-80%) 8 punti; (81%-100%) 10 punti;	10	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure		Referente aziendale: Dott. Edvige Cascone	
Ulteriore prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'Azienda	Obiettivi Aziendali (regolamentazione interna)	Trasmissione degli atti alla U.O.C. VRU e Performance entro i termini previsti espletando le procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni		AAC010302	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure	SI/NO		Trasmissione di tutte le documentazioni e gli atti inerenti la Performance 2022 alla U.O. C. VRU e Performance: entro il 31 gennaio 2023		SI	7	U.O. C. Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure		Referente aziendale: Dott. Edvige Cascone	
											TOT	100			



*Piano Performance 2022 - 2024*  
*Direttiva Annuale*  
*Direttore Generale anno 2022*



## INDICE

1. PREMESSA .....	pg 4
2. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA.....	pg 5
3. IDENTITA'.....	pg 6
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO.....	pg 8
5. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	pg 14
6. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI TRIENNIO 2022 - 2024.....	pg 26
7. OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI 2022 .....	pg 64
ALL.1 SCHEMA OBIETTIVI 2022-2024.....	pg 72
ALL.2 OBIETTIVI NEGOZIATI 2022.....	pg 119

## 1.       **PREMESSA**

Il **Piano della performance**, previsto all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017, è il documento programmatico triennale attraverso il quale l'Azienda individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo della performance che, ai sensi di quanto previsto all'art. 4 del D.Lgs. n. 150/2009, deve essere sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

In risposta alle specifiche disposizioni normative emanate negli ultimi anni, il Piano della Performance viene inoltre articolato in coerenza con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT).

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti. Il Piano della performance è uno strumento per migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, mostrando i percorsi realizzati e guidando i comportamenti dei singoli, nonché uno strumento di accountability, comunicando anche all'esterno ai propri portatori di interessi priorità e risultati attesi.

Il presente documento è redatto in coerenza con gli obiettivi di pianificazione strategica definiti nei programmi operativi regionali nel settore sanitario, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico - finanziaria della Regione Campania, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, oltre che con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali, tenendo presente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e il proseguimento dello stato emergenziale con il contrasto alla Pandemia sanitaria COVID-19.

Parte integrante del presente Piano è il **Documento di Direttive**, strumento di programmazione annuale che indica, in aderenza ai contenuti del Piano triennale aziendale, gli obiettivi per l'anno di riferimento nonché indicazioni per la formulazione del budget.

## 2. SINTESI INFORMAZIONI DI INTERESSE: PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

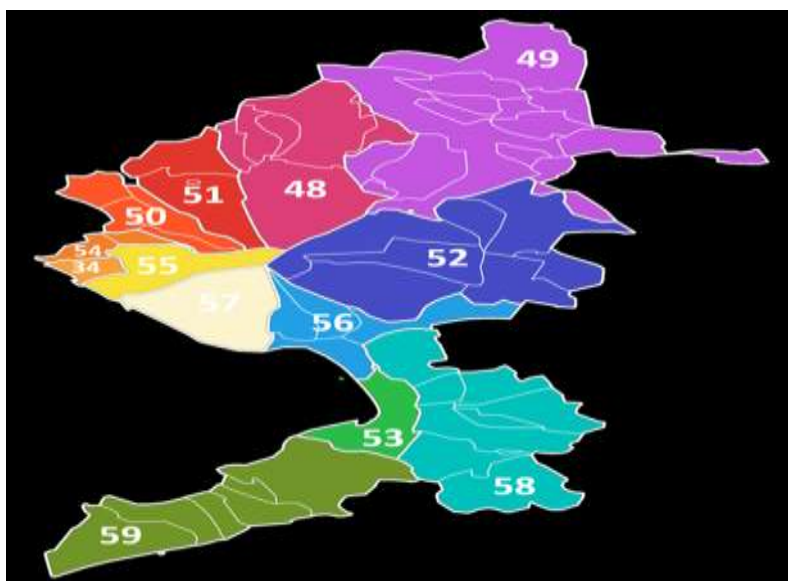
### Chi Siamo, Cosa Facciamo, Come Operiamo

L'Azienda sanitaria locale Napoli 3 Sud, di seguito denominata "Azienda" si è costituita il 20 marzo 2009, mediante l'accorpamento della ex ASL Na 4 e ex ASL Na 5, ai sensi della legge regionale 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul Burc n. 48 ter del 1 dicembre 2008.

La sede legale dell'Azienda è Via Marconi n.66 (ex Presidio Bottazzi) - Torre del Greco.

Il sito ufficiale internet è all'indirizzo web: <http://www.aslnapoli3sud.it>.

L'Azienda è un ente senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Campania avente la finalità di assicurare, nel proprio territorio di competenza, la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.



L'Azienda opera nel rispetto dei principi sanciti dal dettato Costituzionale, dal D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i, da altre norme della legislazione nazionale, nonché dalle norme che la Regione Campania emana nell'ambito della propria autonomia.

Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'Azienda e assicura l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa dell'Azienda stessa. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

L'autonomo e pieno esercizio da parte del Direttore Generale delle funzioni gestionali dell'Azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- a. alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;

b. alla Conferenza dei Sindaci, che partecipa alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;

c. al Collegio Sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e di verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati. Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Strategica Aziendale, che assicura le funzioni generali di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano per specifica responsabilità e competenza alla gestione dell'Azienda.

Ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, sono organi dell'Azienda:

- Il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

L'Azienda per il suo funzionamento è organizzata in strutture di diversa complessità e dimensione, che presentano al loro interno quali articolazioni:

- i Dipartimenti e le Aree funzionali intra o inter-dipartimentali;
- le Unità operative complesse (UOC);
- le Unità operative semplici dipartimentali (UOSD);
- le Unità operative semplici (UOS).

### **3. IDENTITA'**

#### **3.1 La Mission**

L'attività dell'Azienda è indirizzata alla produzione, all'acquisizione ed all'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria per la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel territorio, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche e in coerenza con le evidenze epidemiologiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali, il rispetto degli obiettivi costituzionali nonché dei vincoli di bilancio definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'Azienda persegue la propria missione nella consapevolezza di concorrere a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute garantendo: l'equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario regionale; la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale; la globalità dell'intervento assistenziale, in base alle necessità individuali e collettive, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza.

L'Azienda svolge la sua azione ispirandosi ai seguenti valori:

- centralità della persona
- equità e uguaglianza

- trasparenza e integrità
- sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti del SSR
- ricerca ed innovazione
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'attività amministrativa
- integrazione tra ospedale e territorio
- integrazione socio sanitaria

### 3.2 L'identificazione delle aree di intervento

I Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che l'ASL Napoli 3 Sud fornisce a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), sono organizzati in tre grandi aree:

L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA
Comprende tutte le attività di prevenzione primaria e alcune di prevenzione secondaria rivolte alla collettività e ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento e dagli altri rischi in ambiente di vita, tutela dai rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, vaccinazioni e altre forme di prevenzione delle malattie infettive, tutela degli alimenti, programmi di diagnosi precoce, medicina legale.	Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERD, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)	In pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Nel rispetto delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- a) garantire i livelli essenziali di assistenza;
- b) garantire su tutto il territorio della ASL uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- c) garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio della ASL CE;
- d) garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;
- e) garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- f) promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- g) promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- h) ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- i) promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- l) promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- m) attuare campagne di educazione e promozione della salute.

Nel secondo semestre 2020 la Direzione Strategica ha inteso aggiungere in dettaglio:

- Intervento di potenziamento delle Risorse Umane con un piano straordinario di

assunzione e distabilizzazione del personale precario e di formazione/aggiornamento per quello esistente;

- Intervento di radicale ammodernamento tecnologico;
- Piano di utilizzo ottimale delle risorse: investimenti;
- Piano dell'edilizia sanitaria;
- Potenziamento dell'assistenza territoriale;
- Miglioramento del confort ospedaliero e dei servizi alberghieri.
- Rafforzare, inoltre, la funzione di committenza rispetto ai fabbisogni della popolazione, attivare un programma aziendale di investimenti in sanità Digitale per tendere alla migliore governance del sistema salute-sanità per accogliere in tempo reale i dati del rapporto domanda di salute-offerta di servizio (big data) con uno stanziamento triennale di 1,5 milioni di euro con particolare riferimento alla e-health e ICT. .In particolare potenziare la gestione informatizzata delle patologie croniche.

### **3.3 L' Azienda in cifre**

Per i dati utili a fornire un quadro di riferimento generale, inerenti le attività di seguito elencate, si rimanda alla pagina web "Amministrazione Trasparente":

- Attività di Ricovero;
- Attività di Pronto Soccorso;
- Attività Specialistica Ambulatoriale;
- Attività di Prevenzione
- Attività DSM
- Attività ADI (assistenza domiciliare integrata)
- Attività SerD

Dalla verifica dei predetti dati si evince che durante l'emergenza COVID si è rilevata una riduzione delle prestazioni.

Obiettivo delle singole UU.OO., titolari delle attività di cui sopra, è aggiornare i predetti dati almeno con cadenza trimestrale

Per i dati inerenti i punti di seguito elencati, si rimanda alla pagina web "Amministrazione Trasparente":

- ✓ Risorse Umane;
- ✓ Dati Economici.

I titolari dei predetti dati, con cadenza trimestrale, avranno cura di aggiornare gli stessi.

I dati di produzione, di specifica competenza dei titolari, Direttori Dipartimenti, Direttori di PP.OO., Direttori di Distretti Sanitari, Direttori di UU.OO.CC. e Responsabili di SS.SS.DD., vanno monitorati dall'U.O.C. Controllo di Gestione. La pubblicazione dei dati di produzione sono attestati dal Responsabile della Trasparenza.

### **3.4 Identità dell'ASL Napoli 3 Sud**

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud si estende su una superficie di 635,30 Km<sup>2</sup> ed è

caratterizzata dalla presenza di terreno pianeggiante per poco più della metà del totale, con una significativa estensione costiera, mentre per la rimanente parte il terreno è di natura collinare e montuosa. Dal punto di vista amministrativo, l'Azienda è competente a garantire i LEA alle cittadine e ai cittadini di 57 comuni, organizzati rispettivamente in 13 distretti socio-sanitari.

Secondo i dati ISTAT, la popolazione residente al 1° gennaio 2020 ammonta a 1.048.814 individui, di cui 510.221 uomini e 538.593 donne.

Per i dati socio demografici, di competenza del Dipartimento di Prevenzione, si rimanda al sito aziendale, la cui U.O.C. SEP, con cadenza annuale, avrà cura di aggiornare gli stessi dati entro il 31 giugno di ogni anno.

## **4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO**

### **4.1 Analisi del contesto esterno**

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in quale contesto organizzativo e strutturale l'Azienda opera (contesto interno), nonché gli stakeholder di riferimento ed i soggetti con cui l'Azienda interagisce (contesto esterno); tali elementi sono fondamentali nell'analisi preliminare sui bisogni della collettività, la mission istituzionale, le strategie, gli obiettivi e i relativi indicatori.

Oltre all'invecchiamento della popolazione, nella valutazione dei fabbisogni di salute, impatta in modo determinante la prevalenza delle patologie croniche. Già oggi, circa il 40% della popolazione dei territori di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud è affetto da una patologia cronica e circa il 20% da due o più patologie croniche.

L'elemento di preoccupazione riguarda l'evidenza che il tema della cronicità interessa, in prevalenza, le persone con più di 65 anni e che la prospettiva, al 2035, di una popolazione di over 65 pari a circa un terzo della popolazione complessiva, fa riflettere sull'evoluzione dei bisogni e come poterli fronteggiare in assenza di interventi capaci di modificare le modalità di invecchiamento della popolazione (vita più lunga ma sana), o di incrementare significativamente le risorse disponibili.

Già oggi, osservando i dati di utilizzo del sistema ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, è agevole comprendere che il controvalore dei servizi utilizzati dalla popolazione over 65 sono di gran lunga superiori al valore della quota capitaria. Un incremento di pazienti anziani e cronici, renderebbe il sistema difficilmente sostenibile alle attuali condizioni.

La situazione di emergenza nazionale generata dalla diffusione pandemica del COVID-19 e le misure consequenziali emanate ai fini del contenimento della propagazione del contagio, hanno fortemente condizionato le strutture sanitarie e amministrative dell'Azienda.

Il perdurare dello stato di emergenza ha reso altresì necessario la rifunzionalizzazione delle attività sanitarie con riflessi sulle attività e sulle prestazioni rese dall'ASL Napoli 3 Sud.

Le stesse peraltro risultano condizionate anche dalle misure emanate dal decreto legge nr.34/2020 che ha previsto per la P.A. il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Dal punto di vista epidemiologico, all'invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento della prevalenza di persone con condizioni patologiche croniche e di pluri-patologie

cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respiratorie e metaboliche che impongono alla ASL la necessità di riorientare l'attuale modello assistenziale basato sulla risposta al singolo evento acuto, verso un modello basato invece sulla presa in carico della persona con patologia cronica.

La prima causa di morte tra i residenti nel territorio di competenza (dati ISTAT 2018) è rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, che hanno provocato il 30.29% dei decessi negli uomini ed il 35,79% nelle donne. La seconda causa di morte è costituita dai tumori, responsabili del 30.92% dei decessi, negli uomini ed il 21,42 nelle donne. Seguono in ordine decrescente le malattie del sistema respiratorio, traumatismo e avvelenamento, malattie del sistema nervoso, endocrine, nutrizionali e metaboliche.

A partire dall'anno 2020 si sta assistendo al forte impatto sanitario, sociale ed economico determinato dalla pandemia Sars - Cov 2.



**Il territorio** dell'ASL Napoli 3 Sud è suddiviso in tredici Distretti Sanitari:

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

La **Rete Ospedaliera Aziendale**, individuata nell'atto aziendale in vigore, è costituita nel territorio da quattro ospedali:

**A. Presidi ospedalieri di I livello**

- ❖ P.O. di Nola
- ❖ Stabilimento di Pollena Trocchia;
- ❖ P.O. di Castellammare di Stabia
- ❖ Stabilimento di Gragnano

**B. Presidi ospedalieri di base**

- ❖ P.O. di Sorrento
- ❖ P.O. di Vico Equense
- ❖ P.O. di Torre del Greco
- ❖ P.O. di Boscotrecase

(Si precisa che nel periodo di vigenza del Piano, è programmato dalla Regione Campania la valutazione di una progettualità per la creazione di struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina).

L'organizzazione di cui sopra, a seguito del D.C.A. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale di Programmazione della rete Ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015", sarà modificata come di seguito esplicitato:

Presidio Ospedaliero	Nuova Classificazione (D.C.A. 103 del 28/12/2018)
☐ P.O. di Nola	<b>Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello</b>
☐ Stabilimento di Pollena Trocchia	✓ Stabilimento di Pollena Trocchia
☐ P.O. di Castellammare di Stabia	<b>Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello</b>
☐ Stabilimento di Gragnano	✓ Stabilimento di Gragnano
☐ P.O. di Boscotrecase	<b>Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello</b>
<b>Struttura ospedaliera unica per la</b>	<b>Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello</b>

<b>Penisola Sorrentina.</b> □ P.O. di Sorrento □ P.O. di Vico Equense	
□ <b>P.O. di Torre del Greco</b>	Presidio Ospedaliero di Base - Sede di Pronto Soccorso

L'azienda dispone di n. 3 Dipartimenti strutturali

**Il Dipartimento di Salute Mentale** è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il DSM offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali.

**Il Dipartimento Dipendenze (D. SerD)** ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai nostri cittadini.

**Il Dipartimento di Prevenzione** organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale. Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dalle Norme Nazionali e da quelle Regionali) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Campania ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

**Le Aree di Coordinamento** (istituite ai sensi del DECRETO N. 83 DEL 31/10/2019) concorrono alla definizione degli atti programmatici generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni

erogate. Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione e l'aggiornamento l'elaborazione di Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali. Garantiscono, inoltre, unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza. Le stesse sono state istituite dall'ASL Napoli 3 Sud con Delibera n. 373 del 28/05/2019

**In questo scenario, si assiste ad un cambiamento dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera.**

**Gli ospedali** stanno diventando centri di alta specializzazione, sempre più dedicati alla fase acuta della malattia. Sul piano dei ruoli, l'ospedale tenderà a limitare la propria area di intervento a quelle prestazioni che, per ragioni di complessità, di sicurezza e di impatto tecnologico, non potranno essere garantite dal territorio. I servizi erogati nell'ambito di ciascun ospedale dovranno essere considerati parte di un sistema più complesso, basato sulla gestione di percorsi clinico-assistenziali nei quali la singola struttura operativa è il nodo di una rete che affronta specifici problemi di salute.

**Il territorio** arriverà ad assumere oltre al primo contatto con il cittadino, l'identificazione, la classificazione e la presa in carico complessiva dei bisogni clinici, assistenziali e sociali.

I servizi territoriali gestiranno l'intero percorso clinico-assistenziale, in particolare per i pazienti cronici, fragili e per tutte le situazioni di parziale o totale non autosufficienza, trattando direttamente, anche a domicilio, episodi o fasi del percorso che oggi presuppongono il ricorso all'ospedale e/o a centri specialistici.

In questo disegno evolutivo del territorio, la **Prevenzione** dovrà uscire dal modello tradizionale deputato alle attività di controllo e ai temi della prevenzione collettiva, per assumere sempre più un ruolo fondamentale nella prevenzione individuale, primaria e secondaria e coinvolgendo le strutture di assistenza territoriale ed ospedaliera.

**L'Azienda inoltre opera mediante strutture private accreditate**, presenti nel territorio provinciale: Case di Cura, hospice, RSA, strutture ambulatoriali, strutture riabilitative ex art.26 L.833/1978, strutture riabilitative psichiatriche, stabilimenti termali che dovranno essere integrate in questo nuovo modello di assistenza

Si evidenzia, inoltre, che l'Azienda è in fase di romodulazione del nuovo Atto Aziendale, prevedendo:

- una profonda revisione del macro livello dell'assistenza territoriale;
- una revisione delle aree tecnico - amministrative, al fine di ottimizzare i processi gestionali e amministrativi dell'Azienda;
- una modifica parziale delle UU.OO. di Staff alla Direzione Strategica.

La programmazione strategica aziendale per i prossimi anni non può pertanto prescindere da tali modifiche, che tendono al mantenimento della consistenza delle strutture esistenti, sostenendo nel contempo l'efficienza dell'offerta assistenziale e sviluppando in egual modo la crescita e la valorizzazione delle risorse umane e professionali; la rilevante azione di riorganizzazione aziendale sarà avviata già nel corso dell'anno 2022, appena completata l'approvazione formale del nuovo Atto Aziendale da parte della Regione.

## 5. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione dell'art.7, è attivo un sistema di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura organizzativa nel suo complesso nonché la valutazione annuale dei dirigenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, connessi al sistema di controllo di gestione e sistema informativo, riguarderà:

- ✓ l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- ✓ la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- ✓ l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- ✓ la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

L'Azienda utilizza un sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso un documento di indirizzo e orientamento dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche multidimensionali (strategia aziendale, volume e qualità delle prestazioni, efficiente utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.).

