



*Azienda Ospedaliera di Caserta "Sant'Anna  
e San Sebastiano"*

di rilievo nazionale e di alta specializzazione

Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)

*Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante*

## **PIANO DELLE PERFORMANCE 2018- 2020**

---

Il Direttore TICOC  
dott. *Tommaso JGUEGLIA*

## Sommario

1	Presentazione del Piano.....	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni .....	4
2.1	Chi siamo.....	4
2.2	Cosa facciamo .....	5
2.3	Come operiamo .....	6
3	Identità.....	7
3.1	L'amministrazione "in cifre" .....	8
3.2	Mandato istituzionale e Missione.....	12
3.3	Albero della performance .....	15
4	Analisi del contesto.....	16
4.1	Analisi del contesto esterno .....	16
4.2	Analisi del contesto interno .....	17
4.3	Il Piano di efficientamento.....	22
5	Obiettivi strategici.....	23
5.1	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	25
5.2	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale .....	26
6	Il ciclo di gestione della performance .....	27
6.1	Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione.....	29
6.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio .....	30
6.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	31
7	Allegati tecnici.....	32
	Note .....	41
	SCHEDE DI RILEVAZIONE PER STRUTTURA.....	42

## 1 Presentazione del Piano

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 – aggiornato con le modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74 –, di seguito decreto, della delibera CIVIT n. 112/2010 e del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, adottato con deliberazione n. 205 del 02/04/2012, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso contiene:

- gli obiettivi strategici ed operativi, ai sensi dell'articolo 10, comma 4 del decreto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare

*“la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”.*

Come richiesto dall'articolo 5, comma 2, del decreto gli obiettivi sono:

- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- IV. riferibili ad un arco temporale determinato;
- V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;
- VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;

2017 - 2018 - 2019  
CIVIT

- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

Il Piano contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, ciò è funzionale a consentire la valutazione della *performance* individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on-line sul sito dell'azienda ([www.ospedale.caserta.it](http://www.ospedale.caserta.it)) ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

## **2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**

### **2.1 Chi siamo**

L'Azienda Ospedaliera è "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione" per effetto del D.P.C.M. 23/04/1993; con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 12254 del 22/12/1994 viene istituita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta che, ai sensi dell'art.3 comma 1 bis del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazione e integrazioni, ha personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; con deliberazione n. 189 del 25/03/2002 assume la denominazione di Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" ; con deliberazione n. 186 del 04/04/2006 assume l'attuale denominazione di Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Sant'Anna e San Sebastiano".

La sede legale è in Caserta alla Via Palasciano (traversa di via Tescione) senza numero civico.

Il Logo attuale dell'Azienda è stato adottato con deliberazione n. 414 del 22/06/2012.

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili e immobili a essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

I principali stakeholders dell'azienda sono:

- pazienti/utenti
- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

## 2.2 Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione, rappresenta il fulcro per la gestione dell'Emergenza della Provincia di Caserta, ed eroga prestazioni sanitarie in regime di Ricovero Ordinario, in elezione e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery, Day Hospital e Day Service, fornisce, altresì, Prestazioni Ambulatoriali PACC.

Nel corso degli anni, l'Azienda si sta specializzando nella diagnosi e nella cura di patologie sempre più complesse. Nell'ambito dei provvedimenti emanati dalla regione ed in ottemperanza alle disposizioni previste dal piano di rientro, l'Azienda ha modificato sensibilmente il proprio assetto organizzativo nell'ottica di garantire un'assistenza sanitaria sempre più qualificata e di elevare ulteriormente il livello di specializzazione della struttura ospedaliera attraverso il potenziamento di alcune branche specialistiche.

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" ai sensi del D.C.A. n. 49 del 27/09/2010 e, quindi, nell'attuale configurazione:

- rappresenta il III° livello della rete dell'emergenza, di riferimento per tutto l'ambito provinciale;  
- è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto, nonché hub di 2° livello per la rete cardiologica e centrale operativa cardiologica DIE CE; - è Trauma Center di zona (CTZ) e serve l'ambito territoriale della provincia di Avellino, Benevento e Caserta;
- è sede o centro di riferimento dei seguenti servizi: Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E.), con estensione del servizio alle province di Avellino, Benevento e Caserta; - Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti; - Bleeding Center; Centro di riferimento provinciale per le valutazioni immunoematologiche; - Centro di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta; - Centro di riferimento provinciale per gli impianti cocleari;
- ai sensi del D.C.A. n. 33 del 17/05/2016 questa AORN è – testuale – *“DEA di II° che è hub 2 per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS (serve anche l'area Avellino-Benevento e nord della provincia di Napoli) e CTZ per la rete trauma con istituzione della Unità spinale (cod. 28), sede di neuroriabilitazione (cod. 75) e riabilitazione intensiva (cod. 56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica. Presso questa AO si istituiscono la Chirurgia Pediatrica per bacino di utenza AV/BN/CE, la Radioterapia e la Medicina nucleare”*;
- è sede dei Corsi di Laurea in “ Scienze Infermieristiche”, “Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia” ed “Ostetricia” della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”. La stessa, poi, oltre ad essere stata

individuata dalla predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento delle attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è altresì parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università) che della Università di Napoli "Federico II"

- in esecuzione del D.C.A. n. 60 del 15/10/2010, che a suo tempo disciplinò i rapporti tra Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora "Luigi Vanvitelli"), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria, l'Azienda Ospedaliera di Caserta ha attualmente collocate al proprio interno le seguenti UU.OO. in dotazione alla predetta A.O.U.:
  - Cardiologia clinica;
  - Malattie infettive;
  - Ostetricia e ginecologia.

### **2.3 Come operiamo**

L'Azienda Ospedaliera opera, sulla base delle risorse disponibili e nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

L'Azienda è organizzata su base dipartimentale. I vari Dipartimenti clinico-assistenziali, si compongono di almeno tre Unità Operative Complesse (a loro volta articolate in Unità Operative Semplici) nonché di varie Unità Operative Semplici Dipartimentali. In presenza di riconosciute eccellenze, l'Azienda attribuirà anche specifici Incarichi Professionali di cui alcuni a valenza dipartimentale.

In un contesto sociale, demografico ed epidemiologico in evoluzione, l'ospedale deve operare e opera, dando risposte adeguate ai nuovi assetti, in un processo di cambiamento reale che, laddove non perseguito, potrebbe comportare un peggioramento dei risultati in termini di efficacia, sicurezza, sostenibilità e, soprattutto, fiducia da parte dell'opinione pubblica.

Da sempre, infatti, l'Ospedale non rappresenta, per la collettività che vi si riferisce, semplicemente uno strumento di erogazione di funzioni ad alto livello professionale e tecnologico, ma viene vissuto come espressione di ente solidaristico che, andando oltre gli obiettivi utilitaristici di efficienza, riesce a esprimere un proprio valore etico, in termini di equità, diritti, appropriatezza e responsabilità.

L'Ospedale, pertanto, opera nell'ottica :

- della continua revisione delle procedure e dei processi organizzativi per il miglioramento dell'assistenza;
- del progressivo miglioramento della salute e della sicurezza della comunità di riferimento dotandosi di risorse specialistiche e tecnologiche;
- del progressivo potenziamento della qualità dei servizi, del miglioramento della percezione che i cittadini hanno degli stessi, nonché della garanzia di equità nell'accesso ai medesimi;
- di consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specializzazione, anche incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- di rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- di favorire lo sviluppo dei processi di integrazione ospedale-territorio per assicurare agli utenti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi;
- di realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità;
- di privilegiare soluzioni organizzative flessibili, efficaci ed economiche anche ridisegnando l'assetto delle responsabilità;
- di garantire agli utenti elevati standard di accoglienza e di comfort alberghiero.

