

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
UOSD ULCERE CUTANEE					
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Incrementare del 3% il trattamento terapeutico pazienti affetti da lesioni cutanee croniche con terapia a pressione negativa domiciliare rispetto all'anno 2019	percentuale pazienti trattati	Numeratore: N. pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare 2023- N. pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare 2022 Denominatore: N. pazienti trattati con terapia a pressione negativa domiciliare 2022 Fattore di scala:*100	≥5%	15	
Incrementare del 3% degli interventi legati al PDTA ferite difficili	percentuale interventi	Numeratore: N. interventi per diagnosi di ferite difficili 2023 - N. interventi per diagnosi di ferite difficili 2022 Denominatore: N. interventi per diagnosi di ferite difficili 2022 Fattore di scala: *100	≥5%	15	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	12	
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	SI/ NO		SI	12	

Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.	SI/ NO		SI	14	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
<b>OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022</b>					
<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi (STS 21 Prestazioni ambulatoriali, Cunsulenze Domiciliari e prestazioni di II livello)	SI/ NO		SI	6	
Produzione assistenza specialistica ambulatoriale (Delibera giunta Regionale n°210 del 04 maggio 2022)	numero di prestazioni di Laboratorio e Attività Clinica		Attività Clinica: 676.000 prestazioni Laboratorio: 500.00 prestazioni	20	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
U.O.S.D. Nutrizione artificiale domiciliare					
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
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.	percentuale consulenze	Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste di consulenza pervenute Fattore di scala:*100	100%	12	
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.	percentuale consulenze	Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste di consulenza pervenute Fattore di scala:*100	100%	12	
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.	percentuale prestazioni	Numeratore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per SNG 2023 - Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per SNG 2022 Denominatore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per SNG 2022 Fattore di scala:*100	≥10%	12	

<p><b>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.</b></p>	<p><b>percentuale prestazioni</b></p>	<p>Numeratore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per PEG 2023 - Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per PEG 2022 Denominatore: Numero prestazioni domiciliari effettuate ai pazienti in nutrizione enterale per PEG 2022 Fattore di scala:*100</p>	<p>≥10%</p>	<p>12</p>	
<p><b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b></p>	<p><b>percentuale note riscontrate</b></p>	<p>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</p>	<p>≥95%</p>	<p>10</p>	
<p><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></p>	<p>SI/ NO</p>		<p>SI</p>	<p>10</p>	

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	percentuale consulenze	Numeratore: N. consulenza effettuate Denominatore: N. consulenze richieste (a mezzo mail) Fattore di scala:*100	100%	14	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
<b>OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022</b>					
<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi LEA SOCIOSAN	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare 12 Fattore di scala:*100	100%	12	
			TOT	100	

**PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD**

**U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche**

**OBIETTIVI DI STRUTTURA**

OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Implementare il buon uso dell'attrezzatura medica per lo screening delle complicanze del diabete mellito	SI/ NO		SI	20	Distretti sociosanitari
Riduzione nel primo anno del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta per complicanze a breve e lungo termine per diabete	percentuale ricoveri ordinari in età adulta	Numeratore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2023 -N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 Denominatore: N. ricoveri ordinari in età adulta 2022 Fattore di scala: *100	-10%	20	Distretti sociosanitari UOC Governo Funzione Ospedaliera
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	percentuale dimissioni	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	20	Distretti sociosanitari UOC Governo Funzione Ospedaliera

Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	12	
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	SI/ NO		SI	12	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
<b>OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022</b>					
<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	10	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
UOSD CUP ALPI E LISTE D'ATTESA					
INDICATORI GRIGLIA LEA					
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti		Numeratore: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica effettuate Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: * 100	≥5,10 ≤7,50	5	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	15	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Monitorare annualmente la valutazione del rispetto dei Tempi d'attesa Aziendale Classe A, Classe B, Classe C, Classe D da inviare alla regione.	numero report inviati		1	10	DISTRETTI SOCIOSANITARI



Monitorare trimestralmente la valutazione del rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe di Urgenza (U) Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmata (P).	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati alla Regione Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	10	DISTRETTI SOCIO SANITARI
Monitorare trimestralmente la valutazione del rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale- Classe di Urgenza (U) Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmata (P) per il privato accreditato.	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati alla Regione Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	7	DISTRETTI SOCIO SANITARI
Monitorare semestralmente le attività in libera professione, dei volumi e della tipologia di prestazioni erogate dal professionista in coerenza con il suo profilo (salvo Delibera ad hoc).	percentuale report effettuati	Numeratore: N. report effettuati Denominatore: N. report previsti Fattore di scala:*100	100%	7	DISTRETTI SOCIO SANITARI
Monitorare trimestralmente i tempi di attesa per le varie prestazioni traccianti di specialistica e per i ricoveri aziendale.	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati alla Regione Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	7	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DISTRETTI SOCIO SANITARI
Monitorare annualmente i tempi di attesa per le varie prestazioni traccianti di specialistica e per i ricoveri per macrostruttura.	numero report effettuati	N.1 report inviato alla Direzione Strategica	1	7	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DISTRETTI SOCIO SANITARI
Monitorare trimestralmente l'inserimento dei volumi di attività ALPI ed Istituzionali	percentuale report inseriti su AGENAS	Numeratore: N. report inseriti su AGENAS Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	7	
Monitorare trimestralmente i volumi delle prime visite sul totale delle visite.	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati alla Regione Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	4	DISTRETTI SOCIO SANITARI

Monitorare i criteri di assegnazione della classe di priorità secondo il Decreto 49 del 21/12/2017.	numero report effettuati		1	4	DISTRETTI SOCIO SANITARI COORDINAMENTO CURE PRIMARIE
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	3	
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	SI/ NO		SI	2	
Monitorare i volumi di attività CUP	percentuale prestazioni effettuate senza prenotazioni	Numeratore: N. prestazioni effettuate senza prenotazione Denominatore: N. di prestazioni effettuate con prenotazione	≤15 %	6	DISTRETTI SOCIO SANITARI PRESIDI OSPEDALIERI
	percentuale prestazioni effettuate	Numeratore: N. prestazioni effettuate Denominatore: N. di prenotazioni	100%		
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
UOSD ANZIANI FRAGILI E DEMENZA					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
<b>D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento</b>	Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa in trattamento R3 Denominatore: popolazione residente di età >75 aa * 1000 ab.	≥24,6 %	15	COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO COORDINAMENTO CURE DOMICILIARI DISTRETTI SOCIO SANITARI	
INDICATORI GRIGLIA LEA					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
<b>9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti</b>	(Somatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1.000	≥ 9,80	10	DISTRETTI SOCIO SANITARI COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO	
<b>9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti</b>	(Posti nelle strutture residenziali per anziani/ Popolazione anziana residente ) * 1.000	≥ 10	10	DISTRETTI SOCIO SANITARI COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>Implementare le "indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza - P.D.T.A. demenze</b> <i>Decreto n.32 del 25/03/2019</i>	SI/NO		SI	9	
<b>Effettuare lo screening dei tamponi per il contenimento della diffusione del COVI-19 nelle strutture di comunità.</b>	percentuale tamponi effettuati	Numeratore: N. tamponi effettuati Denominatore: N. popolazione ospitata nelle strutture di comunità fattore di scala:*100	1	10	

<b>Garantire il Contact Tracing dei pazienti positivi al COVID-19</b>	percentuale pazienti positivi tracciati	Numeratore: N.pazienti positivi tracciati Denominatore: N. totale pazienti positivi rilevati fattore di scala:*100	1	5	
<b>Ridurre del 30% delle cadute accidentali in RSA aziendale nell' anno 2022, del 40% nell' anno 2023 e 50% nell' anno 2024</b>	percentuale cadute accidentali	Numeratore: N. cadute accidentali 2022 - N. cadute accidentali 2021 Denominatore: N. cadute accidentali 2021 Fattore di scala:*100	-30%	10	
<b>Ridurre del 30% delle liste d'attesa per accesso alle RSA.</b>	percentuale prestazioni erogate	Numeratore: N. prestazioni erogate 2022- N. prestazioni erogate 2021 Denominatore: N. prestazioni erogate 2021 Fattore di scala:*100	-30%	10	

<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>	percentuale note riscontrate	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	$\geq 95\%$	10	
<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		SI	5	
<b>Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione</b>	SI/ NO		SI	2	
<b>Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"</b>	SI/ NO		SI	2	
<b>Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"</b>	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi con frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario	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 %	10	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	
H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	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. Fattore di scala: *100	≥ 70%	10	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Digitalizzazione e trasmissione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei documenti digitali nel rispetto delle tempistiche e delle specifiche definite dal D.M 23.12.2019	SI/NO		SI	10	