Nell'ASL Napoli 3 Sud la performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale, sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

L'attivazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, di imminente definizione, dovrà assolvere ad una pluralità di scopi:

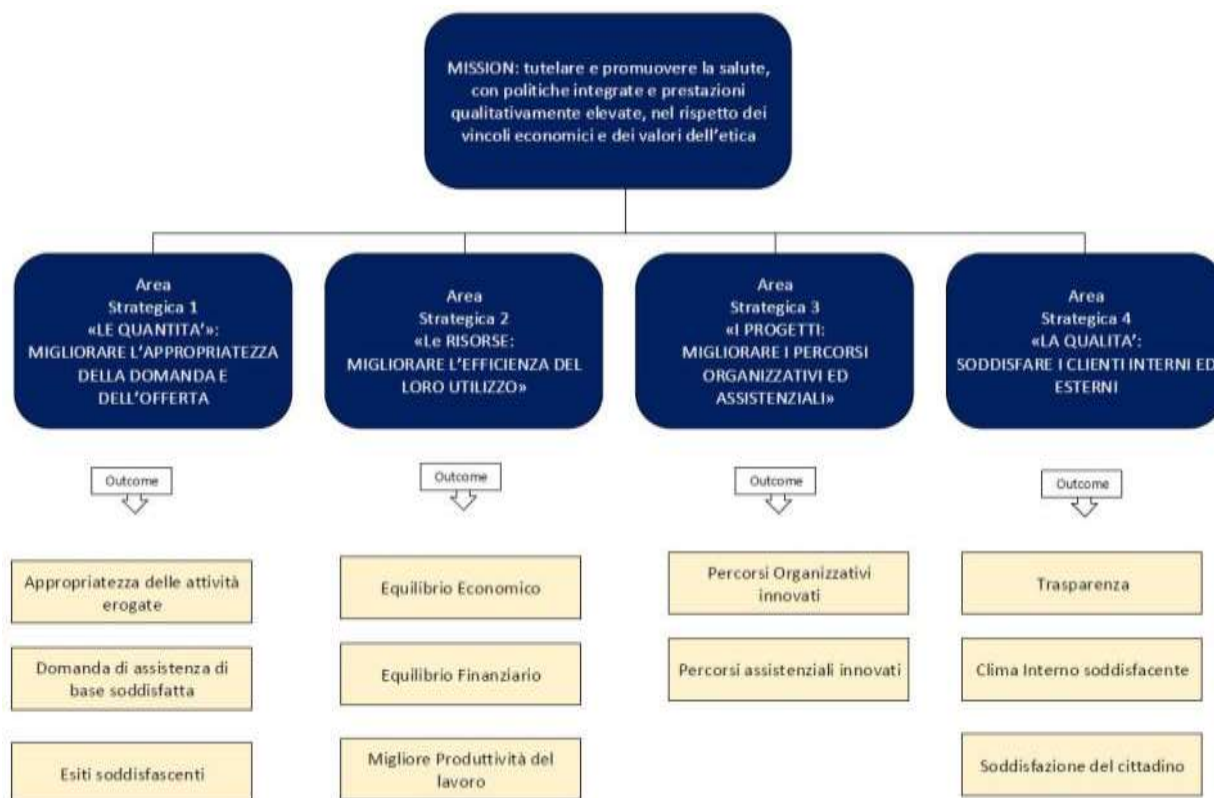
1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
3. rafforzare il sistema di orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione degli operatori,
4. rappresentare, misurare e rendere trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo le procedure ed i criteri che saranno concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è fondato su elementi essenziali

quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli strumenti, gli ambiti di valutazione e la pubblicità

### 5.1.1 L' Albero della Performance



### 5.1.2 Misurazione e Valutazione della Performance

Per le finalità di questo piano è utile definire e distinguere le attività di misurazione da quelle di valutazione.

Per misurazione si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti su utenti e stakeholder, attraverso il ricorso a indicatori.

Per valutazione si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio Ciclo della Performance. La figura seguente illustra il ciclo complessivo.



Figura - Il ciclo della Performance

Nella prima fase del ciclo (programmazione), l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi.

L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.

### 5.1.3 La Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

La misurazione della performance organizzativa è riferita a tre diverse unità di analisi:

- (1) amministrazione nel suo complesso;
- (2) singole unità organizzative dell'azienda;
- (3) progetti finanziati da fondi extra aziendali.

Si ricorda, tra l'altro, che ai sensi del nuovo articolo 19 del d.lgs. 150/2009 alla retribuzione della performance organizzativa deve essere destinata una quota delle risorse del fondo relativo al trattamento economico accessorio.

Un utile elemento di riferimento per tutte le tre unità di analisi è l'attività quale insieme omogeneo di compiti, realizzato all'interno di una stessa unità organizzativa, caratterizzato da:

- Un'output chiaramente identificabile, che per l'azienda può essere un prodotto o servizio;
- Un'input, ossia dalle risorse utilizzate per realizzare l'output che possono includere risorse umane, finanziarie o strumentali.

L'attività può essere vista come una unità elementare comune a tutte e tre le unità di analisi sopradefinite. La figura illustra questo legame.

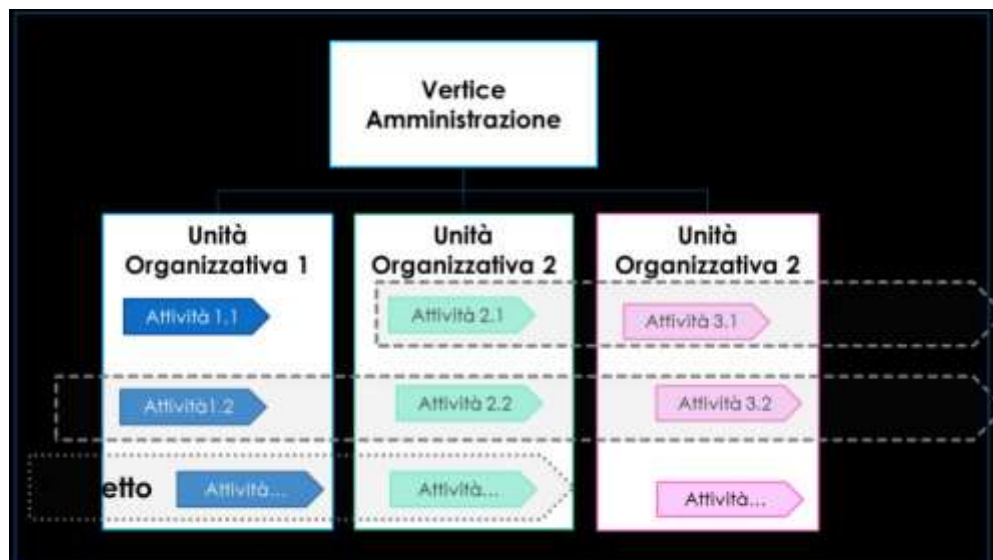


Figura - Il legame tra le unità di analisi

L'attività è un utile elemento per la misurazione e valutazione della performance per diverse ragioni:

- l'attività è un elemento più stabile rispetto alla struttura organizzativa. Se la misurazione viene legata alle attività, nel momento di un cambiamento organizzativo è sufficiente trasferire la responsabilità della performance associata ad una data attività da un'unità organizzativa all'altra;
- misurare le attività sulla base di un comune glossario, consentirebbe di individuare buone pratiche nella gestione, favorendo il miglioramento della performance;

#### 5.1.4 Gli Indicatori

**Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico.** Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati "indicatori di performance della sanità" è fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema

Gli studi gestionali e manageriali sono concordi nell'approcciare la valutazione delle performance della struttura e del sistema, partendo dalle **dimensioni di qualità dell'healthcare di Maxwell**, e in particolare:

- **accessibilità**, ovvero la semplicità di accesso ai servizi sanitari;
- **appropriatezza**, cioè la capacità del sistema (o della struttura) di erogare servizi in linea con le necessità concrete dell'individuo/paziente;
- **equità**, cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- **efficacia**, ovvero capacità del sistema di ottenere i risultati prefissi;
- **efficienza**, cioè il maggior numero di prestazioni con le risorse esistenti o il raggiungimento dei risultati prefissi col minor dispendio di risorse.

Ognuna di queste aree/principi, quantificabili in funzione di determinati parametri sono gli **indicatori di performance sanità**. Gli indicatori di performance della sanità sono moltissimi, e dipende dal sistema e dalla struttura sfruttarli in modo consono per la massimizzazione delle proprie performance. Il fatto che essi possano essere concretamente impiegati dipende peraltro da tre fattori: la quantità, la qualità dei flussi informativi, nonché la capacità di elaborazione degli stessi al fine di fornire indicazioni precise e complete su cui costruire performance di livello superiore.

#### 5.1.5 Lo stato delle risorse

Gli indicatori sullo stato delle risorse misurano la quantità e qualità (livello di salute) delle risorse dell'amministrazione; le tre principali aree sono:

- stato delle risorse umane: quantità (numero dipendenti, etc.) e qualità (competenze, benessere, etc.);
- stato delle risorse economico-finanziarie: quantità (importi, etc.) e qualità (valore del debito, etc.);
- stato delle risorse strumentali: quantità (mq. spazi, n. computer, etc.) e qualità (adeguatezza software, sicurezza/ergonomia luogo di lavoro, etc.).

Il nucleo centrale della performance organizzativa è costituito dalle dimensioni di efficienza ed efficacia.

L'insieme di queste dimensioni dipende dalla tipologia di amministrazione e dai suoi obiettivi, e proprio la loro definizione permette di specificare meglio il risultato atteso nei confronti dell'utenza. Ad esempio, per misurare l'efficacia di un servizio rivolto al pubblico è possibile prendere varie dimensioni: accessibilità; estetica/immagine; disponibilità; pulizia/ordine; comunicazione; cortesia; correttezza dell'output erogato; affidabilità; tempestività di risposta.

#### I requisiti degli indicatori

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell'azienda è caratterizzato da:

- comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto);
- confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
- fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

#### 5.1.6 Obiettivi

L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Questo valore, espresso in termini di livello di rendimento, rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente

raggiungibile dal valutato attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori. Gli obiettivi negoziati e quindi affidati devono essere misurati con indicatori che devono possedere tali caratteristiche, a tal fine sono in continuo sviluppo gli strumenti del sistema informativo del Controllo di Gestione.

### 5.1.7 Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati di supporto, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della Struttura che governa il datawarehouse aziendale sovrintendere il processi di monitoraggio e quindi di valutazione della Performance organizzativa. A tal fine il datawarehouse aziendale è uno strumento prioritario di gestione dei dati di attività e di costo dettagliati a livello delle Unità Operative aziendali.

Il processo di misurazione e valutazione segue uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, che sono poi validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) come previsto dall'art. 14 del L. Lgs 150/2009, le cui fasi sono:

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

Gli OIV forniscono, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP. Più nel dettaglio, anche alla luce della disciplina introdotta con il d.lgs. 74/2017, le funzioni attribuite agli OIV sono:

□ presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sul SMVP, la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;

□ valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi espressi in queste linee guida;

□ monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi;

□ proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e trasmissione all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

In riferimento al ruolo dell'OIV, è opportuno che il disegno del SMVP tenga conto di due requisiti essenziali per la sua efficacia: **condivisione**, fra OIV e amministrazione, delle modalità ottimali per consentire all'OIV il **pieno e autonomo accesso** alle informazioni

rilevanti e alla conoscenza dei fenomeni gestionali e amministrativi;

Da sottolineare che non devono confondersi le responsabilità proprie dell'OIV con quelle proprie dei dirigenti. I dirigenti sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:

- ✓ il Piano triennale delle Performance;
- ✓ il Documento delle direttive per l'anno di riferimento;
- ✓ la Metodologia aziendale del processo di budget;
- ✓ il Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- ✓ la Relazione annuale sulla Performance;

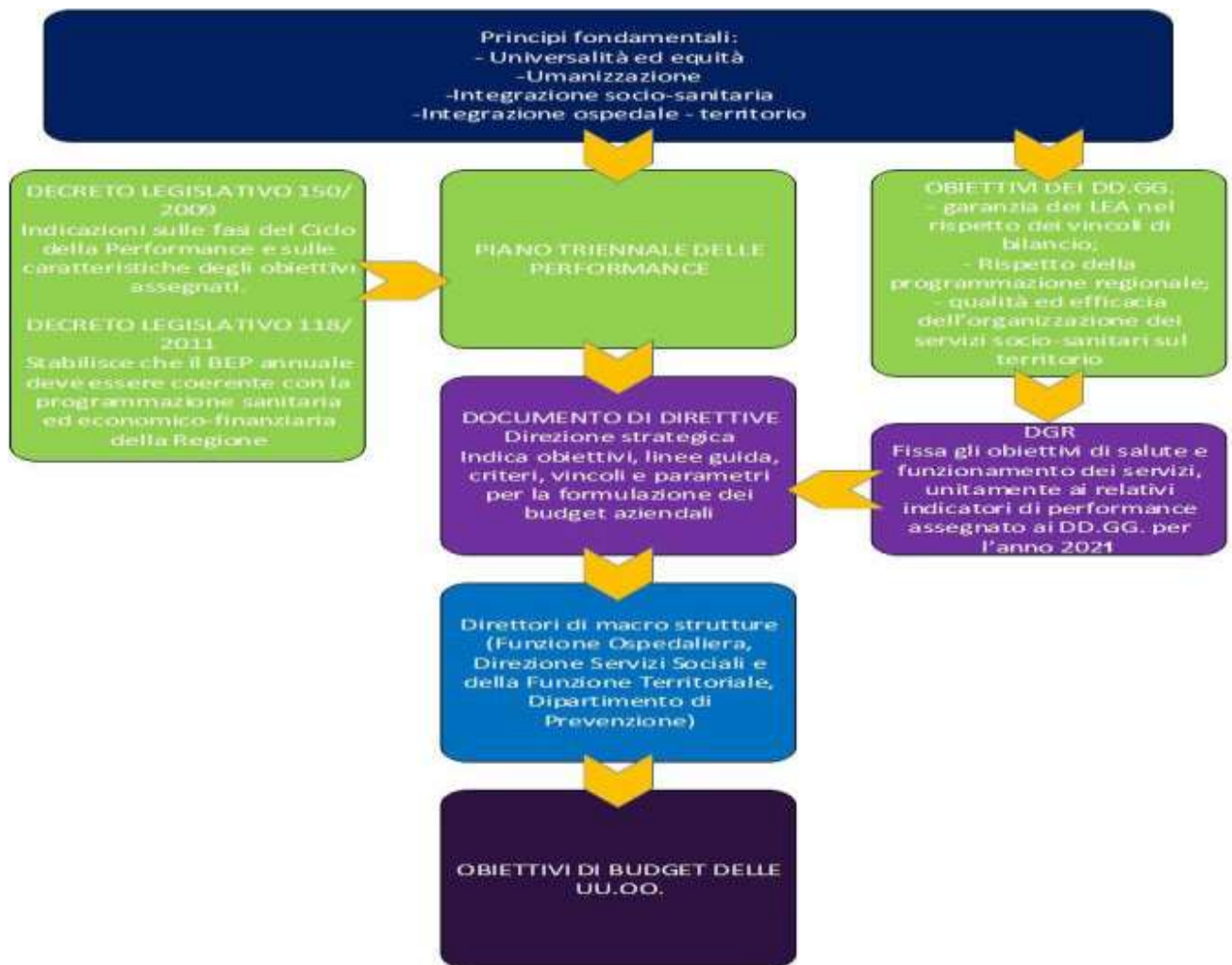
Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

### 5.1.8 Percorso Aziendale seguito

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. La Struttura Controllo di Gestione, sulla base dell'articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

1. Pianificazione/programmazione;
2. formulazione del budget(da attivare entro il 31/12/2022);
3. svolgimento e misurazione dell'attività;
4. valutazione.



### 5.1.9 Pianificazione/Programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il *Piano della Performance* quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto tecnico dell'UUOCC

individuata ed adottata con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza. Come rappresentato nel grafico che segue, la programmazione strategica tiene conto delle risorse assegnate, in un quadro di sostenibilità economica, favorendo l'innovazione, lo sviluppo, l'efficienza e l'efficacia delle azioni aziendali.



In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree di sviluppo strategico che l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire nel prossimo triennio sono quelle individuate nella DGR riguardante gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali e che l'Azienda s'impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo. Il Piano della Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo.

#### 5.1.10 Percorso di definizione degli obiettivi aziendali

La definizione e contrattazione degli obiettivi performance organizzativa riguarda ogni singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale e ha luogo tra il Direttore di Dipartimento e il Direttore della Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale. Ciascun responsabile deve essere coadiuvato da propri collaboratori professionali.

#### 5.1.11 Reporting e monitoraggio

Fondamentale è il monitoraggio continuo delle performance aziendali e di singola struttura in modo da permettere una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi inizialmente proposti.

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e delle strutture organizzative viene realizzato

con cadenza periodica con la finalità di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive. Questo processo consente il miglioramento continuo della qualità della prestazione offerta al cittadino, garantendo l'efficienza della gestione e la sostenibilità economica aziendale.

Il **Reporting aziendale a supporto del monitoraggio degli obiettivi operativi e degli obiettivi trasversali** deve avvenire con **cadenza trimestrale**, di norma entro 40 giorni dalla chiusura del trimestre. I report di monitoraggio devono riflettere il reale andamento delle voci oggetto di osservazione. Il proponente supporterà l'azienda nella predisposizione della **reportistica e delle dashboard** a supporto della direzione strategica all'interno delle quali andranno indicati:

- il **valore del periodo dell'anno corrente**;
- il **valore del periodo dell'anno precedente**;
- il **valore dell'anno precedente**;
- il **valore dell'anno in corso** inserito nel **bilancio preventivo**;
- la **proiezione fino a fine anno corrente**;
- i **differenziali in valore assoluto e in percentuale** tra i diversi aggregati.

Nel corso dell'anno, laddove il monitoraggio rilevi scostamenti rilevanti tra i dati effettivi e quelli di negoziati, si avvia il **processo di revisione degli obiettivi**. L'ultimo monitoraggio dell'anno chiude il processo del controllo periodico e sistemico e coincide con la **rendicontazione di fine anno**.

Nelle schede, che riguardano sia il personale dirigente sia il comparto, vengono riportati:

- gli **obiettivi** da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi descritti nel Documento di Direttive;
- gli **indicatori di misurazione degli obiettivi**;
- il **peso** dei singoli obiettivi che identifica il livello di impegno e di importanza connesso all'obiettivo;
- il **responsabile del monitoraggio** del singolo obiettivo.

Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo.

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo complessivo.

Nei mesi di agosto/settembre sarebbe opportuno effettuare una verifica intermedia sul grado di raggiungimento degli obiettivi durante la quale vengono valutate eventuali azioni correttive o l'eventuale revisione degli stessi. Per gli obiettivi con indicatori non numerici, cioè quelli per cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestato dal Responsabile del monitoraggio della struttura, attraverso specifiche relazioni supportate da idonea documentazione. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso vengono analizzate le relative motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, che possono condurre ad una revisione degli obiettivi.

### 5.1.12 Valutazione dei risultati ottenuti

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto.

La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore del valutato.

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa e individuale è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante.

A fine periodo l'UOC CdG provvede a predisporre, sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e in genere dei flussi informativi aziendali, la misurazione a consuntivo di tutti gli obiettivi, compresi quelli collegati ai progetti.

Il monitoraggio finale viene tendenzialmente svolto nei mesi di aprile/maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la *Relazione sulla Performance* (prevista dal D.Lgs. 150/2009) che evidenzia con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e una sintesi dei risultati della valutazione individuale del personale dipendente nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La Relazione sulla Performance viene validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ed approvata con Deliberazione del Direttore Generale ed il Servizio Risorse Umane può provvedere, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione economica della retribuzione variabile di risultato.

### 5.1.13 Timing del Processo

Si riporta di seguito il *timing del processo* descritto:

ANNO X:



ANNO X+1:



L'Azienda ha iniziato il processo di negoziazione obiettivi performance 2022 già nel mese di

dicembre 2021 attraverso una serie di incontri con il personale per illustrare le principali iniziative da perseguire nell'anno e che verranno poi declinate nelle schede delle unità operative aziendali.