### 3 Identità

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanto riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

- vertici dell'amministrazione;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- altri stakeholder interni (personale);
- stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori contribuisce, in funzione del proprio ruolo, alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione che serve come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano.

### **3.1 L'amministrazione "in cifre"**

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta serve una popolazione riferita ad un bacino di utenza di circa 1.000.000 di cittadini residenti nell'intera provincia di Caserta e in più parti delle zone periferiche del napoletano.

Il nuovo Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM n.70/2015 adottato con DCA 33/2016 ed aggiornato con DCA 8/2018 pubblicato sul BURC n.12 del del 12 febbraio 2018, assegna 613 posti letto.

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell'Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio, in particolare le più incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

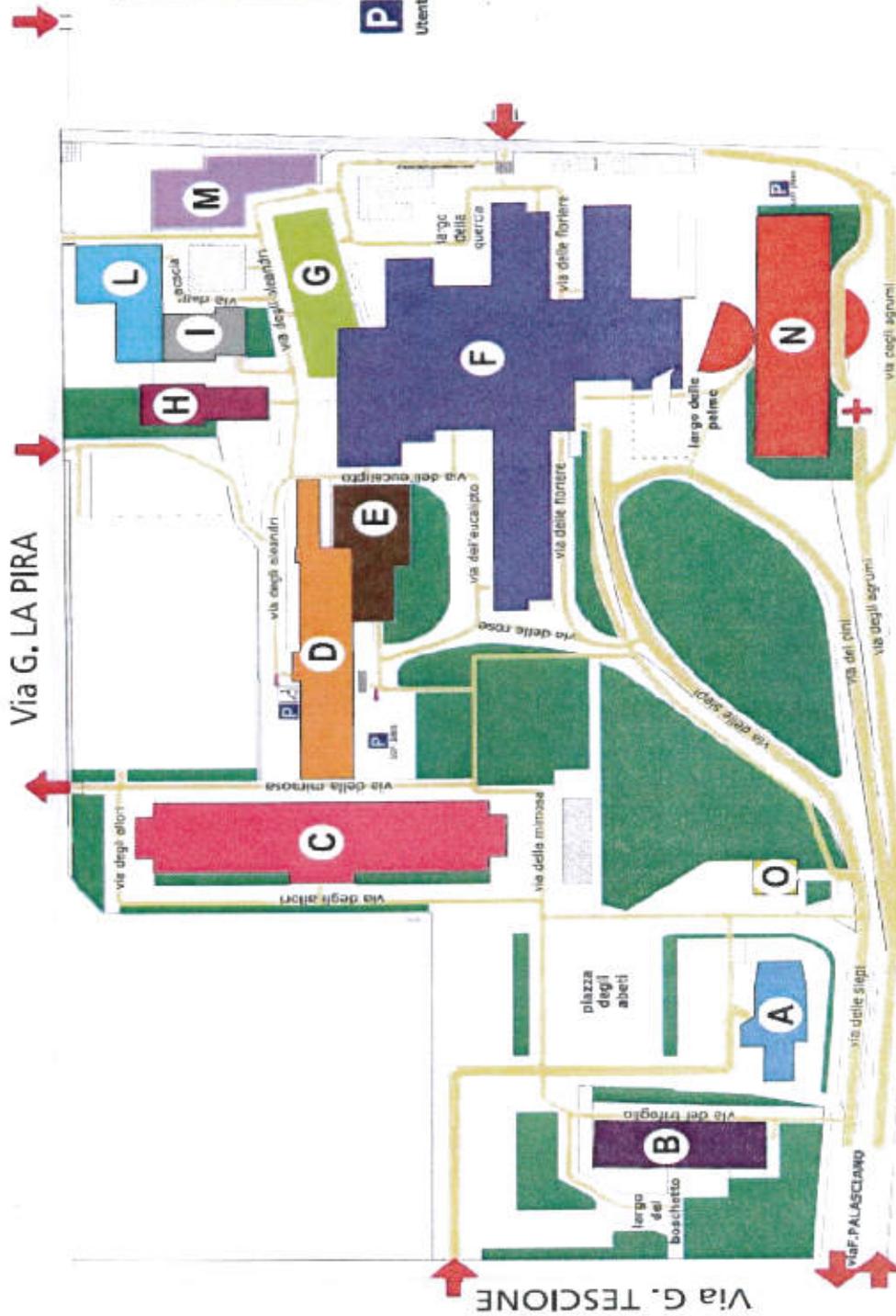
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche di area medica e chirurgica.

Ancora tra le richieste maggiori, oltre alla gravidanza, parto e puerperio, ci sono quelle delle malattie e dei disturbi del periodo perinatale. Un'altra significativa offerta è anche quella relativa alle malattie dell'apparato digerente, alle quali si aggiungono le malattie dell'apparato respiratorio ed osteoarticolare, le malattie otorinolaringoiatriche e, negli ultimi tempi, a causa di un non trascurabile incremento, quelle oncologiche sia mediche che chirurgiche.

Essendo la nostra azienda punto di riferimento provinciale per il 118 ed il TNE, essa assorbe anche una notevole utenza con patologia acuta, traumatologica ed intensiva, per la quale punti di eccellenza sono rappresentati dalla neurochirurgia e dal trauma-center.

L'azienda espleta le proprie attività all'interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell'alfabeto (A-O).

Si riporta di seguito la pianta dell'Ospedale con l'indicazione degli edifici e dei principali servizi in essi allocati:



Edificio	Descrizione
A	Direzione Strategica - Struttura Amministrativa
B	Polo Universitario - Struttura Amministrativa - C.U.P.
C	Dipartimento Scienze Cardiologiche
D	Presidio Ospedaliero - U.R.P.
E	Neftrologia - Dialisi
F	Presidio Operatorio - Bar - Mensa - Associazioni Volontari - Cappella
G	Malattie Infettive - Obitorio
H	Anatomia Patologica
I	Risorse Maggiora e IAC
L	Camera Iperbarica
M	Sportello Copia Documenti Sanitari
N	D.E.A. (Dipartimento Emergenza e Accettazione)
O	C.T.D. - Servizio Prevenzione e Protezione

**P**  
Utenti

91 D  
A. TORRELLI

Sono di seguito riportati dati sintetici di attività sanitaria riferiti agli anni 2016-2017

<b>ANNO 2016</b>	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	15.149
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	7.538
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>22.687</b>
<b>ANNO 2017</b>	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	14.888
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	7.074
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>21.962</b>

	<b>GENNAIO/DICEMBRE 2016</b>	<b>GENNAIO/DICEMBRE 2017</b>	<b>VARIAZIONE %</b>
<b>VALORE ECONOMICO (ORDINARI e DH)</b>	<b>70.806.758,80</b>	<b>69.561.843,20</b>	<b>-1,76%</b>

*[Handwritten signature]*  
10

## LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

La nostra Azienda condivide la complessità operativa e organizzativa comune alle strutture che rivestono un forte ruolo di riferimento per un vasto bacino di utenza, anche oltre il limite provinciale. Questo è vero particolarmente per le attività di pronto soccorso che, come noto, proliferano anche per un uso inappropriato del servizio (in buona parte derivante dall'assenza di risposte adeguate da parte delle strutture sanitarie territoriali).