GRIGLIA LEA					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
<b>Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico</b>	Numeratore: N. dei giorni precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti ad interventi chirurgici Fattore di scala:*100	1,4 giorni	8	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA  DIPARTIMENTO AREA CRITICA	
<b>Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza</b>	Numeratore: N. ricoveri con DRG medico Denominatore: N.dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	≤ 25%	8	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA	
<b>Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia</b>	Numeratore: N. di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia Denominatore: N. di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione fattore di scala:*100	≤ 20%	8	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue</b>	<b>percentuale sacche trasfuse</b>	Numeratore: N. sacche trasfuse 2023 Denominatore: N. sacche richieste 2023 Fattore di scala: *100	≥50%	6	
<b>Garantire la presa in carico del paziente con neoplasia del colon retto prenotato al GOM</b>	<b>percentuale pazienti presi in carico dai GOM</b>	Numeratore: N. pazienti presi in carico al GOM Denominatore: N. pazienti prenotati al GOM Fattore di scala:*100	60%	6	
<b>Garantire la continuità assistenziale per almeno il 60% dei pazienti operati di colon retto con stomia</b>	<b>percentuale pazienti presi in carico</b>	Numeratore: N. pazienti presi in carico con stomia Denominatore: N. pazienti totali con stomia Fattore di scala: *100	≥80%	6	

Incrementare del 5% degli interventi oncologici rispetto al 2019	percentuale pazienti operati	Numeratore: N. pazienti con operati per diagnosi oncologica 2023- N. pazienti con operati per diagnosi oncologica 2019 Denominatore: N. totali pazienti con diagnosi oncologica 2019	5%	6	
Incrementare del 5% degli interventi in PACC, al fine di diminuire le liste d'attesa	percentuale pazienti operati	Numeratore: N. pazienti operati in PACC 2023- N. pazienti operati in PACC 2022 Denominatore: N. pazienti operati in PACC 2022 Fattore di scala:*100	5%	5	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	6	
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	SI/ NO		SI	5	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	



PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
<b>P01C -Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</b>	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%	7	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
<b>P02C-Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</b>	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%	7	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
<b>P15Ca - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.</b>	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 l'HPV*5/3) Denominatore: [(N. donne residenti con età compresa tra (25-64) anni)/3]-(donne escluse dagli inviti precedenti) Fattore di scala: *100	≥25%	7	DISTRETTI SOCIO SANITARI	
<b>P15Cb - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.</b>	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	≥35%	7	DISTRETTI SOCIO SANITARI	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>Monitoraggio trimestrale flussi attività consultoriali, Screening Cervice Uterina e mammella applicativi - "WinSap e Screening"</b>	SI/NO		SI	7	DISTRETTI SOCIO SANITARI PRESIDI OSPEDALIERI

OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Attuare le procedure previste dal programma "primi 1000 giorni"	percentuale visite domiciliari	Numeratore: N. visite domiciliari eseguite Denominatore: N. parti gestiti dai punti nascita aziendali e accreditati fattore di scala: *100	> 40%	2	
Sostegno domiciliazione delle cure neonatali	percentuale esecuzione test bilirubina	Numeratore N. test bilirubina eseguiti denominatore N. Visite domiciliari HV	> 30%	2	
Promuovere e implementare tutte le attività relative al programma "accompagnamento alla nascita"	numero relazioni annue		1	4	
Potenziare lo screening cervice uterina, mammella attraverso la promozione dei programmi di screening aziendali al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione.	percentuale azioni messe in campo	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%	6	DISTRETTI SOCIO SANITARI
Promozione dei programmi vaccinali aziendali (in età pediatrica ed in età adulta-solo gravidanza e fino a 25 anni per HPV-) al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione "Calendario per la vita" - Piano Vaccinale 2017/2019	percentuale azioni messe in campo	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	Dipartimento di Prevenzione

<p><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></p>	<p><b>percentuale sessioni dedicate all'allattamento dei corsi di accompagnamento alla nascita di I livello</b></p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p><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></p>	<p><b>percentuale sessioni dedicate all'allattamento dei corsi di accompagnamento alla nascita di II livello</b></p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>7</p>	
<p><b>Promuovere una campagna di prevenzione neoplasie della mammella</b></p>	<p><b>percentuale inviti inviati</b></p>	<p>Numeratore: N. inviti, a mezzo lettera, inviati Denominatore: N. donne tra i 45 ed i 69 anni residente per Comune Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>6</p>	
<p><b>Assicurare il II livello dello Screening Cervice Uterina</b></p>	<p><b>percentuale donne prese in carico</b></p>	<p>Numeratore: N. donne prese in carico per l'esecuzione della colposcopia Denominatore: N. donne con diagnosi di PAP test citologico anomalo Fattore di scala:*100</p>	<p>&gt;50%</p>	<p>6</p>	<p>DIPARTIMENTO DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA</p>
<p><b>Assicurare il II livello dello Screening Mammella</b></p>	<p><b>percentuale donne prese in carico</b></p>	<p>Numeratore: N. donne prese in carico per l'esecuzione eco mammaria Denominatore: N. donne con sospetta diagnosi di CA mammario Fattore di scala:*100</p>	<p>&gt;50%</p>	<p>6</p>	<p>DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p>
<p><b>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.</b></p>	<p><b>percentuale azioni messe in campo</b></p>	<p>Numeratore: N. azione messe in atto Denominatore: N. azioni programmate Fattore di scala.*100</p>	<p>100%</p>	<p>4</p>	

Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	$\geq 95\%$	4	
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	SI/ NO		SI	4	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
COORDINAMENTO CURE PRIMARIE					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
D14C - Consumo di farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 ab. Antibiotici.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	≤ 7263	11	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE DISTRETTI SOCIO SANITARI	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Produzione assistenza specialistica ambulatoriale (Delibera giunta Regionale n°210 del 04 maggio 2022)	numero di prestazioni di Laboratorio e Attività Clinica		Attività Clinica: 676.000 prestazioni Laboratorio: 500.00 prestazioni	10	DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA DISTRETTI SOCIO SANITARI
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Monitorare l'appropriatezza prescrittiva per l'assistenza farmaceutica dei MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	numero di controlli annuali		4	15	
Monitorare l'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali richieste dai Distretti Sociosanitari	numero di controlli annuali eseguiti sui Distretti Sociosanitari		4	15	
Monitorare la gestione integrata dei pazienti diabetici (Livelli di appropriatezza dei MMG)	percentuale record estratti ed inviati	Numeratore: N. record estratti ed inviati Denominatore: N.record da effettuare (4) Fattore di scala: *100	100%	20	

Implementare le attività finalizzate all'adesione e al miglioramento del PDTA per la BPCO	SI/ NO		SI	10	
Garantire almeno il 90% delle prestazioni di classe B e D nel rispetto dei tempi di attesa (Classe B 10 entro 10 giorni, Classe D entro 60 giorni)	percentuale prestazioni classe B e D effettuate	Numeratore: N. prestazioni di classe B e D eseguite nel rispetto dei tempi di attesa Denominatore: Numero di richieste di prestazioni di classe B e D pervenute Fattore di scala: *100	≥ 90%	5	DISTRETTI SOCIOANITARI
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	SI	4	
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	SI /NO		SI	4	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
TOT				100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
COORDINAMENTO CURE DOMICILIARI				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3)</b>	Numeratore: Numero pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente * 1.000 Numeratore: N. pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente * 1.000 Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente * 1000	<b>CIA 1 2,6 CIA 2 1,9 CIA 3 1,5</b>	<b>4</b>	DISTRETTI SOCIOSANITARI
<b>D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</b>	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.	<b>≥35%</b>	<b>20</b>	COORDINAMENTO SOCIOSANITARIO
<b>D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento</b>	Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa in trattamento R3 Denominatore: popolazione residente di età >75 aa * 1000 ab.	<b>≥24,6 %</b>	<b>4</b>	DISTRETTI SOCIOSANITARI COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO

OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi SIAD - Hospice Tracciati 1-2	SI/NO		SI	6	UOC CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI
INDICATORI GRIGLIA LEA					
INDICATORI		ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
11- Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)		(Posti letto in hospice / Media deceduti per tumore ) * 100	> 1	10	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Valutare tempestivamente i bisogni assistenziali dei pazienti registrati in ADI sulla piattaforma informatica SORESA (entro 15 giorni dalla presa in carico in UVI) SMART LEA	incidenza dei casi dei pazienti gestiti in ADI	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	1	2	UOC CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI
Incrementare le attività previste nel modello aziendale di gestione delle Cure Palliative e Terapia del Dolore Domiciliare	percentuale pazienti presi in carico	Numeratore: N. pazienti presi in carico per le attività di cure palliative 2023 - N. pazienti presi in carico per le attività di cure palliative 2022 Denominatore: N. pazienti presi in carico per le attività di cure palliative 2022 Fattore di scala: *100	≥5%	6	
Monitorare le attività ADI.	percentuale di report Sinfonia	Numeratore: N. report Sinfonia Denominatore: 2 Fattore di scala:*100	100%	4	