## 6. Le linee programmatiche e gli obiettivi Triennio 2022 - 2024

### 6.1.1 La individuazione degli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici hanno un comune denominatore: l'appropriatezza. Tale dimensione è trasversale rispetto alle aree strategiche e alla struttura dell'ASL in quanto costituisce un principio comune che deve guidare lo sviluppo strategico aziendale. Il concetto di appropriatezza all'interno di quest'azienda si

declina come appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa.

Per appropriatezza clinica si intende il ruolo strategico che ASL riveste come "acquirente esperto" secondo criteri di efficacia comparativa ed economicità e come soggetto investito dalla norma del compito di garante della tutela della salute sul territorio di riferimento.

Tale dimensione viene presidiata attraverso la formulazione e la gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e la promozione dell'educazione all'appropriatezza clinica-professionale. Il raggio di azione di questa dimensione abbraccia tutta la componente di erogazione di servizi sanitari e sociosanitari, la funzione di

Programmazione Acquisto e Controllo, il governo della farmaceutica. Per appropriatezza organizzativa si fa riferimento all'adeguatezza dei livelli di erogazione ed all'efficienza della gestione e riguarda il complesso della realtà aziendale.

#### 6.1.1.1 Il paziente in età pediatrica

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (cura delle patologie acute non complesse che pure rimangono causa frequente di consultazione) sono emerse nuove priorità nell'assistenza primaria:

- ❖ Minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse. L'aumento della sopravvivenza di neonati altamente pretermine (<32 sett. di età gestazionale), il miglioramento della assistenza specialistica per i bambini con patologia grave e il maggiore passaggio in cura dall'ospedale all'area delle cure primarie, sono alla base di questo fenomeno;
- ❖ Minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale.

Questi pazienti rappresentano ormai il "core" dell'attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi ad hoc progettati per la loro assistenza.

Vengono fissati per il triennio 2022-2024 i seguenti obiettivi organizzativi, il cui monitoraggio è di specifica competenza dell'U.O.C. Controllo di Gestione:

- ❖ L'integrazione tra ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale;
- ❖ Rimodulazione dell'assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura dei bambini/adolescenti e per favorire l'adeguamento professionale e formativo del pediatra e

degli infermieri; definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del bambino e dell'adolescente;

❖ Promozione ed adozione di percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a Linee Guida scientificamente validate, orientati all'appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate.

Tutto questo si realizza attraverso l'area pediatrica e le sue specifiche fasi cioè l'ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura del neonato, del bambino e dell'adolescente, costituito da strutture e personale con caratteristiche peculiari per l'età evolutiva potenziando le attività materno infantili ed in particolari i consultori familiari.

#### **6.1.1.2 La fase preconcezionale**

L'Azienda si prefigge l'obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

#### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni*

➤ Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni/totali

b. *Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità*

➤ Numero di consultori che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda

c. *Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare*

➤ Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione

d. *Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione e nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia*

➤ Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.

### **6.1.1.3 La fase prenatale**

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

Durante la gravidanza, parto e primo anno di vita sono in gioco le basi della salute fisica, psichica e relazionale dei bambini e futuri cittadini, la salute della società e pertanto sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

#### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne*

➤ Numero linee di indirizzo o informative emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno)

b. *Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali*

➤ Numero di UUOO che attivano la diagnostica prenatale

c. *Aumento fino al 15 % del numero della donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP*

➤ Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%)

d. *Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB)*

➤ Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB

e. *Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori*

➤ Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)

### **6.1.1.4 La tutela della nascita**

La gravidanza ed il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio Sanitario Regionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, occorre :

- investire risorse per ottimizzare il percorso nascita;
- un forte impegno contro gli elementi di inappropriata assistenza sanitaria;
- promuovere l'integrazione ospedale-territorio;
- implementare Corsi di Accompagnamento alla nascita;
- predisporre un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato può contribuire ad un'ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Garantire una diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio e allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la depressione post-partum*

➤ Numero di percorsi formativi attivati per Distretto

b. *Favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati facilitando il ritorno al territorio, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio*

➤ Numero di consultori che effettuano Home visiting

c. *Garantire l'accoglienza del neonato con il contatto pelle a pelle (skin to skin) in Sala Parto (SP) e Sala Operatoria (SO)*

➤ Formalizzare specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA VBAC (parto spontaneo dopo cesareo); PTDA EPP (gestione emorragia post partum); PTDA (disordini ipertensivi in gravidanza)

#### **6.1.1.5 Il paziente cronico e/o fragile**

Occorre programmare un modello assistenziale costruito per categorie omogenee e affiancare in un'unica dimensione i fattori comuni di condizioni quali la **cronicità e la fragilità**. La **cronicità** è espressione tuttavia di una patologia identificata, la cui evoluzione naturale è storia conosciuta dalla medicina e si inquadra in genere perfettamente nel disegno di un percorso diagnostico terapeutico valido di massima per tutti i pazienti.

La **fragilità** attiene a fenomeni di scompenso psico-fisico generalmente temporanei o limitati nel tempo o può, nel tempo, sovrapporsi ad una cronicità complicandone la storia naturale, anzi rendendola meno prevedibile. Due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitanti di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team. Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che viene individuato nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager. L'ASL riconosce come propedeutica nei processi assistenziali di cronicità e di fragilità la figura del case manager, descritto nel corrispondente PDTA di cura, identificandolo nel MMG/PLS o nell'infermiere professionale in UCCP, nell'ambulatorio distrettuale, o delle cure domiciliari.

#### **6.1.1.6 La presa in carico del paziente**

Il paziente territoriale cronico/fragile è preso in carico dal proprio MMG/PLS che conosce la storia clinica, le condizioni socio-ambientali e familiari, desideri e aspettative.

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza. La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che nel triennio a venire si arricchisce per la costituzione di aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati sull'intero territorio regionale.

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche nei

contesti reali, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute.

Un ruolo importante è costituito dal PDTA sulla BPCO, approvato con DCA n. 24/2017, come provvedimento pilota che coniugasse le criticità emerse dall'analisi dell'applicazione dei PDTA già

adottati e il nuovo Piano di sviluppo delle Cure Primarie che ha previsto, fra l'altro, che ogni AFT possa essere dotata delle risorse per l'erogazione della diagnostica strumentale di primo livello nell'ambito dei PDTA definiti a livello regionale. Con il DCA n. 1 del 17.01.2018 è stata approvata la revisione del PDTA sulla BPCO. È stato dato, quindi, avvio alle attività di implementazione del PDTA sulla BPCO attraverso un progetto denominato "AGIRE" che ha previsto, fra l'altro, la formazione di due medici di Assistenza Primaria per ogni AFT a cui affidare l'effettuazione della spirometria di I livello nell'ambito del percorso assistenziale. Il progetto regionale si propone di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica pneumologica. In questo contesto un ruolo centrale è sviluppato dal Distretto, come elemento di snodo organizzativo che, attraverso le nuove strutture delle Cure Primarie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), si attiva coerentemente con i contenuti del PDTA per:

- ❖ Definire gli obiettivi di salute della BPCO e la loro priorità nel contesto sanitario locale;
- ❖ Individuare le risorse strumentali e formative necessarie alla realizzazione del percorso del paziente;
- ❖ Definire e comunicare l'organizzazione di dettaglio del Percorso del Paziente e la localizzazione dei setting sanitari;
- ❖ Assicurare l'integrazione con gli strumenti di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- ❖ Effettuare il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo ed esito di competenza.

La presa in carico unitaria e continua deve garantire l'accompagnamento del paziente anche cronico lungo tutta l'evoluzione della patologia e della condizione di bisogno assistenziale: fanno parte integrante di essa il contrasto al dolore, e le cure palliative.

La porta di ingresso al distretto si conferma essere la PUA. La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento: la porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper.

La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", è anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali, della modulistica e delle modalità di accesso ai servizi.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) e nelle Unità di Valutazione Bisogni Riabilitativi (UVBR) che devono essere garantite in tutti i distretti, in forma multi-disciplinare e multi professionale. L'UVMM, già denominata in precedenti atti

regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi, effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM risulta composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale; essa rappresenta una categoria logica, non un gruppo di persone; può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, Cure Domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un momento clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse. È l'UVMM, infatti, che stabilisce in quale ambito di cura va posizionato il caso; e non garantisce soltanto l'accesso, ma anche la mobilità all'interno del sistema, in quanto l'approccio migliore è quello che consente di muoversi virtuosamente verso momenti assistenziali che a parità di efficacia individuano la ricerca di efficienza quale fattore discriminante.

### **Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS**

#### **Le AFT già individuate sul territorio dell'ASL Napoli 3 Sud sono 30**

Al loro interno sono individuati, oltre al coordinatore, come per legge, medici referenti per le maggioripatologie croniche:

- ❖ Cardiovascolari;
- ❖ Respiratorie;
- ❖ Metaboliche.

Come già previsto dal progetto "AGIRE" applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all'atto dell'adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all'interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso della patologia. Sistemi informatici di rete permetteranno il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluyente infine nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Come per l'area adulti, anche per l'area pediatrica, si programma la costituzione delle AFT. Per quanto riguarda le UCCP pediatriche, esse sono state già programmate nel DCA n. 103/2018 (Piano della Rete Ospedaliera) in forma sperimentale per soddisfare un bisogno assistenziale intermedio, tale da intercettare inappropriati afflussi all'AORN Santobono ed ai presidi aziendali regionali.

#### Figure coinvolte

Per la presa in carico globale del paziente sono state coinvolte svariate figure professionali, i cui ruoli sono definiti nella Delibera di specifica competenza, al fine di individuare specifiche aree di responsabilità e di collaborazione inter ed intra professionali:

#### **Indicatori di Processo e Obiettivi**

- Numero di pazienti presi in carico/ totale pazienti con almeno 2 patologie croniche;

- Visite specialistiche multidisciplinari effettuate;
- Numero di piani individuali di cura programmati/ totale pazienti presi in carico;
- Numero di counseling sociale/ totale pazienti presi in carico Indicatori di Esito;
- Numero di persone prese in carico con tele-monitoraggio domiciliare/ numero di pazienti con scarso controllo di patologia;
- Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche
- Riduzione accessi in Pronto Soccorso;
- Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come da PDTA regionale;
- Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista da PDTA regionale;
- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (ace inibitori, sartani o betabloccanti) come previsto da manuale PDTA ministeriale;
- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA ministeriale;
- Percentuale di pazienti diabetici che eseguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance della creatinina, fondo oculare, come previsto da PDTA aziendale;
- Percezione del servizio sociosanitario erogato.

#### **6.1.1.7 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali**

Con i Programmi Operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione puntuale e l'aggiornamento dei fabbisogni in base alla popolazione residente al 01.01.2018 (fonte dati ISTAT) per ciascun setting assistenziale. Inoltre sono state avviate azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattoni e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre è in fase di approvazione il decreto commissariale per le unità di cure estensive (R2).

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i percorsi di cura. Nel Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure.

#### **6.1.1.8 Area Disabilità**

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 12/01/2017 Aggiornamento LEA) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

Il sistema d'offerta si presenta con le seguenti caratteristiche:

- ❖ Servizi per la riabilitazione residenziali e semiresidenziali: esclusivamente privati accreditati.
- ❖ Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali: in parte essi sono disponibili in quanto tali; in buona parte però le prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali vengono erogate da strutture ex art. 26, che provvisoriamente sono abilitate a erogare tali prestazioni (con corrispondente remunerazione) laddove la permanenza in struttura superi i 240 giorni. Di fatto i setting residenziali e semiresidenziali per disabili sono sostanzialmente lo sbocco della riabilitazione, che in gran parte accoglie i pazienti per periodi lunghi.

#### **6.1.1.9 Area Non autosufficienza e Anziani**

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani. L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

È attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni che patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario.

#### **Obiettivi e Indicatori**

- a. *Attivazione del setting R2*
- b. *Disciplina del setting R2*
- c. *Incremento posti letto R3 e R2D*
  - *Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio*
- d. *Incremento giornate assistenza*
  - *Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti*

#### **6.1.1.10 Area delle Cure palliative**

L'offerta residenziale deve essere assicurata dagli Hospice.

È necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il

rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. I coordinamenti aziendali, che coordinano la rete aziendale per le cure palliative, devono essere costituiti con le funzioni indicate dalla Legge n. 38/2010 e da delibera regionale n. 275 del 2011.

**Obiettivi e Indicatori**

- a. *Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative*
  - Atti organizzativi delle AASSLL
- b. *Incremento dei posti letto attivi Hospice*
  - Numero posti letto attivi
- c. *Attivazione Day Hospice*
  - Disciplina del setting Day Hospice

**6.1.1.11 L'Assistenza domiciliare**

Le Cure Domiciliari Integrate in Campania hanno raggiunto livelli più che adeguati (2,67% anziani trattati in ADI su popolazione anziana residente - anno 2017), come mostra il trend in crescita negli ultimi anni dell'indicatore S05 della griglia LEA, che già dal 2016 ha superato la soglia attesa di 1,88% di anziani over 65 anni in trattamento come risulta dal SIAD, non solo per effetto della migliore alimentazione del flusso informativo.

I valori dell'indicatore S04 - Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura - risultano al di sotto dei valori attesi, specialmente per i livelli di minore intensità CIA 1 e 2, ma tale performance come si comprende da un'analisi più accurata dei dati, mostra che ciò è vero soltanto per i soggetti sotto i 65 anni di età, per i quali invece la presa in carico è adeguata in tutti i livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità 3 e 4 (cure palliative) sono allineati ai livelli attesi (da questionario LEA). La lettura congiunta dei dati mostra come il sistema sia in grado di offrire assistenza sufficiente e adeguata, come risultato di una maggiore vocazione all'assistenza storicamente rivolta agli anziani e a bisogni di maggiore complessità. Questa connotazione è da considerarsi fattore di qualità del sistema erogatore, quale presupposto di miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari integrate.

Ferma restando la scelta regionale di privilegiare la popolazione anziana e con bisogni complesse e più intensivi di assistenza, è opportuno incrementare in generale la capacità di presa in carico in cure domiciliari integrate compresi i livelli di minore intensità e anche a favore di aree di bisogno ulteriori, specialmente gli Adulti nelle fasce di età maggiormente a rischio di insorgenza di patologie in grado di determinare condizioni di non autosufficienza nelle fasi successive (es. patologie neurodegenerative), di minori e disabili complessi con elevato bisogno di assistenza medica e infermieristica.

**Obiettivi e Indicatori**

**6.1.1.11.1 Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni**

- SIAD 04 - Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura - per tutti i soggetti e under 65 anni

**6.1.1.11.2 Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari**

- Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura - Questionario LEA

➤ Accessi medici palliativisti flusso SIAD

#### **6.1.1.12 La Salute Mentale**

L'orientamento all'innalzamento della qualità dei servizi, soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, induce a sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale, anche in accordo al PANSM 2013, affinché i servizi di salute mentale aggiornino i loro modelli operativi.

##### **Obiettivi e Indicatori**

a. Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente

➤ Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare

➤ Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)

b. Riduzione del numero di TSO e deospedalizzazione

➤ Indicatori rilevati da SISM

#### **6.1.1.13 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva**

Nella seduta del 13.11.2014, la Conferenza Unificata ha approvato il documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", recepito dalla regione Campania con DCA n. 45/2015.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, con il citato decreto commissariale è stata emanata la disciplina relativa alle "Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)".

L'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, di definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'individuazione precoce e proattiva del disturbo, l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l'attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

L'art. 32 del citato DPCM individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

L'obiettivo prioritario è quello di proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza con il Piano Territoriale, dove è ribadita la priorità della costituzione dei servizi pubblici territoriali

per le finalità di cui all'art. 25 e art. 32 del DPCM 12.01.2017, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc.).

Alla luce dell'esperienza maturata, l'ASL Napoli 3 Sud ha l'obiettivo di prendere in carico i pazienti con disturbi del neuro-sviluppo attraverso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), i quali, oltre ad effettuare la diagnosi clinica e funzionale dei soggetti autistici, predispongono Progetti Assistenziali Individuali (PAI) in cui vengono definiti i trattamenti adeguati per intensità e durata, laddove ne esistano le indicazioni.

I Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (NNPIA), sulla base delle caratteristiche dei pazienti, formulano un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) che ha la durata di 180 gg con rivalutazione intermedia a 90 giorni. Allo scadere dei 180 gg si effettua la rivalutazione del paziente e alla eventuale definizione di un nuovo Progetto Assistenziale Individuale. Nel PAI vengono indicati il numero di ore settimanali e i setting di trattamento: contesti strutturati di vita (domicilio, scuola, ecc.) ed (eventualmente) ambulatoriali.

Nel percorso di presa in carico globale dei pazienti con diagnosi di "Disturbi dello Spettro Autistico", ASL Napoli 3 Sud oltre ai trattamenti riabilitativi ex art. 26 L. 833/78 promuove un progetto che prevede l'utilizzo di metodiche di comprovata validazione.

#### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Costituzione e attivazione delle unità distrettuali, almeno una per azienda completa di tutte le figure professionali*

➤ Atti dell'Azienda di costituzione

b. *Verifica periodica dello stato di attuazione del percorso riabilitativo con rivisitazione del paziente ed eventuale dimissione o passaggio ad altro livello di cura*

- Numero di pazienti rivitati

#### **6.1.1.14 Le dipendenze patologiche**

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione.

Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e strutturale.

In modo complementare, secondo obiettivi di qualificazione anche del sistema privato di cura, e una logica di presa in carico integrata, con DCA n. 76/2017 si è provveduto all'approvazione di nuovi requisiti strutturali ed organizzativi oltre all'adeguamento delle tariffe connesso alla qualità dei nuovi requisiti, dei servizi residenziali e semiresidenziali del privato provvisoriamente accreditato. Successivamente con Decreti del Commissario ad acta nn. 32, 39 e 40 si è provveduto all'accreditamento definitivo di tutte le Comunità Terapeutiche provvisoriamente accreditate. Con queste azioni, tra loro strettamente interconnesse, si è voluto dare una sistematizzazione qualitativa al sistema di offerta pubblico privato in ragione dei nuovi bisogni di salute emergenti e nel rispetto del DPCM 12.01.2017 (nuovi

LEA).

I cittadini in carico per Dipendenza da sostanze è rilevato attraverso il Sistema Informativo Dipendenze (SID), mentre il numero di cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo da anni è monitorato attraverso una rilevazione semestrale con tutte le AASSLL.

Inoltre al fine di adeguare il sistema di offerta alla domanda reale del bisogno di salute si è conclusa una puntuale ricognizione degli invii in Comunità diviso per tipologia assistenziale da cui è emersa l'esigenza di un aggiornamento del fabbisogno delle diverse tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale, come da Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

#### **Obiettivi e Indicatori**

a. **Obiettivo** : *Promozione di stili di vita salubri e iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche - Istituzione di Centri Diurni semiresidenziali a bassa soglia under 30.*

➤ Indicatore: Attivazioni di almeno un centro dedicato alle nuove sostanze e/o alle dipendenze comportamentali.

b. **Obiettivo:** *Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente*

c. **Obiettivo:** *Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extra-Regionali*

#### **6.1.1.15 Il paziente oncologico**

La Regione Campania ha programmato con DCA n. 98/2016 la propria Rete Oncologica, i cui assi portanti sono rappresentati da:

- ❖ Centralità del paziente;
- ❖ Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;
- ❖ Approccio Multidisciplinare;
- ❖ Innovazione.

L'attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungo-sopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l'azione programmatica per il prossimo triennio.

Il Piano di riorganizzazione della ROC ha inteso rimodulare e riqualificare l'offerta al fine di garantire all'utenza oncologica della Regione il livello di assistenza di qualità che preveda:

- ❖ Equità di accesso;
- ❖ Appropriatelyzza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- ❖ Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- ❖ Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici si stima una incidenza di neoplasie annue pari a oltre 30.000 casi con un tasso di mortalità in Campania che oggi si discosta decisamente dalla media nazionale.