I dati seguenti evidenziano in modo chiaro l'impegno costante che gli operatori del settore, ma in generale tutte le strutture diagnostiche, sono chiamati a fornire quotidianamente.

Per l'anno 2017 gli accessi al Pronto Soccorso sono stati oltre 62.827 pazienti, di cui 13.672 in età pediatrica e 6.588 donne per urgenze ostetrico-ginecologiche. La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione efficiente sul territorio sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della, a volte, insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza. Questa situazione, inoltre, si aggrava in concomitanza di alcuni periodi dell'anno.

L'alta percentuale di richieste del pronto soccorso non seguite da ricovero dimostra in modo inequivocabile che tali utenti avrebbero potuto trovare una soluzione in strutture territoriali, aumentando l'offerta dell'ospedale nel fornire assistenza a chi ne ha realmente bisogno.

Il modello che si prevede di realizzare a partire dai prossimi mesi si basa sull'integrazione ospedale-territorio, la continuità assistenziale, lo sviluppo e la puntuale attuazione dei più opportuni percorsi assistenziali, una risposta clinico-assistenziale integrata.

Le risorse finanziarie e i costi previsti per l'anno 2018 – deliberazione n. 158 / 2017 – sono i seguenti:

### Valore della produzione

Valore della produzione	Valore previsto anno 2018
<b>Totale</b>	190.658

Il valore della produzione è, tra l'altro, così composto:

Valore della produzione	Valore previsto anno 2018
1) Contributi in c/esercizio	80.660
2) Ricavi per prestazioni sanitarie	111.147
3) Concorsi, Recuperi, Rimborsi	377
4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.212
5) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.276

I costi della produzione sono:

Costi della produzione	Valore previsto anno 2018
Costi della produzione totale	183.957
di cui, tra l'altro:	
Acquisto di beni sanitari e non	59.717
Acquisto di servizi sanitari	27.914
Costi del personale	81.663

### Risultato di esercizio 2018

L'Azienda prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2018

## 3.2 Mandato istituzionale e Missione

### Mandato istituzionale

L'Azienda è un ente pubblico, senza scopi di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie.

Le scelte di ogni azienda sanitaria sono effettuate in coerenza con le politiche regionali e con gli atti di programmazione nazionale e regionale.

L'azione dell'Azienda si ispira ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. E' vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili gli impegni e i risultati.

I principi istituzionali su cui si basa sono:

- la tutela della salute
- la centralità della persona
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni

- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

### **Mission**

L'Azienda ospedaliera di Caserta eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
- visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessari per risolvere i problemi di salute del cittadino, compatibilmente con il livello di dotazione strutturale e tecnologica delle singole unità operative aziendali.

Partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno-infantile e degli anziani.

Promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale.

### **Vision**

L'Azienda ospedaliera di Caserta coltiva una visione strategica incentrata sui seguenti obiettivi:

- soddisfazione degli utenti, attraverso una risposta che sia adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino e che sia capace di privilegiare:
  - un approccio di cura globale, indirizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona;
  - l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione dell'assistenza;
- soddisfazione degli operatori, attraverso la valorizzazione delle singole professionalità, la partecipazione ai processi decisionali, l'attuazione di politiche di benessere organizzativo;
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dei servizi erogati;
- adozione di formule assistenziali alternative, finalizzate a promuovere adeguatamente la salute pubblica e a favorire l'essenzialità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse umane ed economiche;
- collaborazione integrata e sinergica con le aziende sanitarie locali, enti territoriali e organismi no profit attivi in ambito sanitario e socio-assistenziale;
- potenziamento della comunicazione esterna e interna, come strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute e come attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e per l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

### **Principi Ispiratori**

L'Azienda ospedaliera di Caserta programma e svolge la propria attività, ispirandosi ai seguenti principi:

- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.
- **IMPARZIALITÀ** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità.
- **CONTINUITÀ** dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi.
- **DIRITTO DI SCELTA** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'Azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato.
- **DIRITTO DI PARTECIPAZIONE** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'Ospedale, nell'ottica di un dialogo costruttivo che, evidenziando le criticità, affinché siano rimosse, e le eccellenze, affinché siano potenziate, contribuisce al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta.
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA** del servizio.

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

- la prima, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
- la seconda, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

*[Handwritten signature]*

### 3.3 Albero della performance



L'albero della *performance* è una mappa che permette di evidenziare i legami tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e obiettivi assegnati al personale dirigenziale e integrati con il sistema premiante di tutto il personale.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento e che verranno esplicitate negli appositi paragrafi:

Le aree strategiche individuate sono relative ai diversi stakeholder e sono correlate da rapporti causa-effetto nonché da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, come sono correlati i diversi obiettivi all'interno delle singole aree strategiche.

Il sistema risulta, quindi un sistema "a cascata" che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendale con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

10/15

INDICATORE	BENEVENTO	AVELLINO	CASERTA	NAPOLI	SALERNO	CAMPANIA	NORD	CENTRO	MEZZOGIORNO	ITALIA
Quoziente di natalità	7,3	7,3	9,1	9,1	8,1	8,7	8,0	7,8	8,1	8,0
Quoziente di mortalità	12,3	11,5	8,9	9,2	10,6	9,7	10,9	11,0	10,2	10,7
Quoziente di nuzialità*	4,1	3,6	3,8	3,9	4,5	4,0	2,8	2,9	3,7	3,1
Saldo migratorio interno	-2,5	-3,0	-2,4	-4,1	-1,6	-3,2	1,0	0,7	-2,4	-0,2
Saldo migratorio con l'estero	2,1	1,4	2,2	2,4	2,4	2,3	2,1	3,3	1,7	2,2
Saldo migratorio totale	-0,7	-1,8	-0,5	-1,3	0,6	-0,8	1,3	1,3	-1,0	0,5
Crescita naturale	-5,1	-4,3	0,3	0,0	-2,4	-1,0	-2,9	-3,2	-2,0	-2,7
Tasso di crescita totale	-5,7	-6,1	-0,2	-1,4	-1,8	-1,8	-1,6	-1,9	-3,0	-2,1
Tasso di fecondità totale*	1,18	1,15	1,32	1,37	1,29	1,32	1,43	1,35	1,30	1,37
Età media al parto*	32,0	32,0	31,1	30,7	31,5	31,0	31,6	31,9	31,3	31,6
Speranza di vita alla nascita (M)*	79,3	79,3	78,5	77,9	79,6	78,5	80,7	80,5	79,5	80,3
Speranza di vita alla nascita (F)*	83,6	84,3	83,2	82,7	84,3	83,3	85,4	85,2	84,2	85,0
Speranza di vita a 65 anni (M)*	18,4	18,4	17,6	17,1	18,4	17,7	19,1	19,1	18,5	18,9
Speranza di vita a 65 anni (F)*	21,5	21,8	20,8	20,5	21,8	21,0	22,6	22,5	21,7	22,3
Indice di dipendenza strutturale	53,6	51,3	47,9	48,8	50,3	49,3	57,4	56,2	51,5	55,1
Indice di dipendenza anziani	33,7	31,6	24,2	24,4	29,1	26,2	35,9	35,4	30,0	33,7
Indice di vecchiaia	169,0	160,1	102,2	100,1	137,9	113,4	167,1	169,3	139,3	157,7
Età media	44,5	44,1	40,6	40,5	43,0	41,5	45,1	45,1	43,1	44,4