<p><b>Garantire l'offerta del servizio di cure palliative domiciliare per pazienti ultra 75enni</b></p>	<p><b>tasso di assistiti di età di 75 anni e oltre che sono stati assistiti nelle cure paliative domiciliari</b></p>	<p>Numeratore: N. di assistiti di età di 75 anni e oltre che sono stati assistiti nelle cure paliative domiciliari Denominatore: popolazione media residente di età 75 anni e oltre fattore di scala:*1000</p>	<p>≥90%</p>	<p>6</p>	
<p><b>Effettuare controlli a campione sulle attività di cure domiciliari</b></p>	<p><b>incidenza dei controlli</b></p>	<p><b>I Livello</b> Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. pazienti trattati fattore di scala: *100</p>	<p>5%</p>	<p>14</p>	
	<p><b>incidenza dei controlli</b></p>	<p><b>II Livello</b> Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. pazienti trattati fattore di scala: *100</p>	<p>5%</p>		
	<p><b>incidenza dei controlli</b></p>	<p><b>III Livello</b> Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. pazienti trattati fattore di scala: *100</p>	<p>5%</p>		

Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	$\geq 95\%$	8	
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	SI/ NO		SI	10	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
COORDINAMENTO SOCIOSANITARIO					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	REGOLA DI CALCOLO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento	Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa in trattamento R3 Denominatore: popolazione residente di età >75 aa * 1000 ab.	≥24,6 %	12	DISTRETTI SOCIOSANITARI COORDINAMENTO CURE DOMICILIARI	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	REGOLA DI CALCOLO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi (File H , tracciati H1-H2) Flusso FAR - Assistenza Socio Sanitaria a rilevanza sanitaria- RSA Referente: Dr. Andrea Alfieri	SI/ NO		SI	10	

INDICATORI GRIGLIA LEA				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti</b>	(Sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1.000	≥ 9,80	10	<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI ASSISTENZA ANZIANI FRAGILI E DEMENZA</b>
<b>9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti</b>	(Posti nelle strutture residenziali per anziani/ Popolazione anziana residente ) * 1.000	≥ 10	10	<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI ASSISTENZA ANZIANI FRAGILI E DEMENZA</b>
<b>10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b>	(Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente * 1.000	≥ 0,50	10	<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI</b>
<b>10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b>	(Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F / 365) / Popolazione residente * 1.000	≥ 0,22	2	<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI</b>
<b>10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b>	(Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro G) / Popolazione residente * 1.000	≥ 0,60	2	<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI</b>
<b>10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b>	(Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro F) / Popolazione residente * 1.000	≥ 0,45	2	<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI</b>

OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	REGOLA DI CALCOLO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Ridurre del 30% delle liste d'attesa per accesso alle RSA.	percentuale prestazioni erogate	Numeratore: N. prestazioni erogate 2023- N. prestazioni erogate 2022 Denominatore: N. prestazioni erogate 2022 Fattore di scala:*100	-30%	10	
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	numero report		156 report 12 incontri	2	
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	percentuale controlli eseguiti	Numeratore: N. controlli eseguiti sui modelli FIOTO in merito alla appropriatezza prescrittiva Denominatore: N. totale delle prescrizione gestite Fattore di scala:*100	10%	4	

<p>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.</p>	<p>percentuale contratti stipulati</p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>4</p>	
<p>Monitorare trimestralmente 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)</p>	<p>percentuale report prodotti</p>	<p>Numeratore: N. report prodotti Denominatore: 4 Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>4</p>	
<p>Definizione delle Linee Guida Operative per la gestione dei PTRI nell'ambito dei progetti erogati dai DSS</p>	<p>SI/NO</p>		<p>100%</p>	<p>2</p>	
<p>Protocollo, smistamento o diniego delle fatture ricevute entro 7gg.</p>	<p>percentuale fatture elaborate</p>	<p>Numeratore: N. fatture accettate, smistate o rifiutate entro 7gg dalla data di ricezione Denominatore: N. totale di fatture ricevute Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	
<p>Verificare periodicamente lo stato delle fatture aperte non liquidate.</p>	<p>numero verifiche annuali</p>		<p>24</p>	<p>2</p>	

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.	percentuale fatture liquidate	Numeratore: N. fatture liquidate entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute Fattore di scala: *100	100%	2	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	2	
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	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
DIPARTIMENTO AREA CRITICA					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>=18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco)	L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: Numeratore: N. dimissioni Denominatore: (Popolazione residente) * 100.000 abitanti	≤ 373	10	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CRITICA	
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	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 MINUTI	10	SISTEMA 118	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi (Pronto Soccorso-EMUR PS - (tracciato 1 Segnalazione 118- tracciato 2 Intervento 118 - tracciato pronto soccorso) Referente: Dr. Salvatore Criscuolo	SI/ NO	SI	10		
GRIGLIA LEA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	incidenza giorni precedenti l'intervento chirurgico	Numeratore: N. dei giorni precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti ad interventi chirurgici Fattore di scala:*100	1,4 giorni	10	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA DIPARTIMENTO AREA CRITICA



OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Incrementare del 5% il numero di procedure di emodinamica	percentuale procedure di emodinamica	Numeratore: N. di procedure di emodinamica 2023 - N. di procedure di emodinamica 2022 Denominatore: N. di procedure di emodinamica 2022 Fattore di scala:*100	5%	10	
Incrementare del 5% il numero di procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione	percentuale procedure di elettrofisiologia	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%	10	
Elaborare una scheda di valutazione del rischio clinico per paziente emorragico	percentuale pazienti emorragici con scheda di valutazione del rischio clinico	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%	10	
Monitorare la corretta applicazione, da parte dei reparti ospedalieri, della procedura Patient Blood Management.	percentuale sacche trasfuse	Numeratore: Sacche trasfuse 2023 Denominatore: sacche consegnate 2023 Fattore di scala: *100	≥ 50%	10	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	10	
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	SI/ NO		SI	4	

Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
DIPARTIMENTO LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA					
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi "consumo sacche di sangue"	SI/ NO		SI	5	
Produzione assistenza specialistica ambulatoriale <i>(Delibera giunta Regionale n°210 del 04 maggio 2022)</i>	numero di prestazioni di Laboratorio e Attività Clinica		Attività Clinica: 676.000 prestazioni Laboratorio: 500.00 prestazioni	6	DISTRETTI SOCIO SANITARI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Digitalizzazione e trasmissione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei documenti digitali nel rispetto delle tempistiche e delle specifiche definite dal D.M 23.12.2019	SI/NO		SI	6	PP.OO. COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DISTRETTI SOCIO SANITARI
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Monitorare l'attività di produzione di prestazioni di laboratorio <i>Produzione assistenza specialistica ambulatoriale (Delibera giunta Regionale n°210 del 04 maggio 2022)</i>	numero di monitoraggi		4	5	
Produzione piastrene ASL	Produzione di pool piastrinici/1000 abitanti		>1 pool ogni 5000 abitanti	5	

Incrementare dell'1% la raccolta delle unità di sangue rispetto al 2022	percentuale globuli rossi/1000 abitanti	Numeratore: N. unità globuli rossi /1000 abitanti 2023 - N.unità globuli rossi /1000 abitanti 2022 Denominatore: N.unità globuli rossi /1000 abitanti 2022 Fattore di scala:*100	1%	10	
Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.	percentuale dati inviati	Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. Richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	4	
Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma della cervice uterina, rispetto ai protocolli operativi	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro i termini previsti nei protocolli aziendali Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	
Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma della mammella, rispetto ai protocolli operativi	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro i temrini previsti nei protocolli aziendali Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	
Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma del colon retto, rispetto ai protocolli operativi	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro i temrini previsti nei protocolli aziendali Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala: *100	100%	5	
Rispettare i tempi di refertazione per lo screening cervico-vaginale	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro 20gg Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala:*100	100%	5	
Rispettare le refertazione entro 30gg degli esami afferenti ai convenzionati esterni	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro 30gg Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala:*100	100%	5	

Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.	percentuale dati inviati	Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	5	
Rispettare i tempi di refertazione per lo screening colon retto	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro 48h Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala:*100	100%	5	
Eseguire tamponi antigenici e/o molecolari d'urgenza nel minor tempo possibile	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati in almeno 2 ore Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala: *100	100%	4	
Garantire la tempestività delle refertazioni in regime programmato	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro 12h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala:*100	100%	4	
Garantire la tempestività delle refertazioni in regime d'urgenza	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro 3h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala:*100	100%	2	
Informatizzare le procedure per le indagini di Medicina di Laboratorio (rilascio di patenti di guida, adozioni, concorsi)	percentuale esami refertati entro i tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro 7giorni Denominatore: N. esami inviati per la refertazione Fattore di scala:*100	100%	2	
Convocare trimestralmente audit interni ed inviare al Direttore di Dipartimento i relativi report	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati al Direttore di Dipartimento Denominatore: N. report previsti annulmente (4)	100%	2	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	$\geq 95\%$	2	

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	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI					
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	12	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per frattura collo del femore, rispetto ai protocolli operativi	percentuale esami refertati nei tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro le 24h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala:*100		12	
Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma della mammella, rispetto ai protocolli operativi	percentuale esami refertati nei tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro le 24h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala:*100		12	
Rispettare i tempi di refertazione dei PDTA aziendali, per il carcinoma del colon retto, rispetto ai protocolli operativi	percentuale esami refertati nei tempi previsti	Numeratore: N. esami refertati entro le 24h Denominatore: N. esami totali refertati Fattore di scala:*100		12	