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico terapeutico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche e la mancata sistematizzazione della domanda e dell'offerta, sono stati le principali cause del fenomeno della migrazione sanitaria.

La frammentazione delle casistiche in un numero eccessivo di strutture, in particolare per la chirurgia, rappresenta probabilmente, una delle principali cause della maggiore mortalità

che la Regione Campania intende superare e migliorare.

Altri fattori di criticità evidenziano:

- ✓ La bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- ✓ Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura;
- ✓ Frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Per superare tutto questo e offrire ai propri cittadini una adeguata sanità in area oncologica, la Regione Campania ha avviato la costruzione della propria Rete regionale già nel corso nell'anno 2018, predisponendo una serie di documenti costitutivi, programmatici, organizzativi e tecnici che rappresentano le infrastrutture della ROC.

### **Implementazione della rete oncologica**

I documenti finora prodotti, quali necessari fondamenti per l'implementazione e la governance della ROC sono costituiti da:

- ❖ DCA n. 98 del 20.09.2016, che ha istituito della Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprehensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening;
- ❖ DCA n. 19 del 05.03.2018, che ha aggiornato i preesistenti 4 PDTA e ne ha definito in tutto 13 (65% dei tumori incidenti in Campania) e definito un cronoprogramma per le azioni successive;
- ❖ DCA n. 89 del 05.11.2018, che ha ampliato il numero dei PDTA, portandoli a 19 e inserito documenti tecnici relativi a nutrizione e tumori eredo familiari.

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC.

Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente.

Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni.

In piattaforma saranno disponibili tutti i documenti tecnici prodotti dalla ROC per idonea consultazione.

Ogni procedura di accesso e di trasmissione dati sarà protetta in ordine alla privacy come previsto per legge. L'implementazione della piattaforma informatica della ROC e la contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio rappresentano l'end point dell'implementazione della ROC.

### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio*

- Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre
- Numero di MMG attivi in piattaforma

b. *Riduzione della frammentazione chirurgica ai sensi del PNE*



- Adozione documento di programmazione mappe chirurgiche della ROC

### **6.1.1.16 Il paziente acuto e post-acuto**

L'assistenza in ambito ospedaliero ha rappresentato in Regione Campania negli anni passati il riferimento centrale dei processi di cura, in maniera sicuramente distorta ed inappropriata,

fino a generare tassi di ospedalizzazione non giustificabili, di per sé portatori di un gravame di risorse che seguivano passivamente l'andamento della domanda. Una scarsa rispondenza dei servizi di continuità assistenziale e le poche effettive esperienze di rete della medicina generale non hanno mai fatto sentire al cittadino la presenza di una quota di servizio sanitario che non fosse l'ospedale.

Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC i 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza dal mese di agosto 2018.

### **6.1.2 La salute nella comunità**

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, e successivo DCA n. 36 del 01.06.2016 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Il Piano Regionale della Prevenzione definisce un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, attraverso interventi, volti a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (approccio life-course), nei luoghi di vita e di lavoro (approccio per setting) con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni.

L'elemento strategico di innovazione, che sarà ribadito nel prossimo PRP, sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua generale declinazione su tutti i servizi sociosanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) affermando il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del Welfare.

#### **6.1.2.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute**

Al fine di assicurare un'ideale governance aziendale della funzione per la promozione della salute, ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 501 del 01.08.2017 è disposta l'istituzione del Coordinamento delle attività di Educazione e Promozione della Salute (EPS) che trova collocazione unitaria in tutte le Aziende Sanitarie Locali nel Dipartimento di Prevenzione, con funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto metodologico, valutazione e monitoraggio delle attività di educazione e promozione della salute.

Tra i compiti del Coordinamento è previsto quello di effettuare annualmente una rilevazione delle attività di promozione in essere realizzate dalle strutture aziendali di competenza sui diversi temi e nei diversi setting (comunità, scuola, luoghi di lavoro e strutture sanitarie) e delle nuove proposte di intervento e valutarle sulla base dei criteri di buone prassi (di cui agli allegati 3 e 4 del DGR n. 501/2017) e dei risultati raggiunti e/o previsti. In base degli esiti del lavoro di rilevazione e valutazione delle attività di EPS viene elaborato il "Programma attuativo aziendale intersettoriale di promozione ed educazione alla salute" ed il "Catalogo delle attività di EPS offerte alle scuole".

Il Sistema di Monitoraggio ha quindi lo scopo di rilevare i dati sulle attività individuate quali buone prassi per temi/setting/ target che si sono realizzate in ciascun distretto e

permettere all'Azienda ed alla Regione la realizzazione di report quantitativi/qualitativi dove si riportano anche i punti di forza e le criticità emerse nel corso della realizzazione delle attività al fine di valorizzare, rafforzare ed estendere quanto di significativo e utile è in atto e poter intraprendere azioni per il superamento delle criticità riscontrate.

#### **6.1.2.2 La promozione della salute**

Per il raggiungimento degli obiettivi di promozione alla salute di cui al Piano Nazionale di Prevenzione 2014- 2018 prorogato al 2019, sono previste azioni su molteplici tematiche con particolare riferimento agli interventi finalizzati all'implementazione del programma "Guadagnare Salute" che ha l'obiettivo di promuovere e facilitare l'assunzione di abitudini e stili di vita salutari nell'ottica della prevenzione delle principali MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, obesità, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali la sedentarietà, la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo di tabacco e l'abuso di alcol.

Tenuto conto del preoccupante aumento, già dall'età pediatrica, di sovrappeso-obesità, ipertensione e diabete, condizioni strettamente correlate con l'alimentazione e con l'insufficiente attività fisica, in un'ottica di intersectorialità si prevede la stipula di accordi a livello regionale con istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani nella prospettiva di "Salute in tutte le Politiche".

In particolare emerge la necessità di rivolgere particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce di età della popolazione, secondo un approccio life course.

A tal fine si reputa necessario stipulare un Protocollo di intesa con il CONI e con le SCUOLE, nell'ambito delle specifiche prerogative sancite dall'atto statutario dell'Ente medesimo, che può quindi svolgere un ruolo

#### **6.1.2.3 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria**

Le attività di controllo mirate a garantire la salubrità degli alimenti ad uso umano, incluse le acque potabili, nonché gli alimenti destinati all'alimentazione zootecnica, sono pianificate nei Piani pluriennali Nazionali Integrati (PNI) e nelle relative appendici regionali (PRI) ai sensi dell'articolo 41 del Regolamento (CE) n. 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Il PRI definisce gli obiettivi e la politica regionale in materia di sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la sanità delle piante, descrivendo il Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali (S.G.C.U.) svolti nel corso del periodo di vigenza. Il PRI include anche gli obiettivi strategici e operativi del Piano Regionale di Prevenzione. I controlli sono mirati a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, diretti o veicolati dall'ambiente, a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori. Le strutture regionali incardinate nella Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL rappresentano le Autorità Competenti (AC) nella programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica

veterinaria ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 193/2007. I dati relativi alle attività di controllo, espletate ogni anno dalle AASSLL sulla base di documenti di programmazione regionale e territoriale (DPAR - DPAT), elaborati secondo criteri di priorità in relazione alle risorse disponibili, sono inseriti in tempo reale in un sistema informatico gestionale (GISA) che alimenta le banche dati regionali. I dati sui controlli, estratti ed analizzati dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), struttura di supporto alla Regione, consentono funzione di monitoraggio e programmazione oggettivamente efficaci. Il monitoraggio prevede una cadenza trimestrale, eventualmente intensificata in occasione di particolari criticità. Il sistema GISA consente, altresì, anche all' Azienda l'estrazione dei dati per monitorare l'andamento degli obiettivi operativi assegnati dalla programmazione regionale. Il sistema GISA è, altresì, adeguato alla cooperazione con gli altri sistemi informativi della PA, in particolare del Ministero della Salute e prevede l'inserimento delle attività anche di altri organi di controllo (NAS, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Nucleo anti Frodi, Capitaneria di Porto, Polizia stradale).

Il "Macroprocesso C.U." del Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali può essere così schematizzato:

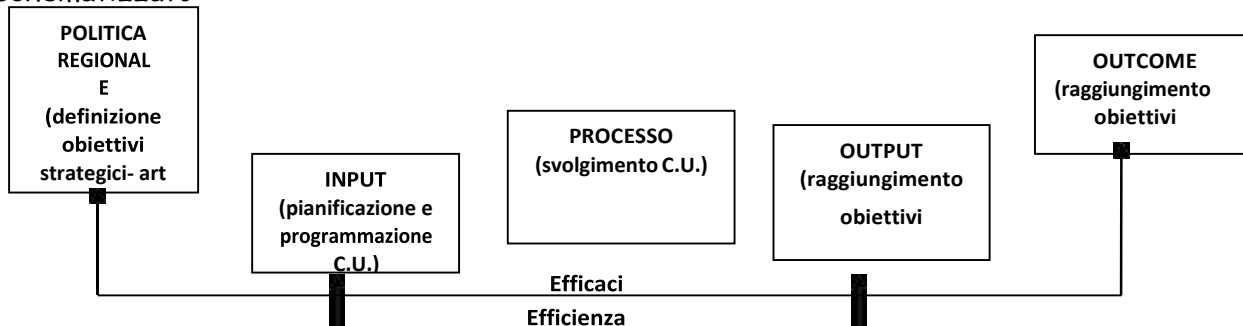


Figura : Macroprocesso C.U.

Macroaree							
Alimenti	Sanità animale	Mangimi	Benesser e animale	Sanità del lepianete	Sottop rodotti	Farmaci veterinari	Altro
Settori							
Sicurezza degli alimenti di origine animale	anagrafe	Mangimi	Benesser e Animale	Controlli sul territorio	Sottop rodotti di origine animale	Farmacovig ilianza	Zoonosi nell'uomo e M.T.A.
Sicurezza degli alimenti NON di origine animale	Malattie infettive e parassitari		Sperime nt.	Fitosanitari	Materi ale specifi	Farma cosorve glianza	Ambiente

			Animale		c		
Qualità merceologica	Riproduzione animale						Igiene urbana veterinaria e lotta al randagismo
Produzioni Agroalimentari							Sistemi
Acque potabili e Minerali							
Nutrizione umana							
Alimenti destinati ad una							
Materiali a contatto con gli							

*Tabella : Elenco delle macro-aree e dei settori*

Ai fini di una corretta programmazione dei controlli ufficiali, tutti gli stabilimenti/aziende le cui attività ineriscono la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria sono categorizzati in base al rischio accertato o ex ante.

Sono previste cinque classi di rischio a cui corrispondono appropriate frequenze, modalità, tecniche ed intensità dei controlli ufficiali a farsi, secondo il criterio che ad un più alto rischio corrisponde una maggiore frequenza ed intensità di controllo. Le categorie sono divise in base ad un punteggio assegnato in occasione della sorveglianza, calcolato automaticamente attraverso check list inserite nel sistema informatico GISA, secondo il seguente schema:

Categorie di rischio	
da 0 a 150	Categoria di rischio 1
da 151 a 250	Categoria di rischio 2
da 251 a 350	Categoria di rischio 3
da 351 a 450	Categoria di rischio 4
oltre 451	Categoria di rischio 5

*Tabella : Categorie di rischio*

Ad un punteggio più elevato corrisponde un rischio più elevato e le imprese rientranti in

tale categoria sono soggette a controlli più frequenti (ispezioni, audit) rispetto a quelle di categoria di rischio inferiore. Tale criterio di programmazione consente di mirare i controlli e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse dell'AC.

Per consentire una adeguata distribuzione del personale addetto alle attività di controllo è stato standardizzato a livello regionale un sistema di calcolo delle performance, sia individuali che di struttura, che consente valutare la congruità del personale disponibile e di elaborare il piano triennale dei fabbisogni delle AASSLL per garantire l'esauritivo espletamento delle attività di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Il sistema, approvato in occasione del Piano Regionale Integrato 2011-2014 (DGRC n. 377/2011), ha subito nel PRI 2015-2018 (DGRC n. 617/2015), poi prorogato a tutto il 2019, i necessari correttivi sulla base di alcune criticità emerse nel corso della sua applicazione. Il sistema consente di verificare, in occasione della programmazione regionale annuale, le potenzialità dei servizi territoriali a livello capillare e di intervenire sulle Direzioni strategiche aziendali, qualora emergano carenze di personale, per sollecitare il reclutamento nelle forme previste.

Alla valutazione di carattere quantitativo delle risorse umane, attraverso il citato sistema di calcolo delle performance, si associa il monitoraggio sulla qualità delle prestazioni attraverso il Piano degli audit interni e delle attività di verifica dell'efficacia. Il sistema regionale di verifica dell'efficacia dei controlli prevede, infatti, sia audit interni, sia apposite "supervisioni" secondo le procedure stabilite con il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario DCA n. 97/2010, effettuati dal Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.). La Regione (ACR) trasmette alle AASSLL (ACL) un programma di audit e di supervisioni elaborato secondo i seguenti criteri:

- ❖ Nei quattro anni tutte le AASSLL e tutti i settori del "audit universe";
- ❖ Valutazione del rischio legato a pericoli emergenti del territorio;
- ❖ Follow up di audit precedenti.

Il livello qualitativo delle prestazioni del personale medico e veterinario incaricato dell'esecuzione dei controlli ufficiali viene elevato attraverso un'intensa attività di formazione. Quest'ultima, oltre che nelle iniziative delle singole AASSLL, trova attuazione nel Piano formativo annuale regionale affidato sia l'IZSM che, per le materie di rispettiva competenza, ai Centri di riferimento regionali, sedi operative del Polo Didattico Integrato.

Tra gli obiettivi strategici regionali è prioritario l'ottenimento per la Regione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica. Attraverso la consulenza dell'IZSS e la condivisione con il Ministero della Salute ed i competenti centri di riferimento nazionali è stato elaborato un Piano straordinario che prevede misure particolari quali:

- Definizione e standardizzazione delle misure di biosicurezza per gli allevamenti bufalini per contrastare l'ingresso e l'uscita degli agenti patogeni;
- Identificazione delle aree a rischio attraverso criteri di natura epidemiologica nelle quali attuare misure straordinarie;
- Protocolli diagnostici maggiormente efficaci nell'identificazione degli animali infetti della specie bufalina;
- Realizzazione della banca genetica dell'intero patrimonio bufalino campano per contrastare le movimentazioni irregolari e la sostituzione di capi infetti con i sani.

Anche in materia di igiene urbana veterinaria e di prevenzione e controllo del fenomeno del randagismo la Regione ha inteso dotarsi di un Centro regionale di riferimento (DGRC n. 209/2010 - CRIUV), considerandone le attività di particolare interesse per le ripercussioni sia di carattere sanitario che sociale. Oltre alle funzioni tipiche dei Centri di riferimento, quali l'affiancamento, la formazione del personale delle AASSLL, il CRIUV eroga prestazioni di elevata complessità e monitora costantemente tutti i canili presenti nel territorio regionale, assicurandone il rispetto delle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, nonché l'esatto allineamento con l'anagrafe canina regionale.

Altro obiettivo strategico è il controllo del fenomeno dell'antimicrobico resistenza in attuazione dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 recante il "Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017- 2020" che declina indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome. In questo contesto si colloca il DMS dell'8 febbraio 2019 concernente le modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità del farmaco veterinario e dei mangimi medicati. Ai fini del controllo della ricetta elettronica in termini numerici e di congruenza con i farmaci prescritti, è stato attivato un piano di monitoraggio di farmacovigilanza che prevede il controllo del 33% all'anno delle aziende zootecniche, così da garantire in tre anni il controllo dell'intero patrimonio zootecnico. In merito alle aziende zootecniche con autorizzazione alla scorta farmaci, così come le parafarmacie, le farmacie, i depositi, sia con vendita all'ingrosso che al dettaglio, e le strutture veterinarie con scorta, il controllo è attuato con cadenza annuale sul 100% delle imprese esistenti. Nel corso dei controlli ufficiali viene verificata l'appropriatezza e la congruenza della ricetta. In sostanza non essendo prevista più la ricetta cartacea, presso le AASSLL non corre più l'obbligo di registrare e numerare le ricette in quanto tale compito è già assolto dal sistema elettronico nazionale, che consente un conteggio puntuale ed immediato di tutto ciò che riguarda il farmaco veterinario.

#### **Obiettivi e Indicatori**

- a. *Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile*
  - Riduzione del livello medio della categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro- alimentare
- b. *Eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente*
  - Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi
  - Riduzione del 10% della prevalenza di infezione dell'anno precedente per la tubercolosi e brucellosi
- c. *Riduzione del fenomeno del randagismo canino*
  - Riduzione numero dei cani vaganti con allineamento agli indicinazionali

#### **6.1.2.4 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale**

Scopo primario della sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale è favorire azioni di prevenzione primaria: identificare possibili fonti ambientali di rischio per la salute delle popolazioni e proporre la loro rimozione e/o mitigazione. L'identificazione di possibili correlazioni tra fonti di rischio e salute, ricerca che richiede tempi spesso lunghi e procedure complesse.

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

- Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macro aree di grandi dimensioni;
- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante. Negli studi di epidemiologia oncologica appare opportuno, inoltre, considerare che a fronte di una generica definizione di "patologia neoplastica" ci si confronta quotidianamente con oltre 230 diversi tipi di tumori tra loro distinti per cancerogenesi, sedi/organi interessati, tempi di latenza. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale implica la conoscenza e la puntuale definizione degli elementi in studio, tra cui i principali:

- Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
  - Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
  - Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.
- La realizzazione dei punti sopra indicati implica come pre-condizione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

### **Obiettivi e Indicatori**

*a. Implementare sull'intera azienda un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti*

➤ *Pubblicazione di un atlante aziendale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2018*

➤ *Pubblicazione di un atlante aziendale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018*

➤ *Pubblicazione di un atlante aziendale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2018*

*b. Georeferenziazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale,*

➤ *Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale*

### 6.1.3 LE POLITICHE DI PREVENZIONE

#### 6.1.3.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

In particolare, nel Programma B, è prevista l'Azione B.5, "Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico "con l'identificazione e la presa in carico dei pazienti a rischio di MCNT.

Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" con interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni.

Nello specifico il programma B del PRP 2014-2018 prevede una serie di interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni. Ciò rappresenta un'opportunità nel campo della prevenzione perché propone accanto all'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello della "carta del rischio") una valutazione degli stili di vita e di una serie di parametri (pressione arteriosa, altezza, peso, BMI, ecc.) su popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.

Il programma B - azione B.5 del PRP 2014-2018 prevede attività finalizzate all'identificazione e alla presa in carico dei soggetti a rischio di MCNT al fine di ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e ulteriore disabilità in tali soggetti, anche attraverso la promozione e la diffusione dell'attività fisica, utile per la prevenzione di numerose patologie e disturbi e per la promozione del benessere.

#### **Obiettivi e Indicatori**

*a. Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni*

➤ Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia

➤ Numero di counselling sull'adozione di corretti stili di vita promossi nei soggetti a rischio medio Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso

*b. Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate*

➤ Numero di strutture, individuazione da parte dei Distretti, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale

### 6.1.3.2 Prevenzione patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di **prevenzione primaria** che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultati tangibili è il campo della **prevenzione secondaria**: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia.

Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

La sopravvivenza oncologica e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologia oncologica, sono significativamente influenzati da due elementi prioritari: anticipazione diagnostica e qualità del successivo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Relativamente ai tre tumori per i quali sono stati validati gli screening organizzati di popolazione, la Regione Campania presenta un significativo differenziale (negativo) della sopravvivenza oncologica rispetto al POOL Italiano dei Registri Tumori (dati AIRTUM): mammella -3,5, cervice uterina -2,5, colon retto -5,5 punti percentuali di sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi; inoltre, in riferimento al tumore del colon retto, non si evidenzia in Campania il trend temporale in diminuzione del tasso di incidenza annuo, trend che è influenzato da un efficiente screening organizzato di popolazione e che è presente in altre macroaree geografiche dell'Italia.

Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a:

- ❖ anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia;
- ❖ ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

In merito alla sopravvivenza va rilevato che attualmente la Regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta una sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi significativamente più bassa, rispetto alla media nazionale, proprio per i tumori screening detected. Nel caso del tumore del colon retto e della cervice uterina lo screening non solo ha dimostrato una potente azione di anticipazione diagnostica e aumento della sopravvivenza, ma anche una significativa azione di prevenzione primaria: con la rimozione precoce di lesioni

precancerose se ne impedisce la progressione verso la cancerizzazione, ottenendo l'importante risultato della riduzione della incidenza dei tumori del colon - retto e della cervice uterina.

Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

In coerenza con quanto stabilito nel "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019- 2021" la Regione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della ricognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissariale con il quale, da un lato, si avvia la ricognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle Aziende.

- ✚ La definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I e II livello, per ciascuna ASL;

- ✚ La definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;

- ✚ Le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;

- ✚ Il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;

- ✚ Strutturare sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;

- ✚ Coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;

- ✚ Dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA n. 39 del 03.05.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";

- ✚ Condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale all'adesione alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit.

### **Obiettivi e Indicatori**

#### **a. Rimodulazione procedure operative**

##### **i. Screening del colon retto**

- 1. raggiungimento di una estensione del 90% e di una adesione al 30%**

##### **ii. Screening della mammella fascia di età 50/69 anni**

- 1. raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 40%**

##### **iii. Screening della mammella fascia di età 45/49**

1. Raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% e di una adesione del 30%

iv. Screening della cervice uterine

1. raggiungimento di una estensione dell'85% e di una adesione del 35%

b. Programmazione di corsi di formazione annuali per i tre screening; particolare attenzione sarà dedicata alla formazione degli operatori dello screening del cervicocarcinoma in considerazione del passaggio dello screening dal Pap Test all'HPV test, su tutto il territorio regionale

1. Documento di formalizzazione corsi di formazione

c. Anticipazione diagnostica e miglioramento della sopravvivenza oncologica dei tre tumori oggetto di screening organizzato di popolazione

i. Aumento significativo su base regionale delle percentuali di stadiazione iniziali delle neoplasie oggetto di screening

d. Raggiungimento per i tre screening di una estensione reale dell'85% e di una adesione del 60%

e. Implementazione sull'intero territorio regionale dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

f. Identificazione delle famiglie a rischio genetico, come previsto dal PDTA dei tumori eredo familiari, in modo universale per i pazienti affetti da K ovaio e colon, e secondo categorie di rischio per la mammella. Si istituirà un registro delle mutazioni incidenti sul territorio regionale. I centri di genomica regionali saranno messi in rete per soddisfare i bisogni di prevenzione eredo-familiare per colon mammella e ovaio

i. Numero di famiglie a rischio identificate rispetto all'atteso aziendale.

### 6.1.3.3 Prevenzione patologie cardiovascolari

#### Prevenzione infarto

Fondamentale risulta il percorso integrato Ospedale-Territorio per la gestione del Paziente con Infarto Acuto del Miocardio. Tale percorso vede impegnati gli specialisti delle UO di Cardiologia dei PP.OO dell'ASL, con l'attuazione degli indicatori di processo per la corretta gestione del paziente nel post-infarto. Sul Portale Saniarp è disponibile il Registro Infarto che viene compilato in dimissione e visibile al curante del paziente.

#### Prevenzione e trattamento scompenso cardiaco

Valido il percorso integrato Ospedale -Territorio per la gestione del Paziente con Scompenso Cardiaco.

Sul Portale Saniarp è disponibile la scheda on line di arruolamento paziente scompensato e possibilità da parte del MMG di prenotare la visita.

#### **Obiettivo aziendale:**

a. *Ridurre il numero di ricoveri per scompenso cardiaco*

➤ N. di ricoveri per scompenso cardiaco con riduzione di almeno il 30 % rispetto al 2019

### 6.1.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quel che concerne la governance

farmaceutica intrapreso le seguenti azioni:

- ❖ *Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata;*
- ❖ *Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche;*
- ❖ *Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti;*
- ❖ *Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari;*
- ❖ *Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata;*
- ❖ *Farmacia dei servizi;*
- ❖ *Dispositivi Medici.*

#### **6.1.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata**

I dati OSMED 2018, in merito alla spesa lorda pro-capite pesata erogata in regime convenzionato mostrano che la Regione Campania ha una spesa pro-capite lorda ben superiore rispetto alla media nazionale. Pertanto, tutte le azioni che la Regione Campania intende mettere in atto sono volte a ricondurre la spesa pro-capite lorda convenzionata entro la media nazionale.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica campana è stata implementata una piattaforma di analisi dei dati, in grado di fornire risultati aggregati su tre distinti livelli: ASL, Distretto Sanitario di Base e Medico Prescrittore.

Tale reportistica da sviluppare, nel prossimo triennio comprenderà: dati di spesa e consumo; indicatori di benchmarking riferiti a ciascuno dei tre livelli di analisi (ASL, DSB, MMG) con possibilità di effettuare ulteriori approfondimenti ove necessario; indicatori relativi ai farmaci equivalenti; indicatori relativi al consumo di antibiotici (J01) così come previsto dal Decreto n. 138/2018.

Periodicamente, tale reportistica da inviare ai responsabili dei Distretti, i quali dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni in base alle specifiche richieste.

Attraverso tale sistema sarà possibile valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie attuate in modo da poter assegnare a ciascuna distretto specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata entro i tetti programmati.

##### ***Obiettivi e Indicatori***

*a. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che monitori la spesa ed il consumo della farmaceutica convenzionata*

➤ *Numero di report prodotti relativi la spesa ed il consumo dei farmaci con particolare riferimento a dati di spesa e di consumo relativi alla spesa farmaceutica convenzionata stratificati per ASL, DSB e MMG*

#### **6.1.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie**

La cronicità oggi giorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati, abbia come mission quella di

garantire al paziente un percorso di cura appropriato implementando l'aderenza alle terapie farmacologiche. Pertanto necessita mettere in atto tutte le strategie volte al monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche al fine di migliorare la stessa ed ottimizzare la spesa farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati.

A tal fine è necessario realizzare un sistema di monitoraggio che vada a valutare l'aderenza alle terapie farmacologiche per le principali patologie croniche in modo da intervenire tempestivamente sulle eventuali inapproprietezze prescrittive riscontrate.

In particolare, saranno oggetto di valutazione l'aderenza alle terapie nelle seguenti patologie croniche: Diabete, Osteoporosi, Asma e BPCO (con possibilità di integrarne ulteriori).

Inoltre, al fine di coinvolgere quanto più possibile il paziente nei percorsi di cura sarà fornita una piattaforma informatica volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie.

I dati dell'ASL Napoli 3 Sud per gli anni 2019, 2020 e 2021 per l'aderenza per il Diabete, per l'Osteoporosi, per la BPCO e per l'ASMA, sono pubblicati sul sito aziendale

#### **Obiettivi e Indicatori**

- a. *Definizione di nuovi obiettivi da assegnare inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche*
- b. *Realizzazione di Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Ar.p./CIRFF che valuti l'aderenza alle terapie farmacologiche*
  - Numero di report prodotti
- c. *Realizzazione di una piattaforma volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie*
  - Divulgazione dell'applicazione informativa regionale MiCuro

#### **6.1.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti**

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica all'interno del tetto di spesa programmato (7,96%), oltre che quella a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge in capo allo stesso. Pertanto, occorre potenziare le azioni di monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al periodo dell'anno precedente, verso l'andamento nazionale e all'interno della Regione e per singolo distretto. Attraverso i dati mensili rilevabili dal sistema TS- Sogei, verranno effettuate analisi dettagliate per singola classe di farmaco. Le analisi troveranno il proprio rationale anche dalla variabilità dei consumi per classi di farmaci specifici e ad alto impatto prescrittivo.

Verranno intraprese anche azioni correlate ad una corretta informazione relativamente ai farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Nell'ASL Napoli 3 Sud la percentuale di equivalente è visibile sulla pagina internet di competenza.

#### **Obiettivi e Indicatori**

- a. *Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini*
- i. Campagne formative/informative realizzate di concerto con il settore comunicazione supportate dai dati rilevati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza relativamente alle

segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci equivalenti e non

*b. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna Distretto*

*i. Prevedere specifici indicatori che ciascuna distretto dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno)*

#### **6.1.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari**

I farmaci biosimilari, oggi, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, l'ASL per il triennio 2022-2024 dovrà potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

L'incentivo all'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naive, dove il medico deve indicare attraverso la piattaforma informatica regionale prescrittiva le motivazioni al non utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso nell'anagrafe delle gare messe in essere dalla centrale di committenza So.Re.Sa. SpA, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (switch terapeutico) secondo quanto indicato nel secondo position paper redatto dall'AIFA.

In particolare, attraverso il sistema informatico prescrittivo regionale (piani terapeutici informatizzati-Sani.arp), consentirà alla Direzione Strategica e ai Direttori dei Distretti di valutare l'andamento prescrittivo per singolo Centro Prescrittore, per singolo Medico afferente allo stesso, per singolo farmaco e per specifica indicazione terapeutica.

Le valutazioni prescrittive che verranno richieste ai Direttori dei Distretti (DS) dovranno tenere conto dell'andamento prescrittivo dei farmaci biosimilari rispetto ai corrispondenti farmaci biologici originator per singola indicazione terapeutica.

Inoltre, verrà valutato per singola indicazione terapeutica anche l'andamento prescrittivo del biosimilare verso altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica.

Inoltre, i DS relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi % di utilizzo di biosimilari.

#### **Obiettivi e Indicatori**

*a. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica*

*i. Numero di report prodotti*

*b. Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Il disposto indicherà le % di utilizzo dei farmaci biosimilari che i distretti dovranno raggiungere. Le % saranno diverse per singolo farmaco e varieranno in maniera % per anno, in quanto terranno conto sia degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente che della patologia*

*c. Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo*

#### **6.1.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata**

Con il DCA n. 97/2016 è stato definito l'elenco unico dei farmaci Distribuiti in nome e per Conto e la tariffa massima di remunerazione in tutta la Regione Campania.

Ciò nonostante per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL.

La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stessa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

##### **Obiettivi e Indicatori**

*a. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arpa/CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC*

➤ Numero di report prodotti

#### **6.1.5 La gestione delle liste di attesa**

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa.

A rafforzare l'azione di governo dei tempi di attesa, in data 8 agosto 2017 la Regione Campania ha approvato il DCA n. 34 "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018" che ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sentinella, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA n. 34/2017 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato previsto un costantemente monitoraggio dell'attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA n. 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori) nonché incontri continui di briefing con i referenti aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

In relazione agli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 in tutte le Aziende Sanitarie è stato nominato un referente unico per le liste di attesa e si è proceduto ad informatizzare le agende aziendali, a strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi e l'attività istituzionale da quella libera professionale, nonché ad organizzarle secondo le classi di priorità.

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle

ore di specialistica ambulatoriale, regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell'attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

A tal fine con DCA n. 56/2019 è stato modificato, anche alla luce del PNGLA 2019-2021, il DCA n. 95 del 05.11.2018, già a integrazione e modifica del DCA n. 60/2018.

Con tale decreto la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e, con successivo DD n. 24/2019, ha costituito l'Organismo Paritetico ALPI.

A supporto delle attività di governo dei tempi d'attesa, la Regione ha implementato l'adozione di una Piattaforma regionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa in grado di monitorare in tempo reale e/o in intervalli di tempo codificati, la prima disponibilità e la performance delle prestazioni per ciascuna Azienda.

La Piattaforma liste di attesa consente l'estrazione dei dati del monitoraggio ex ante previsto dal Questionario LEA nonché l'analisi delle performance anche in funzione degli obiettivi previsti dal monitoraggio ex post. Oltre il cruscotto "Monitoraggio ex ante", essa comprende i seguenti cruscotti:

- ✚ Performance prenotati;
- ✚ Performance erogati;
- ✚ Performance ricoveri;
- ✚ Prima disponibilità;
- ✚ Monitoraggio Volumi Istituzionali/ALPI;

ed include una sezione "Trasparenza" che presenta un cruscotto "Liste di attesa performance" da dove si evince la percentuale di garanzia dei tempi di attesa e un cruscotto "Liste di attesa prime disponibilità" che consente al cittadino di accedere in tempo reale alla prima disponibilità per ogni prestazione di ciascuna Azienda Sanitaria.

Con DD n. 93/2019, è stata recepita l'Intesa del 21 febbraio 2019 sul PNGLA 2019-2021 e promosso, quale strumento di governo clinico, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei - con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con DCA n. 52/2019 la Regione ha provveduto all'adozione del PRGLA 2019-2021 in linea con il PNGLA 2019-2021.

Il Piano regionale mira, tra l'altro, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte di MMG, PLS e specialisti, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei PDTA coerentemente con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie. Inoltre, il Piano Regionale prevede la revisione degli ambiti territoriali e la realizzazione dei Percorsi di Tutela a Garanzia del cittadino in collaborazione sia con altre strutture Pubbliche che con le strutture accreditate presenti sul territorio.

### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Recepimento dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il*

*triennio 2019-2021*

*i. Adozione del Decreto Dirigenziale*

*b. Monitoraggio e Valutazione Tempi di attesa delle prestazioni indice*

*c. Valutazione del numero di prestazione erogate in attività ordinaria rispetto a quelle erogate in intra moenia*

**6.1.6 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore**

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici".

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

Nell'ambito delle azioni da mettere in atto per garantire la sicurezza dei pazienti rientra anche la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

L'ASL in ottemperanza alle direttive nazionali ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori attuando il programma Regionale di Gestione del Rischio declinato nei Programmi Operativi precedenti.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- ✓ L'ASL si è dotato di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico ;
- ✓ Sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";
- ✓ È stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità- Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- ✓ Monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- ✓ Pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze;
- ✓ Attuazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute di pazienti ospedalizzati;

### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Monitorare l'Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nei PPOO*

i. *Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni presidio*

b. *Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico*

i. *Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende*

ii. *Report annuale di attività*

c. *Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella*

i. *Report annuale di attività*

d. *Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale*

i. *Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche*

e. *Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte dell'ASL Napoli 3 Sud, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana.*

## **6.1.7 OBIETTIVI DI RIORGANIZZAZIONE**

### **6.1.7.1 Riorganizzazione dei distretti sanitari**

La Regione Campania riconosce nel Distretto Sanitario il soggetto centrale nel governo delle attività territoriali, affermando i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia e orientando la dinamica di offerta "sanitaria" (servizi, prestazioni) verso l'offerta di "salute" (outcomes, esiti), in adesione agli standard previsti dai sistemi di garanzia e dal programma nazionale esiti.

In coerenza con tali assunti, la Regione individua il Territorio quale ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo e presidiando fortemente l'integrazione sanitaria e sociosanitari.

In ogni distretto sanitario devono essere organizzati:

- **La Porta Unitaria di Accesso**, costituita ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento. La porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico *gate-keeper*, dove si concentrano le potestà di organizzazione ed orientamento, superando la dispersione indotta da porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", deve essere anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico.

▪ **L'Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM)**, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi. L'Unità di Valutazione effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM è composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMG/PLS del paziente, l'assistente sociale. Essa può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronicodegenerative, disagio, tossicodipendenza, cure domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso per i bisogni complessi a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia.

#### 6.1.7.2 Riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, e della Legge Regionale n. 32/1994 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla promozione della tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita. Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): **con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione.** All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA:

- ✚ sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- ✚ tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- ✚ sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- ✚ salute animale e igiene urbana veterinaria;
- ✚ sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- ✚ sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione

nutrizionale;

✚ attività medico legali per finalità pubbliche.

### **6.1.7.3 Dipartimento delle dipendenze**

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. Attualmente sono operative le tipologie assistenziali Terapeutico-riabilitativo e minor misura Pedagogico-riabilitativo, mentre le tipologie specialistiche Doppia Diagnosi, Accoglienza, Minori TD, Madre Bambino sono in corso di attivazione, coerentemente all'accordo di riconversione posti letto approvato con DCA 54/2019.

Con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poliassuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione permane quella 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 2.376, al 31/12/2018 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. Riorganizzazione che la Regione ha già avviato attraverso l'attuazione del Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche (DCA 86/2016) e del Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo (DCA 81/2018).

Questo dato sommato alla slatentizzazione, in diversi consumatori, di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico , pubblico (Ser.D.) e privato accreditato (Comunità terapeutiche), ad un forte raccordo sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che inter-istituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007) al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (vedi doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il Disturbo da gioco d'azzardo, reinserimento socio lavorativo ecc ). Il raccordo è attualmente garantito dal Dipartimento Dipendenze, che include Servizi medici, psicologici, sociali ed educativi. I Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool con un aumento dei cittadini in carico. Il cambiamento dei nuovi stili di consumo e la crescita esponenziale del poliabuso (cocaina, nuove sostanze ed alcol), impongono oggi ai servizi nuove sfide: gli attuali organici devono essere necessariamente rivisti, così come devono essere rivisti gli spazi della cura e l'approccio stesso con i nuovi consumatori e i cittadini con dipendenza di questo millennio. Nell'anno 2020, la politica degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Napoli 3 Sud si muoverà seguendo proprio questo cambiamento in continuità con le azioni già svolte negli anni passati. L'attenzione sarà rivolta alla Prevenzione

universale e selettiva delle addiction (chimiche e comportamentali) negli Istituti Scolastici Secondari di 2° grado di tutto il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud, attraverso programmi di prevenzione attuati dai singoli Ser.D. e coordinati nelle modalità e finalità generali dal Dipartimento Dipendenze; alle problematiche correlate alla comorbidità psichiatrica e al poliabuser; grande attenzione sarà data alla presa in carico dei cittadini con dipendenze comportamentali, in particolare il disturbo da gioco d'azzardo. Inoltre, si integreranno le attività trattamentali già in essere presso i Ser.D. e le Comunità Terapeutiche con interventi terapeutico-riabilitativi di semiresidenzialità presso i Centri deputati. Inoltre, proseguiranno gli interventi volti all'eradicazione delle patologie infettive correlate ai disturbi di dipendenza, con interesse precipuo all'attuazione degli screening finalizzati all'attuazione dei percorsi terapeutici per la negativizzazione dell'epatite C per tutti i pazienti in carico. Fondamentale risulta anche uno studio attento dell'efficacia degli interventi dei Ser.D. sulla popolazione degli utenti presi in carico, per poter meglio orientare interventi, protocolli e terapie. Non solo. Un follow up sistematico serve anche a calibrare i percorsi formativi per il personale, garantendo una costante crescita della qualità stessa degli interventi.

#### **6.1.7.4 Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio-Le Reti.**

##### **Rete Materno-Infantile**

La Regione Campania programma una rinnovata Rete Materno-Infantile con i seguenti obiettivi:

- ✚ Integrazione tra territorio-ospedale-territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati per la madre e il nascituro, attraverso una migliore presa in carico e la continuità assistenziale;
- ✚ Rimodulazione dell'assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura delle gestanti e dei neonati, bambini e adolescenti favorendo l'adeguamento professionale e formativo delle ostetriche dei ginecologi, dei pediatri, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure perinatali;
- ✚ Definizione di una rete socio-sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali e la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del neonato, del bambino e dell'adolescente.