## 4 Analisi del contesto

### 4.1 Analisi del contesto esterno

L'AO di Caserta persegue da sempre un duplice mandato, essendo da un lato "l'ospedale" per la popolazione della città, dall'altro svolgendo la funzione di riferimento specialistico anche per il resto della provincia e per le zone limitrofe del napoletano. Infatti dati clinici ed epidemiologici mostrano che la domanda di servizio e prestazioni sanitarie cui deve far fronte l'azienda proviene dalla Città di Caserta e dalla sua provincia i cui abitanti si rivolgono all'Azienda certi di trovare un offerta di elevata qualità e specialità. Numerosissimi sono i cittadini provenienti dalle altre province della Regione soprattutto per quelle prestazioni di elevata specializzazione per le quali questa Azienda ha sviluppato una capacità di attrazione. In realtà, l'Azienda è il punto di riferimento per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza che supera i 950.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Caserta, comprendente i 104 Comuni. Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane, collinari e marine; Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne

della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del Casertano.

L'attività, dunque, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la Provincia di Caserta

### **Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali**

Il processo di cambiamento del contesto sanitario della Regione Campania – Decreto Commissariale n. 49/2010, Piano Sanitario Regionale vigente – va nella direzione della progressiva deospedalizzazione e del potenziamento dei servizi territoriali. In particolare è stata prevista una rimodulazione dell'offerta ospedaliera sia in termini di posti letto assegnati alle diverse discipline a ai diversi ambiti territoriali, sia in termini di strutture – soppressione e/o accorpamento di medesima specialità e/o con bassi indici di produttività - , al contempo si è cercato di sviluppare una logica di integrazione ospedale-territorio finalizzata all'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché di sviluppare una rete di coordinamento per la programmazione interaziendale.

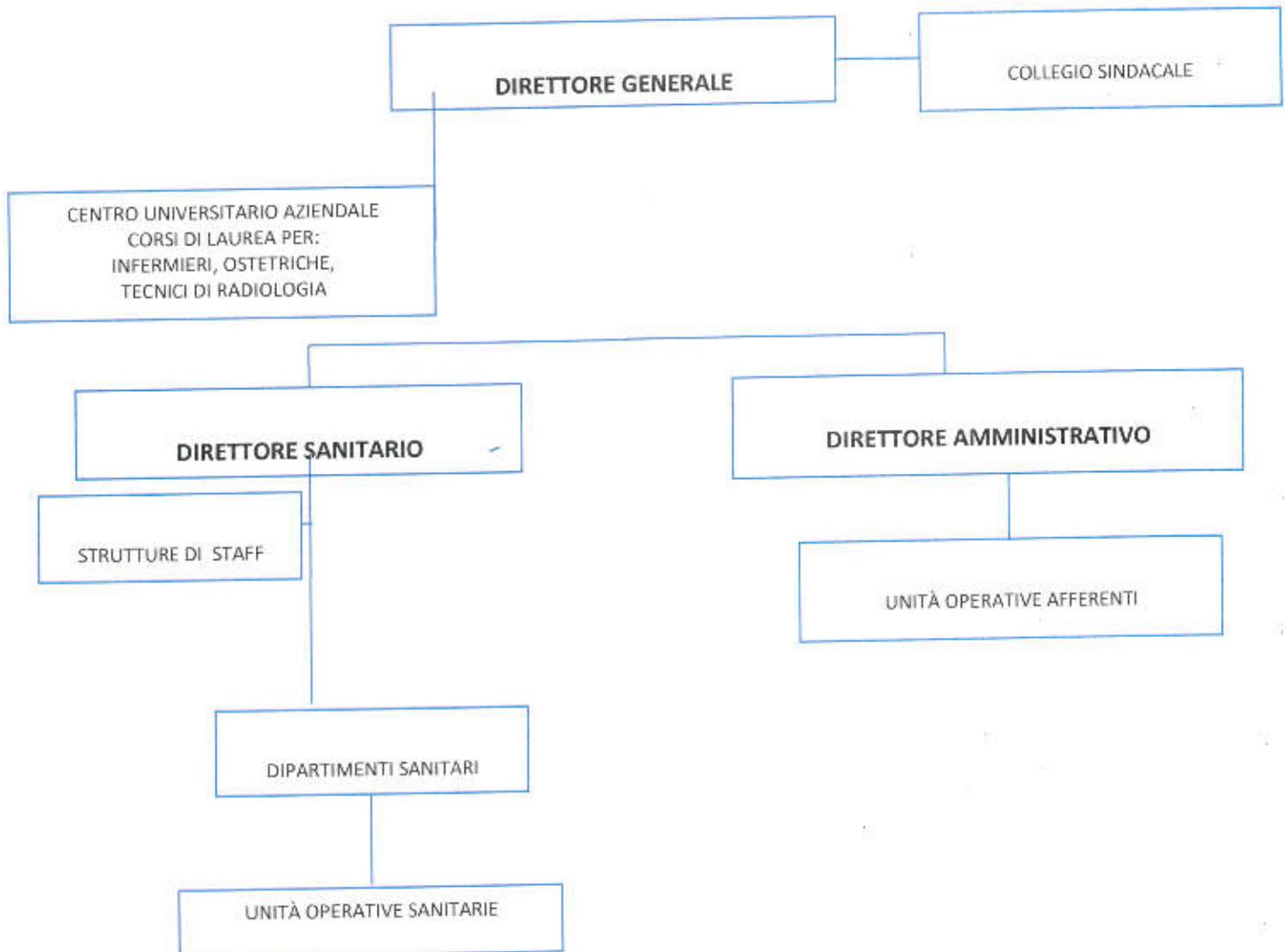
### **4.2 Analisi del contesto interno**

Il blocco del turn over e le altre misure imposte dall'esigenza di contenimento della spesa di personale (blocco della mobilità, rideterminazione dei fondi contrattuali, limiti alle prestazioni aggiuntive, ecc) hanno pesantemente inciso su questa Azienda, determinando carenze anche drammatiche di personale medico, infermieristico, ausiliario e tecnico amministrativo che per di più presenta un'età media piuttosto avanzata e con diffuse situazioni di esonero da certe e/o più pesanti funzioni.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dal Piano Attuativo Aziendale, adottato con deliberazione n. 234 del 17/04/2018.

*Il Direttore*

## ORGANIGRAMMA GENERALE



### MODELLO ORGANIZZATIVO: I DIPARTIMENTI

Nell'Azienda ospedaliera di Caserta l'organizzazione dell'attività è articolata in quattro aree:

#### AREA DIREZIONALE,

che aggrega la Direzione strategica (*Direzione generale, Direzione sanitaria, Direzione amministrativa*)

#### AREA CLINICO-ASSISTENZIALE,

che sono strutturate sul modello dipartimentale, finalizzato a favorire l'integrazione e la collaborazione fra le singole discipline e, contemporaneamente, la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse.

I dipartimenti attivi in Azienda sono:

**n. 7 DIPARTIMENTI SANITARI,**  
che aggregano le Unità operative sanitarie

In questi anni l'A.O. S. Anna e S. Sebastiano ha subito un decisivo processo di ammodernamento ed innovazione, che ha privilegiato il rafforzamento dell'organizzazione dipartimentale, la semplificazione dei percorsi di accoglienza e ricovero, con la riorganizzazione degli spazi, soprattutto quelli dedicati alle degenze, imposta anche dalla cantierizzazione del padiglione centrale opera cruciale per il completo ammodernamento del Presidio.