Trasmettere tutti i dati richiesti dalla Direzione Sanitaria in tema di risarcimento danni, previo audit interno.	percentuale dati inviati	Numeratore: N. dati inviati Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100		8	
Rispettare i tempi di refertazione degli esami eseguiti in urgenza	percentuale esami refertati nei tempi previsti	Numeratore: N. esami in urgenza refertati entro 45 minuti Denominatore: N. esami in urgenza richiesti Fattore di scala:*100	≥95%	10	
Attivare la preospedalizzazione per tutti i ricoveri chirurgici in elezione e sorveglianza dei ricoveri urgenti	percentuale esami eseguiti	Numeratore: N. esami (diagnostica per immagini) eseguiti in preospedalizzazione Denominatore: N. esami richiesti Fattore di scala:*100	SI	8	
Trasmettere trimestralmente i dati contenenti prestazioni erogate e prestazioni richieste con audit delle indagini eseguite e refertazione delle stesse.	percentuale report inviati	Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report richiesti (4 per ogni DD.SS. Dei PP.OO.) fattore: *100	SI	8	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	6	



<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		SI	6	
<b>Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione</b>	SI/ NO		SI	2	
<b>Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"</b>	SI/ NO		SI	2	
<b>Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"</b>	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>P01C -Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</b>	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%	3	DISTRETTI SOCIOSANITARI COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
<b>P02C-Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</b>	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%	3	DISTRETTI SOCIOSANITARI COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
<b>P15Cc - Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon-retto.</b>	Numeratore: N. persone in età target che seguono il test di screening per colon retto Denominatore: [(N. residenti in età compresa tra 50-69 ann/2)]- persone escluse dagli inviti precedenti Fattore di scala:*100	≥25%	2	DISTRETTI SOCIOSANITARI
<b>P10Z - 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.</b>	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (% esecuzione del PNAA x 0,3) + (% controlli di farmacosorveglianza veterinaria x 0,2)	≥70%	3	

<p><b>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 e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.</b></p>	<p>% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2).</p>	<p>≥80%</p>	<p>3</p>		
<p><b>P14C - Indicatore composito sugli stili di vita</b></p>	<p>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 (&lt;20 sigarette)          2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette) B - INDICATORE_ECESSO_PONDERALE          0 = Normopeso + sottopeso (BMI &lt; 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</p>	<p>≥40%</p>	<p>3</p>		
<p><b>OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022</b></p>					
<p><b>OBIETTIVO</b></p>	<p><b>INDICATORE</b></p>	<p><b>ALGORITMO</b></p>	<p><b>TARGET</b></p>	<p><b>PESO</b></p>	<p><b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b></p>
<p>Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi</p>	<p>SI/ NO</p>		<p>SI</p>	<p>3</p>	

GRIGLIA LEA				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>P06C - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( ≥ 65 anni)</b>	Numeratore: Numero vaccini effettuati Denominatore: Popolazione ≥ 65 anni fattore di scala:*100	≤75% ≥60%	3	DISTRETTI SOCIO SANITARI
<b>P09Z - Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica.</b>	% = (% copertura BRC x 0,2) + (% copertura TBC x 0,2) + (% test BSE su bovini morti x 0,2) + (% test TSE su ovini morti x 0,1) + (% test TSE su caprini morti x 0,1) + (% di campioni per la ricerca di salmonella negli animali x 0,2)	100%	3	
<b>MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina</b>	Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100	100%	3	
<b>MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI bovina</b>	Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100	< 99,8% ≥ 98%	3	
<b>MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI bufalina</b>	Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100	< 99,8% ≥ 98%	3	
<b>Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina</b>	Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100	< 99,8% ≥ 98%	3	

<p><b>Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06</b></p>	<p>Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100</p>	<p>&lt; 97,9% ≥ 95%</p>	<p>3</p>	
<p><b>CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati</b></p>	<p>Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100</p>	<p>≤ 97,9% ≥ 90%</p>	<p>3</p>	
<p><b>CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017). Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"</b></p>	<p>Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>3</p>	
<p><b>CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti</b></p>	<p>Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100</p>	<p>≥90%</p>	<p>3</p>	
<p><b>Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare</b></p>	<p>Numeratore: Controlli eseguiti Denominatore: N° controlli programmato Fattore di scala:*100</p>	<p>≥ 2,5% ≤ 5%</p>	<p>3</p>	

OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI		ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Promozione dei programmi vaccinali aziendali (in età pediatrica ed in età adulta) al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione "Calendario per la vita" - Piano Vaccinale 2017/2019	percentuale azioni messe in campo	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	1	2	Coordinamento Materno Infantile
Potenziare lo screening colon retto attraverso la promozione dei programmi di screening aziendali al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione.	percentuale azioni messe in campo	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	1	4	DISTRETTI SOCIO SANITARI
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.	percentuale menù validati	Numeratore: N. menù validati Denominatore: N. totale delle scuole pubbliche e privati ove prevista il servizio mensa di tutta l'ASL Napoli 3 Sud Fattore di scala:*100	100%	2	
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.	percentuale vaccini effettuati	Numeratore: N. vaccini effettuati Denominatore: N. cittadini che effettuano richiesta Fattore di scala:*100	100%	2	

<p>Tutelare le condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo attraverso attività di controllo. Support agli Enti preposti nella definizione del percorso di miglioramento.</p>	<p>percentuale controlli effettuati</p>	<p>Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. strutture scolastiche Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	
<p>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</p>	<p>percentuale controlli effettuati</p>	<p>Numeratore:N.controlli effettuati nel 2022-N.controlli effettuati nel 2021 Denominatore: N. attività sanitarie e socio sanitarie nel 2021 Fattore di scala:*100</p>	<p>+20%</p>	<p>2</p>	
<p>Aumentare la percentuale di Inviti alle persone obiettivo dei programmi vaccinali. Vaccinazioni secondo le buone pratiche attraverso interventi di informazione e comunicazioneE per operatori sanitari, cittadini e istituzioni. Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive Produzione di report</p>	<p>percentuale azioni messe in campo per la sensibilizzazione della popolazione</p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	
<p>Ispezionare almeno il 5% delle unità locali attive nel territorio di competenza e 100% degli accertamenti su indagini su infortuni sul lavoro gravi selezionati</p>	<p>incidenza accertamenti-incidenti sul lavoro</p>	<p>Numeratore: (N. accertamenti / N. cantieri ) deve essere ≥ 5% Denominatore: N. incidenti sul lavoro Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	
<p>Garantire le ispezioni delle imprese presenti sul territorio secondo la "Prevenzione salute nei luoghi di Lavoro" Decreto dirigenziale n°13 RG del 16/02/2023 - Piano Vigilanza 2023</p>	<p>percentuale controlli effettuati</p>	<p>Numeratore: N. controlli effettuati per imprese edilizie e Agricole Denominatore: N. totale delle imprese Edilizie e Agricole presenti sul territorio Fattore di scala:*100</p>	<p>≥ 11,4%</p>	<p>2</p>	

<p>Rilevare tutti gli infortuni mortali e gravi e delle malattie professionali occorsi negli anni 2022 e 2023 attraverso la restituzione delle schede, debitamente compilate, dei progetti nazionali CCM "Sbagliando s'impara" e CCM "MaIProf" e i dati amianto (scheda) , il tutto in formato elettronico Decreto dirigenziale n°13 RG del 16/02/2023 - Piano Vigilanza 2023</p>	<p>SI/NO</p>		<p>SI</p>	<p>2</p>	
<p>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</p>	<p>percentuale interventi di profilassi effettuati</p>	<p>Numeratore: N. interventi di profilassi effettuati Denominatore: N. focolai e vettori di trasmissioni rilevati Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	
<p>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.</p>	<p>percentuale report inviati</p>	<p>Numeratore: N. report inviati Denominatore: N. report da inviare (2) Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	



Tutelare la popolazione da rischio "amianto" controlli in cantieri soggetti a bonifica amianto attraverso	percentuale controlli effettuati	Numeratore: N.controlli effettuati in cantieri soggetti a bonifica amianto Denominatore: N. cantieri aperti per bonifica amianto Fattore di scala: *100	100%	2	
Garantire la tempestività nella produzione dei dati di incidenza oncologica come da linee Guida Nazionali e da disposizioni de Registro Tumori Regione Campania	SI/NO		SI	2	
Raggiungimento degli standard di qualità IARC / OMS: DCO < 3%; verifiche microscopiche >80% attraverso l'Applicazione dei protocolli di qualità IARC / OMS	SI/NO		SI	1	
Georeferenzazione dei dati di incidenza oncologica del decennio 2010/2020 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	percentuale di comuni georeferenziati	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%	2	
Implementazione di ulteriori 10 PDTA oncologici sul territorio della ASL Napoli 3 sud ( come da DCA 58/2019)	incremento produttivo dei PDTA	dato 2022 + 10	incremento di 10 PDTA rispetto al dato 2022	2	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	$\geq 95\%$	2	
Pianificare le attività di controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria attraverso la compilazione online del Documento di Programmazione Annuale Territoriale (DPAT) direttamente nell'applicativo "Matrix" del sistema informatico regionale GISA	SI/ NO		SI	2	