##### **Integrazione delle reti tempo-dipendenti**

Nell'ambito della definizione delle Reti tempo-dipendenti correlate all'assistenza ospedaliera, la Regione ha definito con DCA n° 64 del 2018 e DCA n°63 del 2019, la propria rete IMA e la propria rete ICTUS. Tali documenti, rispondenti ad un'esigenza prioritariamente legata all'area dell'emergenza, devono necessariamente essere estesi da un lato al versante della prevenzione della patologia, dall'altro alla presa in carico del paziente dopo l'evento acuto.

#### **6.1.8 LA COMUNICAZIONE SANITARIA**

L'ASL ritiene fondamentale per l'area sanitaria strutturare processi di comunicazione specifici. La Comunicazione Sanitaria rivolta al cittadino permette di informare, accrescere

le competenze, divulgare informazioni sanitarie appropriate.

L'ASL da anni attua campagne di comunicazione specifiche su temi di grande impatto sociosanitario tali da poter indurre cambiamenti positivi nell'approccio degli individui alla salute o prevenire cambiamenti negativi rispetto al peggioramento dello stato di salute della popolazione residente nel territorio.

Saranno utilizzati i diversi canali della comunicazione, prodotti editoriali, cartellonistica, campagne media mediante i giornali, la radio, la televisione; differenziando di volta in volta il messaggio in base all'argomento, alla finalità ed al target.

L'uso dei social network ha apportato un profondo cambiamento nella prospettiva dell'organizzazione, passando da una comunicazione top-down a una comunicazione orizzontale, dando la possibilità ai cittadini di parlare sui profili social dell'ASL.

Il web sociale sta perciò emergendo sempre più come grande repository di informazioni sulla salute e come spazio di dialogo, condivisione e partecipazione dei cittadini/pazienti: in virtù di ciò è necessario che la comunicazione istituzionale si aggiorni, si adegui e si "impossessi" di questi nuovi canali per utilizzarli al meglio per veicolare informazioni e messaggi corretti

### **Obiettivi e Indicatori**

*a. Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete.*

*i.Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione*

*b. Formare e coinvolgere i cittadini più giovani. La prevenzione e l'orientamento a stili di vita corretti devono necessariamente iniziare in giovane età, per questo il processo di empowerment deve iniziare con la scolarizzazione, fino a far divenire i giovani maestri e motore di cambiamento del mondo adulto*

*i.Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione*

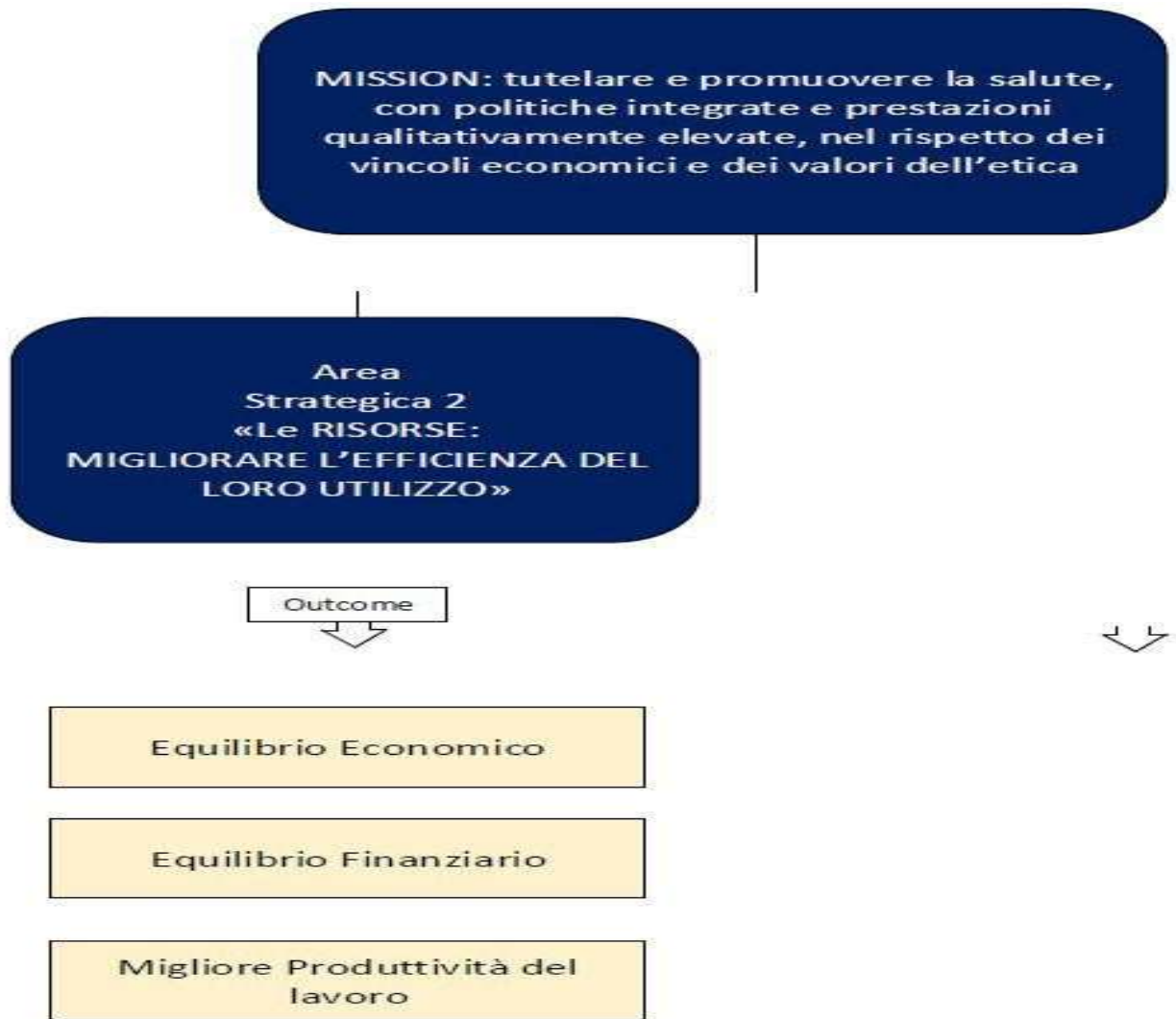
*c. Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani"*

*i.Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti*

*d. "Umanizzazione delle cure" è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità desidera recuperare realmente l'aspetto "umano" della cura, accostandosi, oltre che con le competenze mediche e l'aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza*

*i.Numero interventi informativi e formativi prodotti nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti.*

### 6.1.9 Obiettivi Economici



#### 6.1.9.1 Tempestività dei pagamenti

La Regione Campania, intende proseguire anche nel triennio 2022-2024, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento. Attualmente la Centrale Unica di Pagamento è attiva per tutti i tipi di pagamenti sulle Aziende Sanitarie. Alla progressiva entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP in tutte le aziende sanitarie si affiancherà l'entrata a regime dei servizi centralizzati di pagamento (CUP So.Re.Sa.) come da DCA 68/2019.

Nonostante per i debiti correnti delle aziende sanitarie si registrino ad oggi tempi di pagamento entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa inficia le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione:

- i. entrata a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni;
- ii. azzeramento della debitoria pregressa.

### **Obiettivi e indicatori**

a. *Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico*

i. Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2019) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2022, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP)

b. *Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa*

i. Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente da parte di ogni azienda per l'anno 2021 anche sul debito pregresso

### **6.1.9.2 Programma 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR**

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze micro-aziendali e di singola transazione.

La contabilità analitica, cardine dell'UOC Controllo di Gestione non è più rinviabile, l'attuazione della stessa è obiettivo precipuo dell'U.O. di cui sopra.

L'adeguamento di tutte le procedure amministrativo contabili, come definito del DCA 63/2018, da applicare nel rispetto delle aree aziendali definite dal PAC (Parte Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Crediti e Ricavi, Aree Disponibilità Liquide, Area Patrimonio Netto e Area Debiti e Costi), avrà il principale obiettivo di miglioramento dei processi aziendali delle Aziende Sanitarie, incidendo in maniera efficace sulla corretta definizione di ruoli e responsabilità. Tale attività inoltre rappresenta uno dei primi fondamentali passi nel percorso di certificabilità dei bilanci consentendo inoltre di monitorare nel corso del tempo lo stato di avanzamento di ogni singola Azienda.

Un altro importante obiettivo da raggiungere, previsto dal programma ex art. 79, su cui la Regione Campania ha investito fortemente, è rappresentato dallo sviluppo di un sistema di controllo interno contabile volto a garantire ad ogni Azienda Sanitaria del SSR la possibilità di valutare l'efficienza dei processi aziendali e l'attendibilità del sistema di informazioni economiche-finanziarie.

### **Obiettivi e Indicatori**

a. *Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità dei Bilanci*

➤ *Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate*

b. *Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile*

➤ *Percentuale di implementazione del sistema di Internal Audit*

### **6.1.9.3 Risorse, efficienza ed economicità**

Si sviluppano sinteticamente le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario desumibili dal ciclo di bilancio, ad integrazione degli obiettivi e risultati riportati nei precedenti paragrafi. In particolare sono esplicitati i principali valori di bilancio e i risultati, prevalentemente in termini di efficienza ed economicità. Il principale documento di riferimento è costituito dal bilancio consuntivo e relativo "**Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio**", come previsto dall'art. 22 del D. Lgs. n. 91/2011 che, per le amministrazioni centrali dello Stato, corrisponde alle note integrative disciplinate dall'art. 21, comma 11, lettera a), e dall'art. 35, comma 2, della legge n. 196/2009. Un ulteriore riferimento è costituito dai processi di analisi e valutazione della spesa, ai sensi dell'art. 4, del D. Lgs. n. 123/2011, anche nell'ambito delle attività previste dall'art. 27 dello stesso decreto.

#### ***Analisi dei costi***

***Si rimanda al sito web aziendale***

## **6.2 COLLEGAMENTI CON IL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

**Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione e sulla Trasparenza**

Si rimanda al settore di specifica competenza

## **7. OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI 2022**

Il ciclo di programmazione aziendale, di seguito rappresentato, si compone delle seguenti fasi:

- pianificazione strategica (livello strategico)
- programmazione operativa (livello operativo)
- monitoraggio degli obiettivi (sistema di controllo)
- valutazione degli obiettivi

### **7.1 La pianificazione strategica e la programmazione**

**La pianificazione strategica** è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del PSSR e degli obiettivi regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

**Il processo di programmazione e controllo direzionale** è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento.

Il sistema di programmazione e controllo direzionale deve necessariamente dotarsi di strumenti di supporto tra i quali il sistema di budget, non più rinviabile, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting.

Il sistema di budget, una volta attivato, rappresenta il sistema operativo principale della programmazione e del controllo di gestione. Tale sistema può essere definito come l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati e pesati gli obiettivi di breve periodo con riferimento al Dipartimento e alla Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali che vi afferiscono nel rispetto delle responsabilità e autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento. Il sistema di contabilità direzionale è lo strumento operativo mediante il quale l'Azienda misura e archivia tutti i dati utile al fine di supportare il processo decisionale. Il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione e comunicazione periodica delle misure di performance attraverso appositi report di gestione. **L'articolazione delle linee strategiche individuate nel presente documento è rappresentata nel prospetto riportato nell'Allegato 2 "Schede obiettivi negoziati",** nel quale ad ogni obiettivo strategico vengono associati uno o più obiettivi operativi che, a loro volta, in fase di predisposizione del budget saranno assegnati ai Dirigenti e alle strutture aziendali e declinati attraverso indicatori, target e articolazioni temporali. Gli obiettivi potranno anche derivare dall'assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati e/o modificati in corso d'anno.

### **7.2 I documenti della programmazione sanitaria regionale, le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali**

#### **7.2.1 I documenti della programmazione sanitaria regionale:**

Nella predisposizione del sistema degli obiettivi vanno considerati in particolare i seguenti documenti della programmazione sanitaria regionale:

- **Delibera della Giunta Regionale n. 19 del 18/01/2020** avente ad oggetto "PRESA D'ATTO E RECEPIMENTO DEL "PIANO TRIENNALE 2019-2021 DI SVILUPPO E

RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191", APPROVATO CON DECRETO COMMISSARIALE N. 6 DEL 17/01/2020, AI FINI DELL'USCITA DAL COMMISSARIAMENTO"

- Deliberazione Giunta Regione Campania n. 372 del 06.08.2019 e Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 104 del 08.08.2019
- Deliberazione Giunta Regione Campania avente ad oggetto: "Accordo Rep. Atti n. 150/CSR del 4 agosto 2021, ex art. 1, c. 34 e 34 bis, Legge n. 662/1992, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2021 e ripartizione delle stesse e Approvazione Relazioni Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2020"
- Indicazioni regionali riguardanti l'attuazione del PNRR
- Provvedimenti, circolari e indicazioni relativi alla gestione dell'emergenza COVID-19 che richiedono una tempestiva e importante risposta del Servizio Sanitario nazionale e l'adozione di misure, anche straordinarie, di interesse per tutto il territorio nazionale.

#### **Le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali**

**Le linee strategiche individuate dal Piano triennale 2019 - 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, sono:**

- promozione della salute e prevenzione attiva
- modelli di risposta reattiva alle acuzie e ai bisogni di nuova insorgenza
- modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi e interventi per le fasce di popolazione vulnerabili
- revisione dell'assetto dell'offerta
- comunicazione al cittadino
- umanizzazione del sistema di cure
- sistemi informativi, sanità digitale, programmazione acquisti e logistica sanitaria, ricerca, innovazione ed health technology assessment
- regole del SSR, contenzioso
- risorse economico - finanziarie,
- risorse umane e professionali
- governance farmaci e dispositivi medici
- investimenti in patrimonio e tecnologie

#### **Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono:**

- ✓ gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
- ✓ il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- ✓ la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale

- ✓ l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018)
- ✓ la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità.
- ✓ Il rispetto dei tempi di pagamento.

**Indicare quali obiettivi specifici di natura preliminare:**

- ✓ erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta 'Griglia LEA' - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) della delibera di nomina o dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;
- ✓ rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- ✓ continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.

**Assegnare ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B) della Deliberazione Giunta Regione Campania n. 372 del 06.08.2019**

**Le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ex articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 sono le seguenti:**

- percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multi-cronicità, anche in relazione all'emergenza COVID-19
- promozione dell'equità in ambito sanitario
- costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
- Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
- la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio

### **7.3 I documenti della programmazione sanitaria aziendale, le linee di indirizzo e gli obiettivi aziendali**

#### **7.3.1 I documenti della programmazione sanitaria aziendale:**

- La rimodulazione dell'atto aziendale approvato con DCA n. 39 del 25/09/2017 e s.m.i. e provvedimenti di attuazione
- Il processo seguito per la valutazione della performance annuale del personale dirigente e del comparto dell'Azienda ASL Napoli 3 Sud, valido sino alla prossima pubblicazione del Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione dellaperformance
- **La deliberazione n. 642/2021**, avente ad oggetto l'adozione del Piano della Performance 2021-2023 e del Documento di Direttive 2021, che individuano gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali
- Deliberazione n. 1042 del 19.11.2021 avente ad oggetto l'approvazione del Bilancio Consuntivo dell'esercizio 2020.
- Piano del fabbisogno di personale per il triennio 2021 - 2023
- Indicazioni aziendali riguardanti la gestione dell'emergenza COVID-19
- Indicazioni aziendali riguardanti l'attuazione del PNRR

### **7.3.2 Le linee di indirizzo della programmazione aziendale 2022**

In generale, si premette che l'individuazione di scelte per il futuro non può prescindere dalle grandi discontinuità che caratterizzano le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari: il trend demografico ed epidemiologico, i nuovi modelli assistenziali guidati anche dall'evoluzione tecnologica e scientifica, la sostenibilità economica. Al tempo stesso, si rappresenta che le azioni previste per l'anno 2022, in analogia con i due anni precedenti, saranno fortemente condizionate dal perdurare dell'emergenza COVID-19.

È sulla base di queste considerazioni che si procederà nell'implementazione di un modello di servizio che sappia adeguarsi e modularsi correttamente alle mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione, alla necessità di una focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, all'organizzazione dei sistemi di cura territoriali sempre più a portata della popolazione di riferimento del territorio.

Anche grazie ai fondi del PNRR, sarà avviata una stagione di investimenti che consentirà di definire un nuovo modello di assistenza sanitaria che guardi ai bisogni delle persone e dei territori, attraverso una completa riorganizzazione delle strutture intermedie e delle reti territoriali in una logica di prossimità, multi - disciplinarità e multi - professionalità, con nuovi ospedali ma anche sanità del territorio e nuove tecnologie per una offerta di prossimità, più vicina ai bisogni delle persone. La presenza di presidi sanitari sul territorio si moltiplicherà, dando una risposta più immediata ai bisogni di cura espressi dal territorio. Inoltre, l'ampliamento e l'ammodernamento del parco tecnologico migliorerà la qualità delle cure negli ospedali, permettendo anche di aumentare il numero di esami che possono essere effettuati. Si guarda quindi ad un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, ma nella visione più ampia, si tratta anche di disincentivare comportamenti e stili di vita a rischio, promuovere stili di vita salubri fin dalla più tenera età, interventi di prevenzione primaria negli ambienti di vita e lavorativi e di prevenzione secondaria orientati anche a fasce di popolazione con atteggiamenti, valori e culture diversi dalla nostra fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari.

Il modello dei Percorsi Clinico assistenziali (PDTA) quale modalità di gestione dei problemi di salute, basati sulla centralità del paziente, sulla continuità assistenziale, sulla condivisione e sulla integrazione con i percorsi di prevenzione, che vanno oltre quindi il semplice processo di cura, rappresenta uno dei pilastri della riprogettazione assistenziale e, oltre a garantire efficacia, efficienza e appropriatezza, favorisce l'integrazione e la condivisione di un ragionare comune tra i vari professionisti.

**Assistenza territoriale: rafforzamento dei servizi territoriali in termini di organizzazione integrazione ospedale territorio, messa a regime della telemedicina e potenziamento delle attività' sociosanitarie**

La proposta di riorganizzazione dei servizi territoriali va letta nel disegno più ampio che la ASL Napoli 3 sud ha intrapreso negli ultimi anni ragionando sull'esigenza di un modello di servizio che sappia adeguarsi e modularsi correttamente alle mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione, secondo una logica di prossimità e di

integrazione degli interventi, con forte potenziamento del territorio e delle realtà di confine che rappresentano il punto di incontro tra ospedale - territorio, territorio - territorio e ospedale - ospedale.

In particolare le linee di azione sono le seguenti:

- Un modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale dei pazienti cronici e fragili
- Sviluppo dell'integrazione ospedale - territorio e dell'integrazione socio - sanitaria, con particolare attenzione alla persona anziana/disabile presso la propria abitazione, promuovendo alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale, assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale
- Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza domiciliare - RSA - cure palliative
- Potenziamento e miglioramento appropriatezza dell'assistenza riabilitativa e protesica
- Interventi per riduzione tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali
- Attività previste nel PNRR, riguardanti la realizzazione di reti di prossimità, di strutture e presidi territoriali come Case di Comunità e Ospedali di Comunità, l'integrazione con tutti i servizi socio- sanitari attraverso l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT), l'ammodernamento e il rafforzamento delle dotazioni e dell'infrastruttura tecnologiche
- l'utilizzazione della telemedicina anche al fine di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità di servizi offerti sul territorio e a sostegno dell'assistenza domiciliare

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

Si proseguirà il percorso, già avviato nell'anno 2021, basato sulla focalizzazione della rete ospedaliera, ricondotta alla sua specificità di luogo di cura per patologie acute e complesse, attraverso l'adozione di modalità organizzative di offerta dei servizi ospedalieri coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, al fine di garantire una più efficace e concreta tutela della salute dei cittadini.