Si è lavorato alla riorganizzazione, riconversione e riallocazione di spazi, con processi di accorpamento e concentrazione di funzioni specifiche ed omogenee, che ha risposto a notevoli criteri di efficienza.

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici prefissati, in coerenza con le direttive regionali, l'azienda ha adottato il **modello dipartimentale** per l'organizzazione sia delle attività di diagnosi e cura che delle attività amministrative.

Il dipartimento rappresenta infatti la struttura aziendale deputata al conseguimento non solo dell'efficacia assistenziale, dell'organizzazione della didattica e ricerca e dell'efficacia della gestione amministrativa, ma anche dell'efficienza delle stesse mediante azioni di interscambio e di condivisione di risorse atte a garantire:

- l'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, delle risorse umane e tecnologiche al fine di garantire la migliore assistenza all'utente;
- lo studio, l'applicazione e la verifica dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- la promozione di iniziative finalizzate alla personalizzazione ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita.

L'individuazione di raggruppamenti disciplinari più omogenei sia dal punto di vista funzionale che strutturale centra, certamente, l'obiettivo di realizzare l'ottimizzazione delle risorse senza alterare la qualità dell'assistenza e più compiutamente la mission di una AORN quale quella di Caserta.

- **Risorse finanziarie**

L'azienda Ospedaliera elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza. Il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio. In merito vedi quanto già espresso alla pagina 9 del presente documento.

- **Risorse umane**

Il depauperamento progressivo del personale per cessazioni dal lavoro a vario titolo non sostituito per carenze di procedure concorsuali, in ottemperanza alle direttive regionali e nazionali (l'ultima procedura concorsuale per il personale infermieristico risale all'anno 2001), risulta evidente se si analizza l'organico attuale; ciò crea disfunzioni sul versante assistenziale, rendendo, a volte, problematica anche la risposta all'emergenza.

Solo negli ultimi tempi si sta procedendo al reclutamento del personale tramite concorsi.

Il tutto è aggravato da un invecchiamento anagrafico del personale addetto all'assistenza, che esita in un sempre maggiore ricorso ad assenze per malattia e attribuzioni di esoneri dalla turnazione e da compiti assistenziali ed inabilità lavorativa. Ovviamente la criticità assume contorni estremamente rilevanti in quanto la natura propria di Azienda di Rilievo Nazionale non permette di dilazionare risposte di alta specialità, né permette di delegare ad altre strutture i compiti propri dall'AO.

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2017 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
Ruolo Sanitario	1490	1084	13	393
Ruolo Professionale	15	3	0	12
Ruolo Tecnico	347	144	0	203
Ruolo Amministrativo	125	60	1	64
Totale	1977	1291	14	672
Totale DIRIGENZA MEDICA	460	337	13	110
Totale DIRIGENZA SANITARIA	36	21	0	15
Totale DIRIGENZA P.T.A.	24	13	1	10
Totale COMPARTO	1457	920	0	537

- **Risorse tecnologiche**

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomediche, consiste in circa 2.800 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 18.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano installate:

N° 2 TC ( una 64 slices ed una 320 slices);

N° 1 RMN;

N° 3 sistemi per angiografia (due per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).

La manutenzione delle attrezzature biomedicali, è gestita dalla UOC Tecnologia Ospedaliera, Innovazione Tecnologica ed HTA.

#### **OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI E TARGET**

Il presente Piano si avvale di un sistema di valutazione composto da:

- obiettivi strategici (triennali), definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di *outcome*;
- obiettivi operativi (riferiti ad un lasso temporale più breve), discendenti direttamente dagli obiettivi strategici, che vengono assegnati sia alle strutture (per la valutazione della performance organizzativa) sia ai singoli professionisti (per la valutazione della performance individuale).

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, per consentire la misurazione e la valutazione della performance.

L'Azienda prevede la possibilità di valutazione di fattibilità non solo preliminare, ma anche in itinere; in tal modo, laddove le condizioni lo dovessero rendere necessario, è consentita la possibilità di rimodulazione - condivisa, concordata e comunicata - del presente Piano.

### 4.3 Il Piano di efficientamento

La legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016) individua come determinante dell'ingresso nei piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n.208, la presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, pari o superiori al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera a)
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera b)

Con DM 21 giugno 2016 (G.U. n.164 del 15/7/2016) sono stati decretati gli allegati tecnici e le linee guida per la predisposizione dei Piani di Efficientamento e Riqualificazione aziendali; in particolare la metodologia individua i costi e i ricavi da considerare ai fini della determinazione dello scostamento.

In data 29 settembre 2016, la Regione Campania ha emanato il DCA n. 102/2016, con il quale ha individuato le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Anche l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è stata individuata tra quelle da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

## 5 Obiettivi strategici

Le prospettive e le scelte strategiche dipendono, in modo sostanziale, dal fatto che l'Azienda è parte del Sistema Sanitario Nazionale e quindi attua gli indirizzi che discendono dalla normativa nazionale e regionale.

All'interno di detti documenti è possibile individuare le linee strategiche che possono essere così sintetizzate:

1. **riaffermare il ruolo centrale dell'Azienda Ospedaliera di Caserta**, collocandola istituzionalmente come punto di riferimento dell'intero territorio provinciale;
2. **costruire un modello organizzativo** in grado di realizzare un sistema integrato con le altre aziende provinciali e campane per un efficace modello di rete in cui inserire le singole discipline:
  - rete dell'emergenza
  - rete dell'emergenza cardiologica
  - rete dell'ictus cerebrale acuto
  - rete del trauma grave
  - rete oncologica
  - rete materno infantile
  - rete delle cure riabilitative tra fase acuta - bassa intensità della riabilitazione - lungodegenza
3. **realizzare il modello regionale ospedale in rete hub & spoke**, esso esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento, dopo aver stabilizzato il paziente, se trattasi di un caso urgente.

L'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano rappresenta il **terzo livello dell'emergenza**, di riferimento per tutto l'ambito provinciale ed è individuata quale **hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto**, nonché **hub di 2° livello per la rete cardiologica** e centrale operativa cardiologica del **Dipartimento Integrato dell'Emergenza**.

E', inoltre, **Trauma Center di Zona (CTZ)**, per i territori delle province di Avellino, Benevento e Caserta.

#### 4. implementazione del modello dipartimentale per l'organizzazione delle attività di diagnosi e cura.

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, questa si strutturerà annualmente attraverso la metodica dei budget operativi con i quali si negozieranno gli obiettivi tra la direzione strategica ed i vari direttori di UU.OO. sia di area sanitaria che amministrativa

Gli obiettivi da negoziare saranno individuati nelle seguenti aree di intervento:

**Area dell'Efficacia e dell'Appropriatezza:** operare scelte più efficaci e appropriate nell'ambito dell'utilizzazione dei supporti diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente o categoria di pazienti. Il riferimento specifico riguarda la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali ovvero l'adozione di linee guida prodotte all'interno della azienda da organismi istituzionali e professionali.

Rientrano in quest'area le decisioni essenzialmente cliniche relative alla tipologia delle risposte assistenziali ai bisogni dell'utenza in un'ottica di gradualità dell'intensità delle cure.