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	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
DIPARTIMENTO DIPENDENZE					
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi SIND -	numero report trimestrali		4	22	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
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.	percentuale contratti stipulati	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%	10	
Gestire i contratti con i privati accreditati elaborando una reportistica di confronto tra la spesa certificata da parte della struttura privata ai 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.	percentuale report presentati	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%	10	
Omogeneizzare e sviluppare servizi per le Dipendenze verificando semestrale l'applicazione di quanto previsto nei PDTA GAP e Doppia Diagnosi (alcolismo) nelle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. afferenti al Dipartimento.	percentuale verbali ricevuti	Numeratore: N. di verbali ricevuti Denominatore: N. di verbali richiesti Fattore di scala:*100	100%	10	

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.	percentuale pazienti presi in carico	Numeratore: N. pazienti presi in carico nel 2023 Denominatore: N.pazienti da prendere in carico nel 2023 Fattore di scala: *100	100%	10	
Formazione specialistica sul tema GAP e sul tema alcolismo	numero corsi di formazione		Almeno 1 corso corso di formazione per scuole operatori e famiglie	9	
Riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali	percentuale ricoveri in comunità terapeutica	Numeratore: N di ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionale nel 2023 - N. di ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionale nel 2021 Denominatore: N. di ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionale nel 2022 Fattore di scala: *100	-2%	9	
Prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze (Mantenimento del numero di pazienti sottoposti a screening per la prevenzione delle malattie infettive - HCV)	percentuale pazienti che hanno eseguito lo screening (HIV- Epatite- HCV)	Numeratore: N. pazienti che hanno eseguito lo screening nel 2023- Numero pazienti che hanno eseguito lo screening nel 2022 Denominatore: N. pazienti che hanno eseguito lo screening nel 2022 Fattore di scala:*100	0%	5	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	4	
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	SI/ NO		SI	5	

Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
<b>D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche</b>	Numeratore: N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria Denominatore: Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento fattore di scala: *100	≤ 6,9	8		
INDICATORI LEA NON CORE NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA"					
<b>D28C Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente</b>	Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche in TSO Denominatore: Popolazione residente dell'anno di riferimento	≤ 10,8	7		
<b>D26C Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne</b>	Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età > 18 aa) Denominatore: Popolazione residente (età > 18 aa) Fattore di scala: (x 100.000)	≤10,9	7		
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi -Flusso SISM - Tracciato Strutture, Personale, Attività- Referente: Dr. Pasquale Saviano	SI/ NO		SI	7	
Digitalizzazione e trasmissione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei documenti digitali nel rispetto delle tempistiche e delle specifiche definite dal D.M 23.12.2019	SI/NO		SI	2	PP.OO. COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA DISTRETTI SOCIO SANITARI
INDICATORI GRIGLIA LEA					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
<b>Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti</b>	Numeratore: N. assistiti residenti presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel periodo di riferimento Denominatore: popolazione residente nel periodo di riferimento fattore di scala: *1000 abitanti	≥ 10.82	10		

OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Migliorare la presa in carico da parte dei Servizi Territoriali di Salute Mentale	percentuale pazienti visitati nei tempi previsti	Numeratore: N. pazienti visitati a 14 gg. dalla dimissione Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero in SPDC fattore di scala: *100	>60%	5	
	percentuale pazienti visitati nei tempi previsti	Numeratore: N. pazienti visitati a 30 gg. dalla dimissione Denominatore: N. pazienti dimessi da ricovero in SPDC fattore di scala: *100	>75%	5	
Introduzione dei PDTA per le disfagie in età adulta ed in età pediatrica attraverso la redazione di un percorso diagnostico terapeutico per le disfagie in età adulta Redigere un percorso diagnostico terapeutico per le disfagie in età pediatrica	numero percorsi diagnostici		2	5	
Incrementare le attività di gestione di terapia riabilitativa logopedica in pazienti adulti e pediatrici.	percentuale di terapie riabilitative logopediche effettuate	Numeratore: N. terapie riabilitative logopediche in pazienti adulti e pediatrici 2023- N. terapie riabilitative logopediche in pazienti adulti e pediatrici 2022 Denominatore: N. terapie riabilitative logopediche in pazienti adulti e pediatrici 2022 Fattore di scala:*100	≥ 20%	5	
Garantire i PDTA per utenti con disturbo dello spettro schizofrenico e per gli esordi psicotici	SI/NO		SI	5	
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.	percentuale contratti stipulati	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%	8	
Riduzione minore o uguale al 10%, nel tempo, della durata dei PTRI per i PTRI con durata maggiore di quella dettata dalle norme	riduzione della durata dei PTRI	Numeratore: N. PTRI di durata maggiore di quella dettata dalle norme nell'anno 2023 - N. PTRI di durata maggiore di quella dettata dalle norme nell'anno 2022 Denominatore: N. PTRI totali nell'anno 2022 fattore di scala: *100	≤-10%	6	

Eeguire esami potenziali evocati uditivi neonatali.	percentuale prestazioni erogate	Numeratore: N. prestazioni erogate Denominatore: N. prestazioni richieste dagli 8 punti nascita Fattore di scala: *100	100%	6	
programmazione e realizzazione distinte attività formative per la dirigenza sanitaria ed il personale del comparto	SI/NO		100%	2	
Incrementare le attività di gestione diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico.	percentuale di inquadramenti diagnostici	Numeratore: N. inquadramenti diagnostici per i disturbi dell'apprendimento scolastico in età evolutiva 2023- N. inquadramenti diagnostici per i disturbi dell'apprendimento scolastico in età evolutiva 2022 Denominatore: N. inquadramenti diagnostici per i disturbi dell'apprendimento scolastico in età evolutiva 2022 Fattore di scala: *100	20%	2	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	$\geq 95\%$	2	
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	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	



PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
DISTRETTI SOCIO SANITARI				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>P01C -Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</b>	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%	6	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
<b>P02C-Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</b>	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%	6	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
<b>P15Cc - Proporzioe di persone che hanno effettuato il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon-retto.</b>	Numeratore: N. persone in età target che seguono il test di screening per colon retto Denominatore: [(N. residenti in età compresa tra 50-69 ann/2)]- persone escluse dagli inviti precedenti Fattore di scala:*100	≥25%	6	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
<b>P15Ca - Proporzioe di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.</b>	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 l'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%	6	COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
<b>P15Cb - Proporzioe di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.</b>	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%	5	COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE

<p><b>D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;=18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco)</b></p>	<p>L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo: Numeratore: N. dimissioni Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: x 100.000 abitanti. Standardizzato per età e sesso.</p>	<p>≤ 176</p>	<p>5</p>	<p><b>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA</b></p>
<p><b>D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al tot. Prestazioni di classe B</b></p>	<p>Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro 10 giorni Denominatore: totale prestazioni classe B Fattore di scala: (x 100)</p>	<p>≥ 60%</p>	<p>5</p>	<p>UOSD CUP ALPI LISTE D'ATTESA</p>
<p><b>D14C - Consumo di farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 ab. Antibiotici.</b></p>	<p>Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)</p>	<p>≤ 7263</p>	<p>5</p>	<p>ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE</p>
<p><b>D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3)</b></p>	<p>Numeratore: Numero pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente * 1.000 Numeratore: N. pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente * 1.000 Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente * 1000</p>	<p>CIA 1 2,6 CIA 2 1,9 CIA 3 1,5</p>	<p>5</p>	<p>COORDINAMENTO CURE DOMICILIARI</p>
<p><b>D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento</b></p>	<p>Numeratore: Totale assistiti di età &gt;75 aa in trattamento R3 Denominatore: popolazione residente di età &gt;75 aa * 1000 ab.</p>	<p>≥24,6 %</p>	<p>5</p>	<p>COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO COORDINAMENTO CURE DOMICILIARI UOSD ANZIANI FRAGILI E DEMENZA</p>

INDICATORI GRIGLIA LEA				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>P06C - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( ≥ 65 anni)</b>	Numeratore: Numero vaccini effettuati Denominatore: Popolazione ≥ 65 anni fattore di scala:*100	≤75% ≥60%	3	
<b>Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti</b>	Numeratore: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica effettuate Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: * 100	≥5,10 ≤7,50	3	UOSD CUP ALPI LISTE D'ATTESA
<b>Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica(&lt; 18 anni) per asma e gastroenterite dell' anno 2022</b>	<i>attuazione di tutte le procedure per la gestione e valutazione clinica appropriata del paziente da parte delle UCAD E AFT afferenti ai distretti SI/NO</i>	SI	2	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO AFT E UCAD MONITORAGGIO GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA
<b>Mantenimento degli accessi di tipo medico</b>				
<b>Riduzione del 5% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco</b>				
<b>9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti</b>	(Somatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1.000	≥ 9,80	2	UOSD ASSISTENZA ANZIANI FRAGILI E DEMENZA
<b>9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti</b>	(Posti nelle strutture residenziali per anziani/ Popolazione anziana residente ) * 1.000	≥ 10	2	UOSD ASSISTENZA ANZIANI FRAGILI E DEMENZA