Nella misura in cui l'emergenza COVID lo consentirà, si procederà all'implementazione delle seguenti linee di intervento:

- Decongestionamento dei Pronto soccorso
- Miglioramento della gestione del rischio clinico
- Ruolo dei Presidi nelle reti regionali emergenza e tempo dipendenti
- Integrazione tra le strutture ospedaliere aziendali
- Sinergia con le altre strutture del territorio, con i servizi/centrali di continuità ospedale - territorio, con i servizi di prevenzione e collaborazione con le strutture private accreditate
- Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche
- Implementazione della telemedicina, con particolare attenzione alle persone anziani/disabili
- Implementazione di percorsi aziendali
- Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e della ricetta dematerializzata
- Orientamento delle prestazioni specialistiche ospedaliere verso l'alta diagnostica
- Incremento della produzione ospedaliera
- Riduzione della mobilità passiva

- Efficientamento della gestione dei Presidi Ospedalieri

### PREVENZIONE

Si rappresenta preliminarmente che parte delle risorse destinate alle attività di prevenzione sarà utilizzata

per affrontare l'emergenza COVID-19.

Per quanto riguarda la prevenzione delle patologie croniche o infettive, l'obiettivo da perseguire è quello di abbandonare il modello tradizionale deputato alle attività di controllo a favore di un innovativo approccio multidisciplinare, attraverso l'adozione di interventi integrati tra Dipartimento di prevenzione, altre strutture aziendali, istituzioni, parti sociali, con un ampio spettro di interventi miranti a:

- prevenire l'insorgenza della patologia stessa;
- assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per bloccarne o rallentarne la progressione/diffusione;
- prevenire le complicanze nelle persone già malate.

Saranno perseguiti gli obiettivi regionali relativi alla copertura dei programmi di screening oncologici regionali

#### **7.3.3. Il contesto generato dal covid 19, principali azioni attuate nel periodo 2020/2021:**

Nell'ambito dell'emergenza COVID-19, dall'anno 2020, sono state adottate a livello di sistema complesse riorganizzazioni dell'assistenza e azioni volte a contenere la diffusione del virus e a garantire la sicurezza della popolazione.

L'Azienda si è trovata a sperimentare nuove modalità organizzative di offerta dei servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua delle nuove conoscenze scientifiche e tecniche in ambito medico

D'altra parte, i nuovi modelli organizzativi di presa in carico e continuità assistenziale, gli interventi di decongestionamento del pronto soccorso, di gestione del rischio clinico ed in particolare delle infezioni, il ruolo dei presidi nelle reti aziendali e regionali, la sinergia tra ospedale, strutture del territorio, centrali di continuità ospedale-territorio, l'implementazione di percorsi aziendali, l'integrazione ed uniformità delle procedure e dei protocolli già in essere hanno aiutato a fronteggiare la fase emergenziale e si sono significativamente consolidati, estesi e qualificati.

Anche per l'anno 2022 si procederà in accordo con le indicazioni regionali comunicate alle aziende sanitarie nell'attuazione del "Piano di Risposta all'evoluzione dell'epidemia da infezione SARS-CoV-2", che definisce gli scenari di rischio e la risposta della rete ospedaliera e dell'intera Azienda oltre che le azioni necessarie per far fronte all'esigenza di avviare la ripresa delle attività assistenziali ordinarie.

Non si potrà ovviamente prescindere dalle disposizioni normative e dai provvedimenti emanati per fronteggiare la pandemia sanitaria COVID-19 su tutto il territorio nazionale con i relativi decreti di proroga e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19.

In considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dall'emergenza COVID-19, è stato istituito uno specifico centro di costo aziendale in linea con quanto previsto dall'art. 18 del DL 18/2020, che stabilisce "... le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono, sulla contabilità dell'anno

2020, all'apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco "COV 20", garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza che in ogni caso confluiscono nei modelli economici di cui al decreto ministeriale del 24 maggio 2019".

Si ricorda che la Regione Campania, a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, ha approntato un Piano Operativo d'Emergenza COVID 19, mediante il quale sono state indicate le modalità di trattazione dei pazienti suscettibili di essere infetti dal virus della SARS COV2. Si è disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19.

Il decreto-legge 34/2020 convertito nella Legge 77/2020 (Decreto Rilancio), all'articolo 1 ha previsto l'adozione, da parte delle Regioni di Piani di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di assicurare la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei loro contatti e delle persone in isolamento, nonché dei pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.

È stato previsto, in particolare, il rafforzamento delle principali funzioni del territorio coinvolte nel sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da SARS-CoV-2 e il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare sia per i pazienti contagiati, sia per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore. È stato rafforzato inoltre il sistema di monitoraggio e sorveglianza di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, attraverso una stretta collaborazione tra i dipartimenti di prevenzione territoriali e le scuole.

La Regione Campania ha prontamente messo in atto un approccio composto di due fondamentali momenti:

Organizzativo - Strutturale: mediante realizzazione di piani strategici di contenimento e mitigazione sia ospedaliero che territoriale (Protocollo operativo identificazione/gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Coronavirus (2019-nCoV). (versione 4 e 14 febbraio 2020);

Analisi previsionale della pandemia mediante algoritmi di Machine Learning per valutare andamento dell'infezione in termini di: Contagio, occupazione posti letto (Degenza Ordinaria e Intensiva da cui derivarne il peso su SSR, mortalità, guarigioni e relativi rapporti tra l'andamento di questa ed ipotetiche misure di contenimento).

La Campania è stata afflitta da un notevole aumento del numero dei contagiati nei 2 mesi antecedenti al mese di Dicembre, in particolare nella metà di Ottobre, con un numero di contagi pari a 19.192 individui.

Dai dati, rinvenibili sul sito aziendale, emerge chiaramente una situazione di aumentata richiesta di posti letto, la cui possibile progressione in crescendo desta serie preoccupazioni e richiede un monitoraggio continuo.

Agli indicati elementi di criticità si aggiungono, infine, i rischi connessi alla crescente

diffusione delle cd. varianti (inglese, brasiliana, sud-africana) del virus, rilevate in diverse realtà regionali, connotate da maggiore contagiosità e posta in connessione con le fasce d'età più giovani della popolazione.

L'Azienda inoltre, nel pieno del periodo pandemico, ha posto massima attenzione su:

- ❖ Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (gestione domiciliare, telemedicina);
- ❖ Soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID.

L'ASL Napoli 3 sud, come tutte le Aziende Sanitarie, ha dovuto fronteggiare l'emergenza Covid con le seguenti criticità:

- un numero elevato di soggetti positivi, con le problematiche connesse al controllo dei soggetti in isolamento rispetto al numero non sufficiente di operatori territoriali, con le norme di prevenzione legate al distanziamento sociale;
- rischi di contagio per gli operatori sanitari durante gli accessi domiciliari anche in relazione alle scarse disponibilità di dpi appropriati;
- necessità di fornire ad una vasta popolazione assistita, in particolare ai soggetti fragili, l'informazione, la vicinanza e soprattutto la certezza che l'assistenza continua anche se si è in isolamento, evitando l'affollamento non necessario dei Pronto Soccorso ospedalieri;
- esigenza di avere un monitoraggio completo o di tutti i soggetti positivi e dei soggetti in solo isolamento o in attesa del test del tampone; o monitoraggio delle diverse fasi organizzative per l'esecuzione dei tamponi a livello territoriale, anche in relazione ai debiti informativi esterni.

Per maggior dettagli si rinvia al link aziendale.

Nell'ambito dell'emergenza legata al nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 e alla patologia ad esso correlata (COVID-19), come in parte già visto, sono state adottate a livello di sistema profonde modifiche, azioni volte a contenere la diffusione del virus e a garantire la sicurezza della popolazione.

D'altra parte, come già evidenziato, i nuovi modelli organizzativi di presa in carico e continuità assistenziale, gli interventi di decongestionamento del pronto soccorso, di gestione del rischio clinico ed in particolare delle infezioni, il ruolo dei presidi nelle reti aziendali e regionali, la sinergia tra ospedale, strutture del territorio, centrali di continuità ospedale-territorio, l'implementazione di PDTA aziendali, l'integrazione ed uniformità delle procedure e dei protocolli già in essere hanno aiutato a fronteggiare l'emergenza Covid e si sono significativamente consolidati, estesi e qualificati.

#### ➤ **Prevenzione**

- le attività e le risorse nel 2020/2021 sono state utilizzate, prevalentemente, per affrontare l'emergenza Covid e si prevede che la situazione rimarrà tale anche nel 2021,
- sono state riorganizzate le attività di vaccinazione e screening provvedendo all'adeguamento delle procedure di sicurezza.

#### ➤ **Assistenza territoriale**

Il modello di servizio per la presa in carico e la continuità assistenziale "PDTA - telemedicina" già implementato dall'azienda, ha permesso di approntare il tele-monitoraggio domiciliare dei pazienti Covid-19 positivi.

#### ➤ **Assistenza ospedaliera**

L'elevata circolazione dei virus SARS-CoV-2 e l'alto numero di casi COVID-19 ha comportato, nel 2020/2021, una profonda riorganizzazione dei processi e modifiche organizzative rilevanti quali:

- l'Ospedale P.O. di *Boscotrecase* è stato individuato "Ospedale di Intervento COVID - Hub COVID", struttura di riferimento per tutta la ASL Napoli 3 Sud ed è stato oggetto di notevoli interventi di riorganizzazione delle aree di ricovero
- l'attuazione di percorsi separati di accesso nel pronto soccorso degli ospedali per pazienti COVID e non COVID, con la predisposizione di Tende di Pre Triage all'esterno degli stessi
- attivazione del laboratorio di virologia/microbiologia dell'Ospedale P.O. "S. Maria della Pietà" di Nola per l'effettuazione del test di ricerca del COVID-19 per l'ASL Napoli 3 Sud, Nell'ultimo trimestre 2020 e nell'anno 2021, in accordo con indicazioni regionali è stato predisposto il Piano di Risposta all'evoluzione dell'epidemia da infezione SARS-CoV-2 che definisce crescenti scenari di rischio e diversi livelli di risposta della rete ospedaliera e dell'intera azienda all'evoluzione dell'epidemia.

**ALLEGATO 1****SCHEMA OBIETTIVI  
2022 - 2024****Tabella LEA 2022 DISTRETTUALE (UOC CONTROLLO DI GESTIONE TITOLARE DEL DATO)**

	Peso	Risultato	Punteggio	Punteggio finale
D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	2			
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite	2			
D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	1			

D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	1			
D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	1			
D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1				
D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2				
D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3				
D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	1			
D27Z Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	1			
D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	1			
D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	1			
Punteggio complessivo				

**Tabella LEA 2022 PREVENZIONE (UOC CONTROLLO DI GESTIONE TITOLARE DEL DATO)**

	Peso	Risultato	Punteggio	Punteggio finale

P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	2			
P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	2			
P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	2			
P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	2			
P14C Indicatore composito sugli stili di vita	1			
P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test discreening di primo livello, in un programma organizzato mammella				
P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina				
P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato colon retto				
P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	2			
Punteggio Complessivo				

Tabella LEA 2022 OSPEDALIERA (UOC CONTROLLO DI GESTIONE TITOLARE)

**DEL DATO)**

	Pes o	Risul tato	PUNTE GGIO	Punteg gio finale
H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	2			
H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno dellamammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	2			
H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischi di inappropriatazza in regime ordinario	2			
H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	2			
H13C Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	2			
H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno				
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno				
H17+H18	2			
Punteggio Complessivo				

**Ulteriori OBIETTIVI TERRITORIALI**

Invio dati relativi alla specialistica ambulatoriale: datianagrafici e sanitari	DGRC 1200/2006 D.D. n.17 RC del 30/1/2009 e DDR 394 del 27/11/2009 Decreto Dirigenziale 17 del 30 gen 2009 Regione Campania	mensile	Entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento
Certificati di Assistenza al Parto	DM 16 lug 2001 n 349 circ Min Salut n. 15 del 19/12/01	ad evento	entro il 10° giorno dalla nascita del neonato

## PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

### AREA A) Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

Area Obiettivo	Obiettivo	Valore Obiettivo (soglia 2022)	Target Biennio 2022-2024
C.1 - Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione	C.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della bozza di Griglia LEA 2017)	≥ 92%	≥ 92%
	C.1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 bozza Griglia LEA 2017)	≥ 92%	≥ 95%
	C.1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2018)	≥ 65%	≥ 65%
	C.1.4 Adesione "corretta" per screening mammografico	≥ 20%	≥ 40%
	C.1.5 Adesione "corretta" per screening cervice uterine	≥ 15%	≥ 35%

C.1.6 Adesione "corretta" per colon-retto	>= 15%	> 25%
---	--------	-------

**AREA B) Rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali**

Area Obiettivo	Obiettivo	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2022	TARGET BIENNIO 2022-2024
B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della bozza di GrigliaLEA 2017)	≤ 18 minuti	mantenere performance 2020
	B.1.2 Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da disposizione regionale	migliorare la performance 90° percentile entro le 4 ore	Rispetto indicazioni regionali
B.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	B.2.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D	Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto.	Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto.
B.3 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	B.3.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmabile (P)	Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto.	Soglie regionali definite per semestre, da garantire in ciascun distretto.
B.4 - Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale	B.4.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Mantenimento standard 2019 se migliorati

**AREA A) Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari**

Area Obiettivo	Obiettivo	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2022	TARGET BIENNIO 2022-2024
A.1 - Efficienza dei servizi sanitari	A.1.1 Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	$\leq 0$	$\leq 0$
	A.1.2 Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Soglia personalizzata per singola azienda	Mantenimento / Miglioramento
A.2 - Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	A.2.1 Rispetto del tetto di costo: Personale	Tetto come da Programmazione Regionale 2019	Tetto come da Programmazione Regionale biennio 2020-2021
	A.3.1 Rispetto di:		

A.3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti</li> <li>- pro capite pesato diretta di classe A-H</li> <li>- tetto di costo: DM</li> <li>- disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva</li> </ul>	Tetto come da Programmazione Regionale 2019	Tetto come da Programmazione Regionale biennio 2020-2021
	<p>A.3.2 - Rispetto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata</li> <li>- pro capite pesato per Assistenza Integrativa</li> <li>- pro capite pesato per Assistenza Protesica</li> <li>- disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva</li> </ul>	Tetto come da Programmazione Regionale 2019	Tetto come da Programmazione Regionale biennio 2020-2021

**Obiettivi nell'ambito delle misure per il contenimento della diffusione del COVID-19**

Area Obiettivo	Obiettivo	VALORE OBIETTIVO 2022	
A.1 - Contact Tracing	A.1.1 Potenziare le Risorse umane distanti al Contact Tracing	>30 % rispetto al 2020	
	A.1.2 Completare le indagini epidemiologiche entro 12 ore e attivare le misure di isolamento o quarantena	Registare sul Portale I contatti stretti	Procedere alla richiesta dei Tamponi
A.2 - Esecuzione dei Tamponi Molecolari	A.2.1 Potenziare I Team che effettuano tamponi molecolari	Evadere le richieste dei Tamponi molecolari entro 24-48 h dalla prescrizione	

A.3 - Razionalizzazione delle attività dei Laboratori con riduzione dei tempi di refertazione ed attivazione del turno 6,00-24,00	A.3.1 Ridurre I tempi di refertazione dalla consegna	Refertare entro max 12-18 dall'accettazione dei campioni	
	Firma digitale dei referti entro 30 min dalla processazione dei campioni		
A.4 - Piano Vaccinale	A.4.1 Potenziare le equipe vaccinali dedicando più Risorse sia alla fase di reclutamento che a quella di esecuzione		
	A.4.2 -Organizzare equipe distrettuali per la somministrazioni di vaccini in sede domiciliare.		
A4	A.4.3- Per l'area del Provveditorato e dei Servizi tecnici -Supportare l'organizzazione ed il potenziamento delle postazioni vaccinali		
A.5 - Attività Team Spoke	A.5.1 Potenziare le attività dei Team Spoke distrettuali sia con un maggior numero di Risorse sia con una migliore razionalizzazione operativa	Contattare con frequenza giornaliera I soggetti positive con valori medi critici	
A.4 - Piano Vaccinale		Contattare I soggetti positivi con valori di media o bassa criticità con frequenza tri settimanale	
	A.5.2 Potenziare il numero di controlli domiciliari per I casi critici riducendo il numero di ricoveri		

	nelle strutture COVID		
A4	A.5.3 Aggiornamento giornaliero del Portale con I dati clinici e dei vari indicatori		
A.4 - Piano Vaccinale	A.5.4 Razionalizzare l'utilizzo degli USCA		
A.5 - Attività Team Spoke  A.6 - Logistica-Acquisto DPI e Distribuzione	A.6.1 Intensificare e velocizzare le procedure di acquisto dei DPI e dei presidi sanitari		
A.4 - Piano Vaccinale	A.6.2 Razionalizzare la distribuzione dei DPI presso gli operatori sanitario		
A6			

ULTERIORE PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

Obiettivo strategico	Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	2022	2023	2024	Obiettivo operativo anno 2022	REG/AZ Z
	Aggiornamento procedure organizzative ed informatiche				Completamento dell'aggiornamento ed allineamento in tutte le procedure informatiche	AZ
	Messa in sicurezza CED				Completamento procedure di messa in	AZ

<b>Governo dell'offerta, appropriatezza e tempi di attesa</b>				sicurezza del CED per la normativa della Privacy	
	Allineamento flussi Sinfonia e			Allineamento e flussi Sinfonia	AZ
	Sviluppo dell'attività dei controlli			Strutturazione del sistema dei controlli attività in libera professione, con sviluppo di cruscotto strutturato di monitoraggio	AZ
	Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Monitoraggio dei tempi di attesa per le varie prestazioni indice e per macrostruttura	AZ REG e
	Azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva			Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della	Reg
	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambul.			Rispetto piano riduzione tempi di attesa aziendale - Classe Breve (B) - Classe Differita (D) - Classe Programmata (P)	Reg
	CUP				
	Progetto dei CUP e dei punti prenotazione			Monitoraggio attività CUP e dei punti di prenotazione	AZ
				Monitoraggio dei tempi di attesa e verifica della corretta assegnazione delle classi di priorità	AZ
			Monitoraggio dei criteri di assegnazione		

					della classe di priorità secondo il decreto 49 del 21/12/2017	AZ

Obiettivo strategico	Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	2022	2023	2024	Obiettivo operativo anno 2022	REG/AZ Z
	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici				Rispetto Piano di Riduzione dei tempi di attesa aziendale: - Classe A - Classe B - Classe C - Classe D	R
	Monitoraggio tetti di spesa				Monitoraggio tetti di spesa	AZ
	Avvio tavoli per branca per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con i medici convenzionati				Coinvolgimento dei privati accreditati nei tavoli identificati come prioritari per i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale	AZ

Sviluppo dell'attività dei controlli delle attività dei privati accreditati				Strutturazione di un sistema dei controlli delle attività dei privati accreditati con sviluppo di un cruscotto strutturato di monitoraggio	AZ
Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata				Monitoraggio spesa Biosimilari, equivalenti e antibiotici	AZ
Verifica appropriatezza farmaci ad alto costo attraverso PDTA				Riduzione percentuale dell'utilizzo farmaci ad alto costo	AZ
Sviluppo di sistemi innovativi per la valutazione dell'appropriatezza				Nella pratica clinica, lo sviluppo/attivazione di un software per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in pazienti anziani fragili	AZ
Sviluppo di percorsi di lotta all'antibiotico resistenza				Monitoraggio della terapia antibiotica nel territorio (eventuale istituzione di un gruppo di lavoro)	AZ
Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva				Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutica della territoriale	R