In specifico, si vuole tendere all'eccellenza qualitativa di ogni servizio, coerentemente con il bisogno assistenziale e con l'aspettativa dei cittadini, utilizzando con flessibilità le molteplici tipologie organizzative dell'offerta: degenza a ciclo continuo per acuti e post-acuti, degenza a ciclo diurno medica e chirurgica, one day surgery, day service ed attività ambulatoriale.

**Area della qualità:** migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni rese, concretizzando gli obiettivi generali già enunciati ed utilizzando due indirizzi tra loro complementari. Il primo è relativo alla qualità percepita dal singolo utente, personalizzando il servizio e costruendo un rapporto fiduciario. Il secondo introduce, nell'ambito dell'organizzazione, i principi e i metodi dell'assicurazione di qualità al fine di garantire una operatività ottimale dell'organizzazione nel suo complesso.

Questi processi sono favoriti da un idoneo sviluppo della formazione e dell'aggiornamento delle risorse umane, orientati al miglioramento continuo della qualità e ai requisiti, in generale, dell'accreditamento.

**Area della Partecipazione e Valorizzazione Professionale:** favorire la partecipazione degli operatori alle scelte di indirizzo e alla realizzazione dei progetti aziendali con il coinvolgimento, la sensibilizzazione, la comunicazione e la formazione; valorizzare l'apporto di tutti i professionisti nella costruzione e nel consolidamento delle strategie aziendali.

**Area dell'Efficienza:** migliorare le modalità di acquisizione e di utilizzo delle risorse. Rientrano in questa prospettiva anche le politiche di stoccaggio e di impiego delle risorse al fine di ottimizzare i livelli di produttività e di utilizzo delle strutture, nell'ambito di programmi condivisi in ambito provinciale.

**Prevenzione della Corruzione** in applicazione di quanto previsto dalla delibera CIVIT n. 6/2013 e dalle successive raccomandazioni della stessa Commissione, sono previsti obiettivi triennali sia per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione che per i Direttori di UU.OO.CC. e per i Responsabili di UU.OO.SS.DD. Tali ultimi obiettivi saranno, successivamente, corredati di indicatori e target a cura del citato Responsabile della Prevenzione della Corruzione, sentita la Direzione Strategica e il Collegio di Direzione ed incideranno, in termini di peso, nella misura che verrà, conseguentemente, decisa e contestualmente, in eguale misura, sottratta al peso degli altri obiettivi, in modo da mantenere invariato il valore di 75/100, per gli obiettivi individuali, e 25/100, per i comportamenti organizzativi, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance – deliberazione n. 205/2012

### ***5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi***

Con riferimento agli obiettivi della programmazione regionale, l'Azienda ha posto in essere un processo di programmazione proiettato ad un orizzonte temporale triennale, individuando gli obiettivi operativi per il personale dirigente.

Gli obiettivi operativi sono collegati a riferimenti normativi regionali, al PAA ed all'attuazione dei decreti commissariali, ma sono integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

Gli obiettivi strategici, descritti nel paragrafo precedente, e gli obiettivi operativi, diretta declinazione degli obiettivi strategici, vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento, e successivamente dagli stessi "calati" alle unità operative afferenti, attraverso una fase di concertazione con i Direttori di Dipartimento definendo gli indicatori, il peso e le tempistiche di raggiungimento.

In corso d'anno vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento dei citati obiettivi e sulle eventuali criticità insorte, se necessario detti obiettivi possono essere ricalibrati.

Il Direttore UC  
*[Firma]*

Entro la metà dell'anno successivo a quello di riferimento l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in riferimento agli indicatori, ai valori attesi, ai pesi individuati.

## **5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale**

Tutto il personale dirigente, il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione della performance individuale codificata nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance – deliberazione n. 205/2012 - di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Tale sistema di valutazione individuale, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi da parte dei Dipartimenti, delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. con attribuzione diretta delle risorse, è caratterizzato dai seguenti elementi:

1. Valorizzazione dei risultati individuali
2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi

che corrispondono a due specifiche sezioni della scheda di valutazione individuale della dirigenza e del comparto.

**Relativamente al punto 1)** per il Direttore di Dipartimento, per il Direttore di U.O.C. e per il Responsabile di U.O.S.D con attribuzione diretta delle risorse, la valutazione è determinata dal risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati; **per il restante personale dirigente, per il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché per il personale del comparto**, il Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata individua gli obiettivi che richiedono il coinvolgimento dei collaboratori e, quindi, individua i **dirigenti, personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché personale del comparto** che debbono concorrere e in eguale misura al raggiungimento di uno o più dei citati obiettivi strategici e/o operativi assegnati alla Struttura, con la facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti nella scheda della struttura, purché individuati in coerenza con gli obiettivi strategici e operativi stessi; lo stesso Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente alla Struttura, provvederà a verificare il raggiungimento degli obiettivi singolarmente assegnati a **tutti i dirigenti, al personale**

Il Direttore  
A. Tommaso  
26

**responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché al personale del comparto** afferenti all' articolazione diretta.

La valorizzazione dei risultati individuali può essere valutata con un punteggio massimo di 75 punti.

**Relativamente al punto 2)** sono valutati, dai Direttori della Struttura immediatamente sovra ordinata, i comportamenti organizzativi **di tutti i dirigenti, del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché di tutto il personale del comparto**, cioè i comportamenti di ciascuno osservabili nello svolgimento dell'attività professionale individuale e di gruppo, individuati in apposita scheda aziendale.

La valorizzazione dei comportamenti organizzativi può essere valutata con punteggio massimo di 25 punti.

Le due componenti della scheda concorrono a formulare il risultato finale che costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato.

**Il personale non dirigente**, per il calcolo della quota individuale di produttività, sarà valutato a partire dall'anno 2017.

## 6 Il ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance consiste in un processo aziendale che, programmato su base triennale, ha durata annuale e si articola sinteticamente nelle fasi di:

- PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE (definizione degli obiettivi strategici che l'Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE (negoziazione degli obiettivi – con conseguente allocazione delle risorse - che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi);
- MONITORAGGIO INFRANNUALE DELLA PERFORMANCE (monitoraggio in itinere del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive);
- MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE (misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di tutte le strutture e dei singoli professionisti);
- UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione)

del merito);