<p><b>10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b></p>	<p>(Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente * 1.000</p>	<p>≥ 0,50</p>	<p>2</p>	<p>COORDINAMNETO SOCIO SANITARIO</p>
<p><b>10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b></p>	<p>(Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F / 365) / Popolazione residente * 1.000</p>	<p>≥ 0,22</p>	<p>2</p>	<p>COORDINAMNETO SOCIO SANITARIO</p>
<p><b>10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b></p>	<p>(Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro G) / Popolazione residente * 1.000</p>	<p>≥ 0,60</p>	<p>2</p>	<p>COORDINAMNETO SOCIO SANITARIO</p>
<p><b>10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti</b></p>	<p>(Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA.11 quadro F + Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS.24 quadro F) / Popolazione residente * 1.000</p>	<p>≥ 0,45</p>	<p>2</p>	<p>COORDINAMNETO SOCIO SANITARIO</p>

OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVI	INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle attività libero professionali intramurarie	incidenza tempo medio	Numeratore: Tempo medio (in GG) che intercorrono tra [data_prenotazione] e [data erogazione] 2023 Denominatore: Tempo medio (in GG) che intercorrono tra [data_prenotazione] e [data erogazione] 2022 Fattore di scala: *100	100%	2	UOSD CUP ALPI E LISTED/ATTESA
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi - FILE B - C [Tracciato Unico assistenza medica di base, Tracciati C1-C2 Assistenza Specialistica Ambulatoriale, Assistenza Termale File E -tracciati E1-E2] (Referente Distretto n°55, Dr.Felice Conato)	SI/ NO		SI	2	DISTRETTO SOCIO SANITARIO N°55
Digitalizzazione e trasmissione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei documenti digitali nel rispetto delle tempistiche e delle specifiche definite dal D.M 23.12.2019	SI/NO		SI	2	PP.OO. DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
Produzione assistenza specialistica ambulatoriale (Delibera giunta Regionale n°210 del 04 maggio 2022)	numero di prestazioni di Laboratorio e Attività Clinica		Attività Clinica: 676.000 prestazioni Laboratorio: 500.00 prestazioni	2	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
Implementare le attività finalizzate all'adesione e al miglioramento dei PDTA per la BPCO	SI/NO		SI	2	COORDINAMENTO CURE PRIMARIE
Implementare il buon uso dell'attrezzatura medica per lo screening delle complicanze del diabete mellito	SI/ NO		SI	2	U.O.S.D. Diabetologia e malattie metaboliche

<p>Promozione dei programmi vaccinali aziendali (in età pediatrica ed in età adulta) al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione "Calendario per la vita" - Piano Vaccinale 2017/2019</p>	<p>percentuale azioni messe in campo</p>	<p>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</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>Dipartimento di Prevenzione Coordinamento Materno Infantile</p>
<p>Valutare tempestivamente i bisogni assistenziali dei pazienti registrati in ADI sulla piattaforma informatica SORESA (entro 15 giorni dalla presa in carico in UVI) SMART LEA</p>	<p>incidenza dei casi dei pazienti gestiti in ADI</p>	<p>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</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>UOC CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI COORDINAMENTO DOMICILIARI</p>
<p>Potenziare lo screening cervice uterina, colon-retto, mammella attraverso la promozione dei programmi di screening aziendali al fine di favorire la sensibilizzazione della popolazione.</p>	<p>percentuale azioni messe in campo</p>	<p>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</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	
<p>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</p>	<p>percentuale note riscontrate</p>	<p>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</p>	<p>≥95%</p>	<p>1</p>	
<p>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</p>	<p>SI/ NO</p>		<p>SI</p>	<p>1</p>	
			<p>TOT</p>	<p>100</p>	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA AREA SUD				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
D14C - Consumo di farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 ab. Antibiotici.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	≤ 7263	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE
GRIGLIA LEA				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto/ consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata) * 100	≥ 80%	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE
INDICATORI LEA NON CORE				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE
D16C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE



D17C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE	
D18C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE	
<b>OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022</b>					
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	10	
Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali	percentuale pazienti dimessi	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	80%	10	DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO
<b>OBIETTIVI DI STRUTTURA</b>					
<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 14,30 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero "Decreto Dirigenziale Regionale 138 del 2018 <i>Riferimento Indicatore D14C</i>	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala:*100	100%	15	
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari <i>Riferimento Farmaci appartenenti al PHT</i>	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala:*100	100%	13	

<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b> <i>D15C, D16C, D17C, D18C</i>	<b>percentuale ispezioni effettuate</b>	Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti dei PP.OO. di competenza Fattore di scala: *100	100%	16	
	<b>percentuale controlli effettuati</b>	Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezione dei prodotti	100%		
	<b>percentuale erogazione dei farmaci alle UOC Ospedaliere</b>	Numeratore: N. erogazione farmaci ai reparti ospedalieri Denominatore: N.richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%		
	<b>percentuale erogazione dei presidi alle UOC Ospedaliere</b>	Numeratore: N. erogazione presidi ai reparti ospedalieri Denominatore: N.richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%		
<b>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</b>	SI/NO		SI	6	
<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>	<b>percentuale note ricontrate</b>	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	≥95%	6	

<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		SI	6	
<b>Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione</b>	SI/ NO		SI	2	
<b>Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"</b>	SI/ NO		SI	2	
<b>Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"</b>	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA AREA NORD				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
D14C - Consumo di farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 ab. Antibiotici.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	≤ 7263	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE
GRIGLIA LEA				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto/ consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata) * 100	≥ 80%	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE
INDICATORI LEA NON CORE				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE
D16C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE

D17C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE	
D18C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE	
<b>OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022</b>					
<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	10	
Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali	percentuale pazienti dimessi	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	80%	10	DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO
<b>OBIETTIVI DI STRUTTURA</b>					
<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>	<b>ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE</b>
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 14,30 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero "Decreto Dirigenziale Regionale 138 del 2018 <i>Riferimento Indicatore D14C</i>	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala:*100	100%	15	
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari <i>Riferimento Farmaci appartenenti al PHT</i>	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala:*100	100%	13	

<b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE</b> <i>D15C, D16C, D17C, D18C</i>	<b>percentuale ispezioni effettuate</b>	Numeratore: N. ispezioni effettuate Denominatore: N. armadi presenti in tutti i reparti dei PP.OO. di competenza Fattore di scala: *100	100%	16	
	<b>percentuale controlli effettuati</b>	Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricezione dei prodotti	100%		
	<b>percentuale erogazione dei farmaci alle UOC Ospedaliere</b>	Numeratore: N. erogazione farmaci ai reparti ospedalieri Denominatore: N.richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%		
	<b>percentuale erogazione dei presidi alle UOC Ospedaliere</b>	Numeratore: N. erogazione presidi ai reparti ospedalieri Denominatore: N.richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%		
<b>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</b>	SI/NO		SI	6	
<b>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</b>	<b>percentuale note riscontrate</b>	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	≥95%	6	

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	SI/ NO		SI	6	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE AREA NORD					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
D14C - Consumo di farmaci sentinella/ tracciati per 1.000 ab. Antibiotici.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	≤ 7263	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi (Sistema TS Sogei- Tracciato D1-D2; File F tracciati F1-F2 Referente: Dr.Adriano Vercellone)	SI/ NO		SI	20	
GRIGLIA LEA					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto/ consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata) * 100	≥ 80%	5	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	



INDICATORI LEA NON CORE				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.</b>	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
<b>D16C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.</b>	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
<b>D17C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi.</b>	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
<b>D18C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.</b>	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 14,30 DDD e monitoraggio d'uso territoriale "Decreto Dirigenziale Regionale 138 del 2018 Riferimento Indicatore D14C	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala:*100	100%	15	
Garantire la razionalizzazione della rendicontazione farmaceutica attraverso la registrazione delle erogazione dei farmaci su piattaforma SIAC-FIORI	SI/NO		SI	6	
Assicurare la partecipazione alle attività promosse dal Livello Distrettuale in merito alle attività di Audit con i Medici Prescrittori (UCAD) (Riferimento Indicatori D14C,D15C , D16C,D17C,D18C	SI/NO		SI	16	
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala:*100	100%	6	
Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza	SI/NO		SI	6	

Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	$\geq$ 95%	2	
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	SI/ NO		SI	4	
Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.	SI/ NO		SI	4	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
ASSISTENZA FARMACEUTICA DISTRETTUALE AREA SUD				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
D14C - Consumo di farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 ab. Antibiotici.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	≤ 7263	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
GRIGLIA LEA				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	(Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta e per conto/ consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata) * 100	≥ 80%	6	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