	<p>Stesura di un unico Prontuario Terapeutico Aziendale attraverso la Commissione Terapeutica Aziendale</p>				<p>Omogeneizzazione delle procedure per la stesura e l'aggiornamento costante del Prontuario terapeutico Aziendale attraverso la Commissione Terapeutica aziendale</p>	<p>AZ</p>
--	---	--	--	--	--	-----------

<p>Obiettivo strategico</p>	<p>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</p>	<p>2022</p>	<p>2023</p>	<p>2024</p>	<p>Obiettivo operativo anno 2022</p>	<p>REG/AZ Z</p>
	<p>Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, quali Farmaci Oncologici ad alto costo e Farmaci innovativi; Verifica</p>				<p>Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva per le terapie oggetto di Raccomandazione o di PDTA Regionali, con particolare attenzione ai farmaci ad alto costo (oncologici, innovative); alla promozione e incremento dell'uso dei farmaci biosimilari e al</p>	<p>AZ</p>

	aderenza terapie per Diabete,ASMA e BPCO				corretto impiego dei farmaci antimicrobici. Attivazione di procedure ed audit clinici per l'area oncologica	
	Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva				Rispetto delle disposizioni regionali in merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito della farmaceutica ospedaliera	R
	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari				Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti	R
					Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe A e H assegnato	R
					Registri AIFA: rispetto della compilazione e recupero note credito	R
					Rispetto del tetto di costo: DM e IVD	R
					Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata	R
					Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa	R
					Rispetto del pro capite pesato per Assistenza	R

				Protesica	
				Uniformare progressivamente le modalità erogative delle protesi e degli ausili nel territorio aziendali	AZ
				Applicazione delle nuove disposizioni LEA approvate con DPCM 12 gennaio 2017	AZ
				Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	AZ
				Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina	AZ
				Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti	AZ

riconosciuti				operatori sanitari e istituzioni	
Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993				Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Controllo delle specie fungine su richiesta	AZ
Sorveglianza acque potabili				Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni	AZ
Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari				Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni	AZ
Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il				Elaborazione del Profilo di salute Relazione sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e agli operatori sanitari	AZ
				Attivazione di processi inter-settoriali per la salute in tutte le politiche	AZ

coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)				Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci	AZ
Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione				Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati	AZ
Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicament e più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale				Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT	AZ
Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcool				Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazioni sui rischi per la salute Offerta di counseling individuale	AZ
Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica				Attivazione di programmi intersettoriali Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Rilascio del certificato di idoneità alla	AZ

			pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità	
Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari			Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva	AZ
Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare			Offerta di counseling individuale Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori	AZ
Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018			Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico- terapeutica	AZ REG <sup>e</sup>

					in relazione alla patologia neoplastica	
	Prevenzione delle dipendenze				Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/AZ Z</b>
	Omogeneizzazione dell'area anestesiologicala				Revisione ed omogeneizzazione a livello aziendale della gestione oraria degli anestesisti al fine di ottimizzare le risorse	AZ
	Progetto di attivazione, omogeneizzazione e sviluppo delle week surgery				Attivazione della Week Surgery	AZ
					Sviluppo del progetto di Week Surgery	R

<p>Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffuse</p>			<p>Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffuse Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni</p>	<p>AZ</p>
<p>Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse</p>			<p>Profilassi immunitaria e chemioprofilassi dei contatti e dei soggetti a rischio Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi Produzione periodica di report sugli interventi di controllo Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive</p>	<p>AZ</p>
<p><b>Vaccinazioni</b> Nuovi nati:</p>			<p>Inviti alle persone obiettivo dei</p>	<p>R</p>

<p>cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di difterite, tetano, pertosse, epatite B, polio, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococco, meningococco B, rotavirus, morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C;</p> <p><u>A</u> dolescenti: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-meningococcico ACWY135e vaccino anti</p> <p>H PV;</p> <p><u>Sogg</u> etti di età ≤ 65 anni: vaccino anti-influenzale stagi onale;</p> <p><u>Soggetti di età pari a 65 anni:</u> ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-pneumococcico PCV13+PPV23 e vaccino anti- zoster;</p> <p><u>Sog</u> getti a rischio di tutte le età: vaccinazioni previste</p>				<p>programmi vaccinali Vaccinazioni secondo le buone pratiche Interventi di informazione e comunicazione per operatori sanitari, cittadini e istituzioni Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive Produzione di report</p>	<p>R</p>
---	--	--	--	---	----------

dal vigente PNPV 2012-2014 e da altre normative nazionali sull'argomento.				
Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato			Comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale Partecipazione e supporto ad enti ed istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti ambiente e salute	AZ
				AZ
Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo			Attività di controllo Supporto agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento	AZ
Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria			Attività di controllo	AZ

Obiettivo strategico	Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	2022	2023	2024	Obiettivo operativo anno 2022	REG/AZ Z
Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze	Tutela della popolazione da I rischio "amianto"				Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute	AZ
Sviluppo del nuovo assetto territorial e	Monitoraggio e risoluzione delle problematiche legate ai flussi				Diffusione dei criteri di compilazione e codifica corretta SDO in tutte le aree delPNE	AZ
	Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal PNE				Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di valutazione	AZ
						AZ
	Sviluppo del nuovo modello delle professioni sanitarie				Attuazione del decreto n. 20 del 2018 relativo agli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica	AZ
				Sviluppo delle	AZ	

Sviluppo delle AAFFTT, con particolare attenzione ai capitoli della Farmaceutica, della Specialistica e della Protesica;			AAFFTT con applicazione PDTA diabete, BPCO e scompenso cardiaco	AZ
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie			Percentuale di anziani $\geq$ 65 anni trattati in ADI (ind. 8 griglia LEA)	AZ
			Tasso di eventi assistenziali di 3° e 4° livello	AZ
			Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione	AZ
			Svolgimento delle attività della Centrale Operativa territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	AZ
Definizione del ruolo della Medicina Primaria			Attuazione delle attività previste dal progetto aziendale di gestione delle cure palliative	AZ

nello sviluppo di un modello aziendale di Cure Palliative.				Aumento della percentuale di pazienti oncologici deceduti a domicilio	R
--	--	--	--	---	---

Obiettivo strategico	Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	2022	2023	2024	Obiettivo operativo anno 2022	REG/AZZ
	Governo dell'Assistenza Domiciliare Integrata				Azioni per lo sviluppo ed il governo dell'assistenza domiciliare integrata	AZ
	Responsabilizzazione e dei MMG come attori protagonisti nella riorganizzazione della Residenzialità intermedia				Sviluppo di un progetto aziendale di gestione del percorso omogeneo verso l'ospedale di comunità	AZ
	Rispetto degli standard assistenziali presso le strutture residenziali				Predisposizione ed avvio di programmi omogenei per il controllo degli standard assistenziali e monitoraggio sul corretto utilizzo delle risorse	AZ

Obiettivo strategico	Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	2022	2023	2024	Obiettivo operativo anno 2022	REG/AZZ
	Uniformare il funzionamento e le attività dei consultori familiari, Neuropsichiatria infantile, ed Età Evolutiva tra i tredici distretti dell'ASL				Sviluppo PDTA e procedure per patologie (disturbi neurosviluppo, psicopatologia-psichiatria, disturbi specifici), per ambito (perinatalità), per attività (gestione mandati tribunale)	AZ
					Uniformazione del funzionamento dei servizi IAFC (Neuropsichiatria Infantile, Età Evolutiva, Consultori Familiari) nei 13 distretti	AZ
					Completamento del lavoro di informatizzazione con adozione di un software unico nelle 13 sedi distrettuali ed informatizzazione delle UVDM.	AZ

	Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro				Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali	AZ
	Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro				Attività di controllo	AZ
	Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro				Assistenza alle associazioni datoriali e sindacali per l'individuazione delle soluzioni ai fini di un loro riconoscimento quali buone prassi Informazione e diffusione delle buone prassi alle associazioni datoriali e sindacali	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/AZZ</b>
	Omogeneizzazione delle procedure				Attuazione di un Regolamento per l'accesso ai Centri diurni e monitoraggio dello stesso	AZ

Rispetto degli adempimenti LEA In materia di assistenza domiciliare				attività ADI	AZ
				Monitoraggio attività ADI	AZ
Sviluppo del piano per le cure palliative				Validazione e attuazione del PDTA aziendale per le cure palliative	AZ
				Incremento delle UVMD effettuate per le cure palliative	AZ
				Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o strutture intermedie) provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla rete cure palliative domiciliari)	R
				Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	R

	Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani				Attivazione dei programmi per promuovere sani stili di vita Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali sull'andamento delle patologie lavoro correlate nel territorio Attività di controllo sulla sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti Pareri sui ricorsi	R
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/AZZ</b>
					Alimentazione corretta e completa  Anagrafe unica regionale (AUR) dei MMG e PLS: ➤ rispetto orario settimanale MMG/PLS (ACN/AIR) ➤ corretto aggiornamento e caricamento dei dati di tutte le F.A. dei MMG/PLS	R

	<p>Monitoraggio degli indicatori regionali e individuazione azioni di miglioramento</p>			<p>Medicine di gruppo integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del costo annuo procapite per la farmaceutica convenzionata</li> <li>❖ diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante escluso laboratorio)</li> </ul>	<p>R</p>
				<p>Indice IVAQ (indice di valutazione di accuratezza e qualità del dato della scheda sanitaria individuale informatizzata dei MMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ corretto invio trimestrale dei valori dell'IVAC conseguita da tutti i MMG</li> <li>✓ raggiungimento della soglia annuale per le MGI con almeno un anno di attivazione alla data del 31/12/2017</li> </ul>	<p>R</p>

	Attuazione della DGR 1673/2018 relativa alla programmazione del sistema di offerta residenziale extra ospedaliera per la Salute Mentale				Redazione ed attuazione di un accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda Ulss ed A.O./A.S.di riferimento per lo svolgimento dell'attività assistenziale nell'ambito della salute mentale	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2024</b>	<b>REG/A ZZ</b>
	Omogeneizzazione e sviluppo dei servizi per le Dipendenze				Proseguimento delle azioni di prevenzione e lotta allo stigma droga	AZ
					Attuazione e monitoraggio dei protocolli e delle procedure definite nei progetti di competenza SerD	AZ
					Azioni specifiche per combattere il fenomeno della dipendenza dal gioco d'azzardo	AZ

Ispezionare in almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati				Ispezionare almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati	AZ
Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori				Promozione percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di lavoratori	AZ
Progettazione e realizzazione di una campagna informativa a valenza regionale per la prevenzione delle cadute dall'alto				Progettazione e realizzazione di seminari e incontri informativi diretti agli operatori del settore edile per la prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni	AZ
Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori				Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di vita	R
Sviluppo Regionale Piano della Prevenzione				Estensione dello screening CARDIO50	AZ

	Omogeneizzazione delle procedure che prevedono la presa in carico e la gratuità delle prestazioni di approfondimento clinico- diagnostico di 2° livello relative al tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto				Avvio, proseguimento di un modello unificato di gestione degli screening	AZ
	Rispetto degli standard regionali di screening				Adesione corretta per screening mammografico	R
					Adesione corretta per screening citologico	R
					Adesione corretta per screening colon-retto	R
	Revisione organizzativa dell'attività				Riorganizzazione delle risorse con l'ottica di razionalizzazione	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/ AZZ</b>
	Rispetto degli standard regionali di copertura vaccinazioni				Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016)	R
					Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi	

				per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016)	R	
				Copertura vaccinale per vaccinazione anti-influenzale nell'anziano (>= 65 anni) (indicatore 1.2 della Griglia LEA 2016)	R	
					AZ	
	Potenziamento dei tre screening			Obiettivi screening (Colon, Mammella e Cervic)	AZ	
	Introduzione screening Melanoma			Potenziare lo screening del Melanoma	AZ	
	Programmazione e avvio delle attività del Dipartimento			Servizio veterinario di Sanità Animale: verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti	AZ	
				Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; controlli integrati degli allevamenti	AZ	
				Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati: effettuazione audit sugli stessi	AZ	
				Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione: attuazione delle verifiche		
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/ AZZ</b>

					Incremento controlli prodotti alimentari, funghi, acque, requisiti strutturali imprese alimentari, impiego fitofarmaci additivi e coloranti	AZ
	Attuazione programmazione regionale e monitoraggio indicatori					
	Utilizzo integrato dei diversi canali di comunicazione				Implementazione delle attività di comunicazione per l'area della prevenzione attraverso	AZ
	Redazione, avvio e monitoraggio dei fabbisogni e assunzioni di personale dirigenziale e del comparto				Report di monitoraggio del rispetto di tempi di invio del report di monitoraggio dei costi del personale con cadenza periodica per la Direzione	AZ
	Revisione sistema di graduazione, conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali, sistema della performance e della connessa retribuzione di risultato per la dirigenza				Regolamento per la graduazione delle posizioni e per il conferimento degli incarichi per area contrattuale (Sanitaria, Dirigenza Medica e Veterinaria)	AZ
					Regolamento per la valutazione delle performance individuale delle aree della Dirigenza	AZ

Avvio dell'accordo in materia di performance connessa alla produttività collettiva e individuale e con la predisposizione della regolamentazione per lo sviluppo premiale relativo agli istituti del coordinamento e delle posizioni organizzative.				Predisposizione della regolamentazione per lo sviluppo premiale relativo agli istituti del coordinamento e delle posizioni organizzative.	AZ
Omogeneizzazione dell'applicazione degli istituti in materia di orario di lavoro				Verifica degli adempimenti in materia di orario di lavoro	AZ
Omogeneizzazione della regolamentazione della Libera professione				Predisposizione di un sistema unitario di tariffazione delle prestazioni in Libera professione	AZ
				Applicazione delle norme collegate ai fondi di perequazione	AZ
Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale				Rispetto del tetto di costo: Personale	R
Fungere da Punto di riferimento per le				Elaborazione sintesi e linee guida rispetto alle novità normative dell'anno	AZ

	norme in materia di sanità					
	Aggiornamento dell'Atto Aziendale				Aggiornamento Atto Aziendale	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	202 2	202 3	202 4	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/A ZZ</b>
	Realizzazione delle principali fasi di sviluppo di gare strategiche (capitolati di gara ed espletamento) da gestire con approccio progettuale considerata la trasversalità delle tematiche				Predisposizione ed espletamento gara servizi assicurativi per copertura dei rischi aziendali	AZ
	Omogeneizzazione, centralizzazione e razionalizzazione dei servizi				Avvio del progetto di riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini, con raggruppamento dei magazzini (economici e dispositivi medici).	AZ

	Revisione della logistica e della gestione degli archivi				Progetto per la riorganizzazione nella gestione degli archivi correnti con digitalizzazione delle cartelle cliniche	AZ
	Monitoraggio strutturato dei centri ordinatori				Monitoraggio strutturato dei contratti e percorsi informatizzati del ciclo ordine- liquidazione- pagamento	AZ
					Rispetto di tutti i criteri di completezza, qualità e tempestività sull'insieme dei flussi NSIS Ministeriali e di attività	R
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/AZ Z</b>
	Incontri formativi comunicazione con media e utenza				Organizzazione di eventi formativi, rivolti agli operatori della Sanità	AZ
					Organizzazione eventi formative: Valutazione Dirigenza/personale comparto	AZ
	Sviluppo del Piano di Comunicazione integrata				Produzione di prodotti editoriali finalizzati a valorizzare eventi, investimenti, servizi e professionisti	AZ
					Evoluzione del sistema di segnalazione	

	Procedura di whistleblowing				whistleblowing mediante gestionale dedicato	AZ
	Monitoraggio mappatura rischio clinico				Monitoraggio mappatura rischio clinico	AZ
	Formazione su prevenzione della corruzione				Eventi e corsi di formazione dedicati alla prevenzione della corruzione	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/A ZZ</b>
	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza secondo le indicazioni regionali				Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale,	R
	Norme Privacy				Attuazione operativa del Regolamento Europeo 2016/679 secondo il modello regionale con	AZ
	Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci				Monitoraggio del Piano di Certificabilità dei dati e dei bilanci	AZ

<b>Sviluppo del nuovo sistema organizzativo ed innovazione delle competenze</b>	Attuazione della nuova organizzazione di cui alla DGRC 372/2019				Completamento della nuova organizzazione utile alla Proposta del Nuovo Atto Aziendale	AZ
	Predisposizione di un "Sistema Qualità" uniforme in ambito aziendale nel rispetto della normativa in materia di accreditamento dei Provider				Implementare il "Sistema Qualità" nel rispetto della normativa	AZ
	Sviluppo del processo di implementazione di specifiche piattaforme informatiche e di sviluppo di modalità formative innovative (FAD)				Sperimentare il progetto di valutazione reale della ricaduta formativa in determinati percorsi formativi	AZ
					Favorire il massimo utilizzo della piattaforma tramite l'organizzazione di momenti formativi e di aggiornamento	AZ
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024</b>	2022	2023	2024	<b>Obiettivo operativo anno 2022</b>	<b>REG/AZZ</b>

	<p>Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implementazioni anagrafiche</li> <li>✓ Certificazioni</li> <li>✓ Report informativi</li> <li>/ rendicontazioni ai cittadini operatori sanitari e istituzioni</li> <li>✓ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti</li> </ul>	<p>AZ</p>
	<p>Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti</li> <li>❖ Certificazioni</li> <li>❖ Report informativi/rendicontazioni ai cittadini operatori sanitari e istituzioni</li> <li>❖ Rilascio pareri ed autorizzazioni</li> </ul>	<p>AZ</p>
	<p>Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti</li> <li>❖ Certificazioni</li> <li>❖ Report informativi/rendicontazioni ai cittadini operatori sanitari e istituzioni</li> </ul>	<p>AZ</p>
	<p>Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gestione di casi di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico</li> <li>➤ Controlli</li> </ul>	<p>AZ AZ AZ</p>

			<p>ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Certificazioni</li> <li>&gt; Report informativi / rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni</li> </ul>	
<p>Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti</li> <li>❖ Rilascio pareri autorizzazioni</li> <li>❖ Report informativi/ rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni</li> </ul>	AZ
<p>Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale</li> <li>❖ Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti</li> <li>❖ Identificazione e iscrizione in anagrafe</li> <li>❖ Sterilizzazione e dei cani randagi e dei gatti delle</li> </ul>	AZ

			<p>colonie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Censimento feline</li> <li>❖ delle colonie</li> <li>❖ Attività informativa e divulgativa</li> </ul>	
<p>Igiene urbana veterinaria</p> <p>Controllo delle popolazioni sinantropiche</p> <p>Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione</li> <li>➤ Controllo animali morsicatori</li> <li>➤ Valutazione comportamentale dei cani morsicatori e aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica</li> </ul>	AZ
<p>Prevenzione e controllo delle zoonosi.</p> <p>Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori</li> <li>❖ Sorveglianza epidemiologica</li> <li>Report informativi/rendicontazioni ai cittadini,</li> </ul>	AZ

				operatori sanitari istituzioni	e	
--	--	--	--	--------------------------------------	---	--

Obiettivo strategico	Area Tematica/ Obiettivo Piano triennale Performance 2022-2024	2022	2023	2024	Obiettivo operativo anno 2022	REG/A ZZ
	Monitoraggio degli obiettivi economici aziendali e regionali				Variatione annuale Costo della produzione (+ imposte e tasse)	R
					Rispetto dei tempi di pagamento programmati	R
					Azzeramento del debito scaduto	AZ

**ALLEGATO 2**

**OBIETTIVI NEGOZIATI  
2022**

**n.b. le U.O.C., U.O.S.D., U.O.S. NON INCLUSE NEL PRESENTE ALLEGATO SARANNO OGGETTO DI SUCCESSIVA PUBBLICAZIONE AL FINE DEL COMPLETAMENTO DEL PROCESSO DI NEGOZIAZIONE**