INDICATORI LEA NON CORE					
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE	
D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	
D16C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	
D17C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	
D18C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo Fattore di scala: (x 1.000)	riferimento al dato Regione Campania pubblicato dal Ministero (non superiore al valore pubblicato nell'ultimo anno disponibile)	2	ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 14,30 DDD e monitoraggio d'uso territoriale "Decreto Dirigenziale Regionale 138 del 2018 Riferimento Indicatore D14C	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previste 4 Fattore di scala: *100	100%	20	
Garantire la razionalizzazione della rendicontazione farmaceutica attraverso la registrazione delle erogazione dei farmaci su piattaforma SIAC-FIORI	SI/NO		SI	10	

<p>Assicurare la partecipazione alle attività promosse dal Livello Distrettuale in merito alle attività di Audit con i Medici Prescrittori (UCAD) (Riferimento Indicatori D14C,D15C , D16C,D17C,D18C</p>	<p>SI/NO</p>		<p>SI</p>	<p>18</p>	
<p>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</p>	<p>percentuale report effettuati</p>	<p>Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala:*100</p>	<p>100%</p>	<p>10</p>	
<p>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</p>	<p>SI/NO</p>		<p>SI</p>	<p>10</p>	
<p>Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta</p>	<p>percentuale note riscontrate</p>	<p>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</p>	<p>≥95%</p>	<p>2</p>	

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	SI/ NO		SI	4	
Aggiornamento dei dati di propria competenza pubblicati sul sito istituzionale, in ottemperanza al Dlgs. 33/2013.	SI/ NO		SI	4	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
AREA DI COORDINAMENTO FARMACEUTICO - UOC GOVERNO ASSISTENZA FARMACEUTICA E CONVENZIONATA -					
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	10	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Monitorare l'andamento degli indicatori NSG- D14C-D15C, D16C, D17C,D18C attraverso report trimestrali	numero report eseguiti	Numeratore: N. report eseguiti Denominatore: 4 Fattore di scala: *100	100%	11	
Assicurare l'attivazione delle procedure per i "medici prescrittori" all'AIFA e/o SANIARP entro e non oltre 5 giorni dalla richiesta	SI/NO		SI	6	
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale <i>Decreto Dirigenziale n°405/2021</i>	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previsti 4 Fattore di scala: *100	100%	5	
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E CONTENIMENTO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI attraverso il contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 14,30 DDD e monitoraggio d'uso ospedaliero e territoriale "Decreto Dirigenziale Regionale 138 del 2018 Riferimento Indicatore D14C	percentuale report effettuati	Numeratore: N. reports effettuati Denominatore: N. reports previstei 4 Fattore di scala: *100	100%	5	



<p><b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA attraverso l' Incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari</b></p>	<p><b>percentuale report effettuati</b></p>	<p>Numeratore: N. reports effettuate Denominatore: N. reports previsti: 4 Fattore di scala: *100</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p>Assicurare l'attività di vigilanza ispettiva su farmacie convenzionate e /o distributori intermedi</p>	<p><b>numero di ispezioni effettuate a farmacie convezionate e/o distributori intermedi</b></p>		<p>25</p>	<p>10</p>	
<p><b>RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA attraverso il controllo delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate</b></p>	<p><b>percentuale controlli effettuati</b></p>	<p>Numeratore: N. controlli effettuati Denominatore: N. totale delle ricette prodotte dalle farmacie convenzionate Fattore di scala: *100</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p><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></p>	<p><b>percentuale controlli e verifiche</b></p>	<p>Numeratore: N. controlli e verifiche delle schede ADR e inserimento in RNF Denominatore: N. totale schede ADR Fattore di scala: *100</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p>Rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza</p>	<p><b>SI/NO</b></p>		<p>SI</p>	<p>5</p>	

<p><b>Applicazione del Regolamento di accessibilità degli atti</b></p>	<p><b>percentuale richieste</b></p>	<p>Numeratore: N. richieste accesso agli atti evasi Denominatore: N. di accesso agli atti pervenuti Fattore di scala: *100</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p><b>Protocollazione, smistamento o diniego delle fatture ricevute dalle farmacie convenzionate entro 7gg.</b></p>	<p><b>percentuale fatture elaborate</b></p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p><b>Verificare i 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.</b></p>	<p><b>percentuale fatture liquidate</b></p>	<p>Numeratore: N. fatture liquidate relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata entro 15 gg prima della sua scadenza Denominatore: N. fatture pervenute relative esclusivamente alla farmaceutica convenzionata Fattore di scala: *100</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	
<p><b>Attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci</b></p>	<p><b>percentuale adempimenti eseguiti</b></p>	<p>Numeratore: N. adempimenti eseguiti Denominatore: N. adempimenti richiesti nei PAC Fattore di scala: *100</p>	<p>100%</p>	<p>5</p>	

Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥ 95%	5	
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	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
UOC MEDICINA LEGALE PUBBLICA E VALUTATIVA					
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022					
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Monitorare trimestralmente le attività di cremazione necroscopica nelle modalità e tempi stabiliti dal DCA 59/2017 dei Distretti Sociosanitari Aziendali	percentuale report richiesti ai Distretti sociosanitari	Numeratore: N. report richiesti ai Distretti sociosanitari Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	14	
Garantire le attività di visita per atti 186 e 187 cds- Verifica ai sensi dell' art. 128 cds. (commissione medica locale)	percentuale pratiche registrate	Numeratore: N. pratiche espletate Denominatore: N. richieste di visita per atti pervenute Fattore di scala: *100	100%	16	
Garantire le consulenze Tecniche di Parte Aziendale.	percentuale consulenze effettuate	Numeratore: N. consulenze effettuate Denominatore: N. richieste pervenute Fattore di scala: *100	100%	14	
Rispettare i tempi di attesa stabiliti dalla norma 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.	percentuale pareri rilasciati	Numeratore: N. pareri rilasciati Denominatore: N. istanze presentate Fattore di scala: *100	100%	14	
Garantire il controllo e monitoraggio trimestrale delle attività, delle giacenze e dei tempi di attesa per singola Commissione Medica Integrata Distrettuale	percentuale report richiesti ai Distretti sociosanitari	Numeratore: N. report richiesti ai Distretti sociosanitari Denominatore: 4 Fattore di scala:*100	100%	10	

Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	12	
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	SI/ NO		SI	14	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE					
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Garantire le attività di formazione per la "fotografia del rischio clinico" del Presidio Ospedaliero San Leonardo di Castellammare di Stabia	SI/ NO		SI	14	UOC CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE
Realizzazione di corsi di formazione fuori piano su richiesta delle strutture e approvate dalla Direzione Strategica garantendo la presenza di un "Interprete LIS" secondo la normativa vigente	percentuale corsi realizzati	Numeratore: N. corsi realizzati Denominatore: N. corsi su disposizione della Direzione Strategica Fattore di scala:*100	100%	14	
Garantire l'attività formativa presso il Centro di formazione e simulazione avanzata Alchimete.	percentuale corsi realizzati	Numeratore: N. corsi effettuati Denominatore: N. corsi richiesti Fattore di scala:*100	100%	14	
Garantire la formazione inerenti la sicurezza degli ambienti di lavoro Dgls. 81/08	SI/NO		SI	5	

Realizzare il "Piano della Formazione" su richiesta dei Direttore d Dipartimento, strutture Complesse, strutture Semplici Aziendali	SI/NO		SI	5	
Realizzare una "relazione trimestrale" sulle attività svolte	SI/NO		SI	4	
Certificazione di fedeltà per accreditamento con provider FAD ECM- Aziendale	SI/NO		SI	12	
Progettare e realizzare di n.6 corsi di formazione sistema di Misurazione e Valutazione Performance in modalità residenziale per i Direttori di Struttura	percentuale corsi realizzati	Numeratore: N. corsi realizzati Denominatore: n. 6 previsti Fattore di scala: *100	100%	10	UOC Vru e Performance
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	10	

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	SI/ NO		SI	6	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	



PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
UOC GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Monitoraggio appropriatezza e codifica del FILE A (flusso SDO)	SI/ NO		SI	10	
Garantire il supporto per la gestione dati degli indicatori del "Nuovo Sistema di Garanzia" e Griglia Lea	SI/ NO		SI	5	
Monitorare i ricoveri ordinari in età adulta per complicanze a breve e lungo termine per diabete, BPCO e scompenso cardiaco (D04C NSG)	numero monitoraggi annuali effettuati		4	5	Distretti Sociosanitari
Monitorare i ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite ≤ 18 anni	numero monitoraggi annuali effettuati		3	5	Distretti Sociosanitari
Monitorare per presidio dei ricoveri ARI/ non ARI in regime di ricovero ordinario. Promozione di eventuali azioni di correzione.	numero monitoraggi annuali effettuati		4	5	
Monitorare per punto nascita accreditato la percentuale di parti cesarei primari. Promozione di eventuali azioni di correzione.	numero monitoraggi annuali effettuati		4	5	

Monitorare la degenza post operatoria delle colecistectomie laparoscopiche (riferimento indicatore NSG H05Z)	numero monitoraggi annuali effettuati		4	5	
Effettuare audit con per l'attuazione dei corretti setting assistenziali e per raggiungimento target indicatore LEA (Strutture di Ricovero Accreditate)	numero di audit da effettuare annualmente		22	10	DIREZIONE DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO
Effettuare audit per l'attuazione di correttivi per i volumi di attività e per gli indicatori LEA (Strutture Ospedaliere)	numero di audit da effettuare annualmente		10	10	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Formazione specifica per il personale sugli indicatori LEA di Area ospedaliera	N. corsi di formazione programmati		Almeno 1	10	
Supportare il Direttore Sanitario nelle attività riferite alla gestione crisi; Gestione emergenza COVID-19 attraverso il monitoraggio dei posti letto;	numero di monitoraggi giornalieri		2 monitoraggi pro die	10	
Rendicontare trimestralmente gli indicatori del flusso dei ricoveri dei PP.OO. e Strutture di Ricovero Accreditate	SI/NO		SI	4	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	4	

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	SI/ NO		SI	6	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD					
UOC CLINICAL RISK MANAGEMENT, SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE					
OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi CRE - SIMES (eventi sentinella)	SI/ NO		SI	30	
OBIETTIVI DI STRUTTURA					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Realizzare una "fotografia del rischio clinico" del Presidio Ospedaliero San Leonardo di Castellammare di Stabia	SI/ NO		SI	10	UOC FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
Promozione delle attività inerenti il Buon Uso del Sangue (COBUS) <i>Delibera n°140 del 14/02/2023</i>	SI/ NO		SI	6	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Realizzare Audit e webinar per la Gestione delle ICA e garantire la continuità C.I.O.	percentuale webinar realizzati	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%	10	
Gestire le segnalazione mediante gestionale dedicato TALETEWEB (rete facilitatori)	percentuale segnalazioni prese in carico	Numeratore: N. segnalazioni prese in carico Denominatore: N. Totali segnalazioni Fattore di scala: *100	100%	6	

Implementare le raccomandazioni ministeriali riguardanti il rischio clinico attraverso verifiche, aggiornamenti e monitoraggio	SI/ NO		SI	8	
Monitorare gli eventi sentinella ed eventi avversi near miss.	percentuale eventi analizzati	Numeratore: N. eventi analizzati Denominatore: N. eventi segnalati Fattore di scala: *100	100%	8	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	8	
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	SI/ NO		SI	8	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	

PIANO PERFORMANCE 2023 ASL NAPOLI 3 SUD				
PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI				
INDICATORI LEA "CORE "NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA" Decreto n°111 del 04/08/2022				
INDICATORI	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<b>H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</b>	Numeratore: numero dimissioni Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	≤160	5	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA
<b>H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.</b>	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: (x 100)	≥ 70%	5	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA

<p><b>H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario.</b></p>	<p>Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inapproprietezza 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 inapproprietezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".</p>	<p>≤ 0,24</p>	<p>5</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA</p>			
<p><b>H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg</b></p>	<p>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. Fattore di scala: *100</p>	<p>≥ 70%</p>	<p>5</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA</p>			
<p><b>H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi con frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario</b></p>	<p>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</p>	<p>≥ 60 %</p>	<p>5</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA</p>			
<p><b>H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con &lt; 1.000 parti</b></p>	<p>Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: *100</p>	<p>≤ 20%</p>	<p>5</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA</p>			
<p><b>H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti</b></p>	<p>Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100)</p>	<p>≤ 25%</p>	<p>5</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA</p>			

OBIETTIVI DECRETO N° 111 del 04/08/2022					
OBIETTIVO	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Continuità completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi	SI/ NO		SI	2	
Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali	percentuale pazienti dimessi	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	80%	2	
Digitalizzazione e trasmissione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei documenti digitali nel rispetto delle tempistiche e delle specifiche definite dal D.M 23.12.2019	SI/NO		SI	2	DISTRETTI SOCIO SANITARI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA COORDINAMENTO MATERNO INFANTILE
Produzione assistenza specialistica ambulatoriale (Delibera giunta Regionale n°210 del 04 maggio 2022)	numero di prestazioni di Laboratorio e Attività Clinica		Attività Clinica: 676.000 prestazioni Laboratorio: 500.000 prestazioni	2	DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA DISTRETTI SOCIO SANITARI
GRIGLIA LEA					
INDICATORI		ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
Mantenimento dei ricoveri diurni di tipo diagnostico		Numeratore: N. di dimissioni diurne di tipo diagnostico dell'anno 2023 - N. di dimissioni diurne di tipo diagnostico dell'anno 2022 Denominatore: N. di dimissioni diurne di tipo diagnostico dell'anno 2022 Fattore di scala: * 100	0%	4	DISTRETTI SOCIO SANITARI GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA
Mantenimento degli accessi di tipo medico		Numeratore: N accessi diurni di tipo medico dell'anno 2023 - N accessi diurni di tipo medico dell'anno 2022 Denominatore: N accessi diurni di tipo medico dell'anno 2022 Fattore di scala: *100	0%	4	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA



<b>Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza</b>	Numeratore: N. ricoveri con DRG medico Denominatore: N. dimessi da reparti chirurgici Fattore di scala: *100	≤ 25%	4	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
<b>Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico</b>	Numeratore: N. dei giorni precedenti l'intervento chirurgico Denominatore: N. dimessi sottoposti ad interventi chirurgici Fattore di scala: *100	1,4 giorni	4	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
<b>Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia</b>	Numeratore: N. di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia Denominatore: N. di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione fattore di scala: *100	≤ 20%	4	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
<b>Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (&lt; 18 anni) per asma e gastroenterite dell' anno 2022</b>	Numeratore: n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite dell' anno 2023 - n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite dell' anno 2022 Denominatore: n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite dell' anno 2022 Fattore di scala: *100	0%	3	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DISTRTTI SOCIO SANITARI
<b>Riduzione del 5% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco</b>	Numeratore: n° ricoveri ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco dell' anno 2023 - n° ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco dell' anno 2022 Denominatore: n° ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco dell' anno 2022 Fattore di scala: *100	-5%	4	GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DISTRTTI SOCIO SANITARI

<p><b>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.</b></p>	<p>Numeratore: N° dimissioni per intervento di amputazione maggiore nei residenti ≥ 18 anni Denominatore: N° di soggetti con età ≥ 18 anni Fattore di scala: *100</p>	<p>≤ 15 per 1.000.000 abitanti</p>	<p>4</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DISTRTTI SOCIO SANITARI</p>	
<p><b>Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici</b></p>	<p>Numeratore: N° dimessi dai reparti chirurgici con DRG medici Denominatore: N° dimessi dai reparti chirurgici Fattore di scala: *100</p>	<p>≥ 25%</p>	<p>4</p>	<p>GOVERNO FUNZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA</p>	
<b>OBIETTIVI DI STRUTTURA</b>					
OBIETTIVI	INDICATORE	ALGORITMO	TARGET	PESO	ARTICOLAZIONI AZIENDALI COINVOLTE
<p><b>Garantire la presa in carico del paziente in emergenza in pronto soccorso trasferendolo dalla barella di emergenza 118 a quella ospedaliera di P.S. nel minor tempo possibile rendendo nuovamente operativa l'unità mobile di soccorso</b></p>	<p>SI/NO</p>		<p>SI</p>	<p>2</p>	
<p><b>Migliorare il servizio di Pronto Soccorso al cittadino presso i Presidi Ospedalieri</b></p>	<p>Percentuale abbandoni del pronto soccorso</p>	<p>Numeratore: N. di persone che abbandonano il pronto soccorso Denominatore: N. di accessi al pronto soccorso Fattore di scala: *100</p>	<p>≤10%</p>	<p>2</p>	
<p><b>Garantire la tempestività delle refertazioni per la prestazioni ordinarie e prestazioni specialistiche erogate per interni in regime programmato e di urgenza.</b></p>	<p>percentuale refertazioni eseguite</p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>2</p>	

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.	percentuale indigenti deceduti	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	
Garantire l'appropriatezza prescrittiva delle sacche di sangue	percentuale sacche trasfuse	Numeratore: N. sacche trasfuse 2023 Denominatore: N. sacche richieste 2023 Fattore di scala: *100	≥50%	2	
Rispetto della raccomandazione ministeriale n. 7 (Marzo 2008) in tema di Prevenzione della morte o grave danno derivante da errori in terapia farmacologica, con l'adozione di una Scheda Unica di Terapia.	SI/NO		SI	2	
Validare i dati rilevati per le dimissioni, che dovranno confluire nel flusso SDO di riferimento, entro il 15esimo giorno successivo alla dimissione.	percentuale dati per le dimissioni per le SDO	Numeratore: N. validazioni completate per il flusso SDO Denominatore: N. validazioni da effettuare per il flusso SDO Fattore di scala: *100	100%	2	
Riscontrare le note della Direzione Strategica entro il termine stabilito dalla richiesta	percentuale note riscontrate	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	≥95%	1	

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	SI/ NO		SI	1	
Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica Piano della Prevenzione della Corruzione	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Trasparenza"	SI/ NO		SI	2	
Assicurare il rispetto della normativa sulla "Privacy"	SI/ NO		SI	2	
			TOT	100	