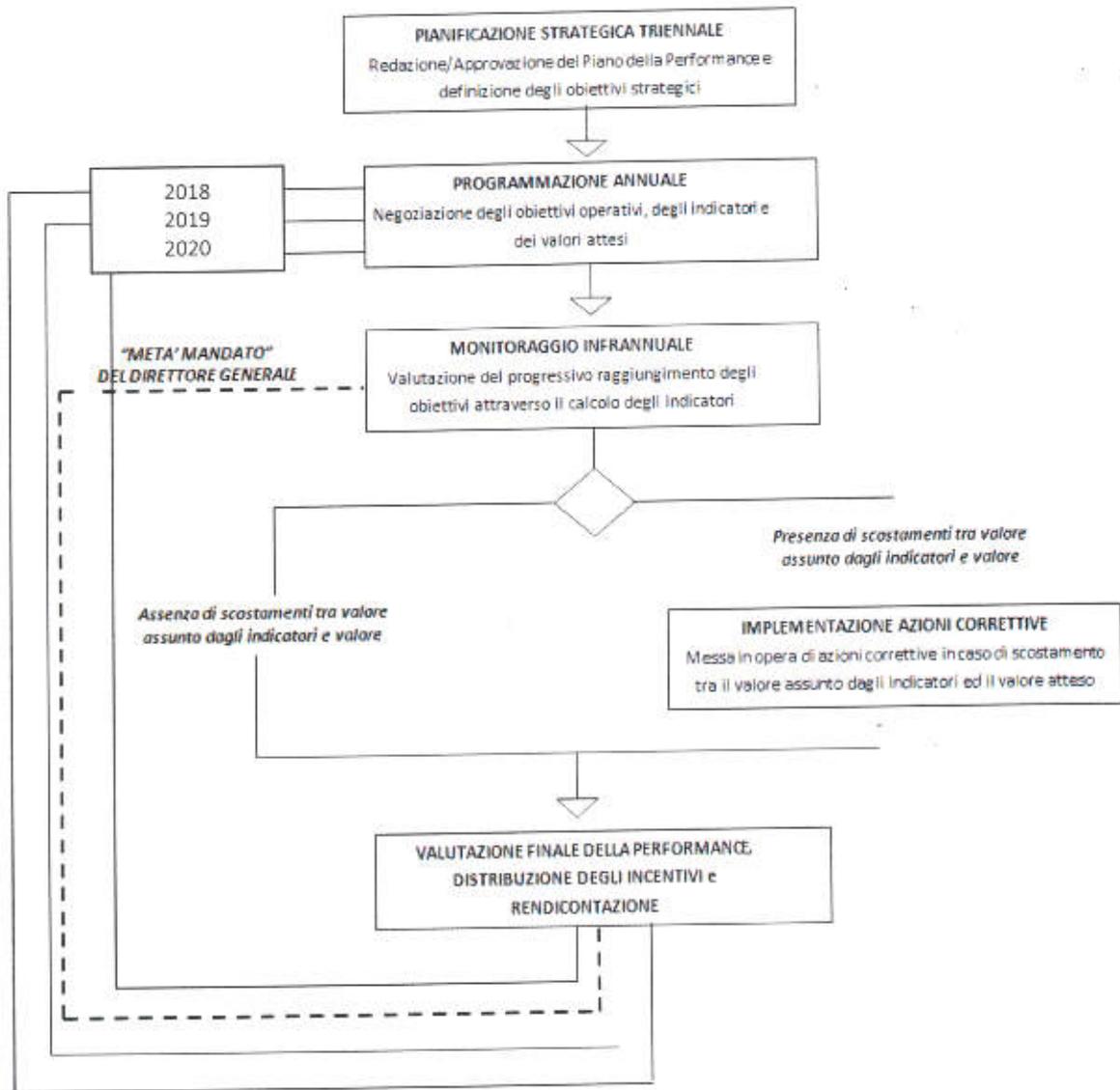
- RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholder del sistema in un'ottica di accountability).

In **Figura 10**, attraverso l'utilizzo di una specifica flow-chart, si descrive la successione delle varie fasi che compongono l'intero processo implementato in Azienda.

Quest'ultimo, avviato con l'approvazione del presente Piano, sebbene abbia un respiro triennale essendo riferito al periodo 2018-2020, prevede che ogni anno venga riprogrammata la negoziazione degli obiettivi (con conseguente allocazione delle risorse) nonché la misurazione e la valutazione del raggiungimento degli stessi a 12 mesi, 24 mesi e 36 mesi. Ai tre momenti di misurazione e verifica infrannuale, se ne aggiungerà un quarto a metà mandato del Direttore Generale coincidente con la valutazione del suo operato che la Regione effettua a 18 mesi a partire dall'incarico conferito.

Nella figura seguente sono riportate le azioni necessarie affinché si realizzino tutte le fasi del ciclo.

Il Direttore UCL  
Tiziana SCUDELLI



## 6.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione

Il Piano è redatto sulla base delle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite dal Decreto Commissariale n. 49/2011 e dal Piano Sanitario Regionale vigente i quali, sulla scorta di alcuni principi di fondo come il miglioramento e il potenziamento della prevenzione e della promozione della salute, l'integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema e l'ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento, lo sviluppo della clinical governance e l'attenzione alla sicurezza delle cure, la realizzazione dei necessari investimenti

per l'ammmodernamento strutturale e tecnologico, la riorganizzazione del sistema informativo e lo sviluppo delle attività di monitoraggio, le politiche del farmaco, la cura delle formazioni e della qualificazione del personale, pongono il cittadino al centro del sistema, cercando di offrire risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute. L'attuazione della normativa regionale trova espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Sulla base degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale viene definito il presente Piano a conclusione di un processo articolato, **per fasi**, nel modo seguente:

1. Definizione dell'identità dell'organizzazione
2. Analisi del contesto esterno ed interno
3. Definizione degli obiettivi strategici
4. Definizione degli obiettivi e dei piani operativi
5. Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno

I **soggetti** coinvolti nella redazione e divulgazione del Piano, a regime, possono essere individuati come segue:

- per le fasi 1 e 3 le UU.OO.CC. Programmazione e Controllo di Gestione, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 2 le UU.OO.CC di Staff delle Direzioni
- per la fase 4 le UU.OO.CC. Programmazione e Controllo di Gestione, Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 5 la U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il collegamento obiettivi-risorse e l'assegnazione dei budget prevedono il coinvolgimento della U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria e P.E.

I **tempi** di redazione del Piano sono dettati dal Decreto Legislativo n. 150/2009.

## **6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

*[Handwritten signature]*

Pertanto vi deve essere un'integrazione logica tra il piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano delle performance agli indirizzi del bilancio di previsione deve essere e sarà realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da far confluire in un unico arco temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

In particolare, oltre al sistema di autorizzazione per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

### ***6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance***

Il piano delle performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano verrà comunque revisionato nel corso degli anni in funzione dell'eventuale assegnazione di obiettivi regionali, di disposizioni sul nuovo assetto organizzativo e dell'incontro con gli stakeholder

Le aree strategiche verranno sviluppate considerando ulteriormente i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali.

## 7 Allegati tecnici

Costituiscono allegati tecnici:

- scheda analisi SWOT
- schede di analisi quali-quantitativa delle risorse umane
- schede di rilevazione obiettivi/indicatori/risultati attesi/pesi

Analisi S.W.O.T.

<b>ANALISI S.W.O.T.</b>	
<b>Punti di forza</b>	<b>Punti di debolezza</b>
Professionalità di elevata competenza	Scarsa implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio
Tecnologie di elevata specialità	Scarsa implementazione di tutte le fasi previste dal vigente sistema di misurazione e valutazione della performance
Attività uniche nel bacino di utenza	Ridotta capacità di ricezione
Casistica trattata	Lavori di ristrutturazione in corso
Concentrazione delle attività in un unico presidio	Carenza di personale
<b>Opportunità</b>	<b>Minacce</b>
Implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio	Diminuzione del numero di ricoveri in conseguenza dell'applicazione dei decreti sull'appropriatezza
Incremento delle prestazioni ambulatoriali in luogo di ricoveri con DRG inappropriati	Necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità per inadeguatezza dell'offerta territoriale
Rapporto integrato e istituzionalizzato con le associazioni di volontariato	Anomalo incremento delle giornate di degenza per inadeguatezza dell'offerta territoriale

Il Direttore  
 dott. Tommaso Scuderi



**PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2017 - ALLEGATO 2 TABELLE ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE**

<b>ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI</b>	
ANNO	2017
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	51
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	56
% DIPENDENTI IN POSSESSO DI LAUREA	31
% DI DIRIGENTI IN POSSESSO DI LAUREA	29
<b>ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	
ANNO	2017
TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	0
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	22
% DI PERSONALE ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	13
<b>INDICATORI</b>	
ANNO	2017
% DI DIRIGENTI DONNE	35
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	48
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	58.000
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	29.000
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	71
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	24,00

*Handwritten signature and stamp*  
 Direzione Provinciale  
 Tribunale di ...

## LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La realizzazione degli obiettivi di performance individuati dall'azienda richiede un impegno costante di tutti gli operatori. A tal fine, sono stati predisposti sistemi di valutazione il più possibile oggettivi della *performance individuale*, in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, come noto, in precedenza la valutazione era limitata alla dirigenza e riguardava la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi generali e individuali, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché le verifiche periodiche di fine incarico (quinquennali per i direttori di struttura complessa e triennali per le altre tipologie di incarico, al termine del quinto e quindicesimo anno di servizio).

Per il personale di comparto non era previsto nessun sistema di valutazione individuale e si faceva riferimento ai "progetti annuali" che coinvolgevano l'intera équipe o, in alcuni casi, alla verifica degli obiettivi assegnati ai titolari di coordinamento o posizione organizzativa.

L'introduzione di schede o questionari specifici per la valutazione della performance individuale della dirigenza e del comparto rappresenta uno strumento per misurare le competenze, l'impegno ed il risultato raggiunto. Il valutatore che compila le singole schede corrisponde al soggetto posto al livello gerarchico immediatamente superiore a quello del valutato, in quanto conosce direttamente il lavoro dei propri collaboratori.

Nelle pagine seguenti si propongono due schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori. Il processo ovviamente innova radicalmente i sistemi di valutazione adottati sino ad oggi, e pertanto necessita di un adeguato periodo di rodaggio, sia per quanto riguarda l'accettazione da parte dei valutati che per quanto riguarda la proposta e introduzione di correttivi dettati dalle eventuali difficoltà di applicazione.

Gli indicatori previsti riguardano i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente al *pensiero strategico* come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi; al *pensiero operativo* o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi; alla *flessibilità*, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione; ed infine all'*innovazione* o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili; la *pianificazione e il controllo* o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri; l'*iniziativa* o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema; l'*orientamento al risultato*, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi; e la *gestione del cambiamento* per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e l'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo; l'*ascolto* o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziiazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso; le *reti relazionali* indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali; la *gestione delle risorse umane*, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali; l'*integrazione organizzativa* per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

Il Direttore  
dott. Tommaso Segni

## Obiettivi per i DIRETTORI UU.OO.CC. E RESPONSABILI UU.OO.SS.DD.

1. individuare le attività, della propria Struttura, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
2. prevedere, per le attività individuate ai sensi del punto precedente, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
4. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
5. monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
6. individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.
7. verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
8. verifica della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
9. individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.
10. concorrere, con il Responsabile della prevenzione della corruzione e con il Responsabile della trasparenza, ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

Tali obiettivi saranno, successivamente, corredati di indicatori e target a cura del citato Responsabile della Prevenzione della Corruzione, sentita la Direzione Strategica e il Collegio di Direzione ed incideranno, in termini di peso, nella misura che verrà ,conseguentemente, decisa e contestualmente, in eguale misura, sottratta al peso degli altri obiettivi, in modo da mantenere invariato il valore di 75/100, per gli obiettivi individuali, e 25/100, per i comportamenti organizzativi, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance – deliberazione n. 205/2012

dati. Tommaso Seg. D.

## Scheda di valutazione individuale - 2018

### area dirigenza

<b>Valutato</b>	
<b>Unità operativa</b>	
<b>Incarico / Ruolo</b>	
<b>Valutatore</b>	

Legenda valutazione:

1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Dimostra interesse, conosce le linee strategiche aziendali ed offre contributi specifici alla loro definizione: si informa sistematicamente ed è attento all'evoluzione dell'azienda.	1	2	3	4	5
2. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Partecipa attivamente alla definizione dei programmi dell'U.O. e agisce coerentemente ad essi.	1	2	3	4	5
3. RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DELLE DIRETTIVE AZIENDALI È attento a declinare i propri comportamenti professionali nel rispetto delle norme condivise.	1	2	3	4	5
4. FLESSIBILITA' Dimostra disponibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e in emergenza.	1	2	3	4	5
5. CASISTICA/ATTIVITA' SEMPLICE Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività semplice.	1	2	3	4	5
6. CASISTICA/ATTIVITA' COMPLESSA Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività complessa.	1	2	3	4	5
7. FORMAZIONE PROFESSIONALE Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno dell'U.O.. Rispetta gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
8. PROBLEM SOLVING Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema (raccolta, quantificazione, verifica, ricerca delle cause), ed elabora soluzioni, con atteggiamento costruttivo, prospettando alternative.	1	2	3	4	5

9. AUTONOMIA DECISIONALE Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni d'incertezza ed emergenza assumendosi le responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
10. ESPLETAMENTO DEI CARICHI DI LAVORO CONCORDATI E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI Rispetta le programmazioni operative definite (attività, priorità, tempistiche), curando la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O.	1	2	3	4	5
11. METODOLOGIE E TECNICHE INNOVATIVE Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
12. METODOLOGIE E TECNICHE INNOVATIVE Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
13. RELAZIONE CON I COLLEGHI Interagisce in modo aperto e costruttivo con i colleghi; è autorevole e contribuisce a creare un clima di relazione collaborativo all'interno dell'U.O.; dimostra disponibilità all'ascolto verso le esigenze dei colleghi.	1	2	3	4	5
14. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Mantiene con i pazienti, i familiari, le associazioni e le istituzioni esterne rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni degli utenti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze.	1	2	3	4	5
15. OSSERVANZA DEGLI ORARI Nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Istituto assicura la propria presenza in servizio e quindi il proprio tempo di lavoro, in modo flessibile, per le esigenze della struttura.	1	2	3	4	5

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 75
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
<b>Data e firma</b> _____	<b>Data e firma</b> _____

## Scheda di valutazione individuale - 2018

### area comparto

<b>Valutato</b>	
<b>Unità operativa</b>	
<b>Incarico / Ruolo</b>	
<b>Valutatore</b>	

Legenda valutazione:

1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITA' Indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto dei tempi, delle regole condivise e degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
5. RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, di disponibilità, di puntualità, di presenza e disponibilità nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
7. FLESSIBILITA' Indica il grado di apertura a diverse soluzioni, di disponibilità a ricercare alternative ai comportamenti e alle soluzioni abituali.	1	2	3	4	5
8. SVILUPPO PROFESSIONALE Indica il contributo attivo alla manutenzione e innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale.	1	2	3	4	5

<b>9. SICUREZZA SUL LAVORO</b> Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA</b> Indica il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto/ufficio.	1	2	3	4	5

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 50
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

<b>Valutatore</b>  Data e firma _____	<b>Valutato (per presa visione)</b>  Data e firma _____
---	---

## Note

Di seguito si riportano brevi note sui principali aspetti che verranno monitorati per verificare la capacità dell'organizzazione di raggiungere gli obiettivi programmati.

- L'**appropriatezza clinica** corrisponde all'erogazione di cure ed interventi di comprovata efficacia in termini di benefici per il paziente.
- L'**appropriatezza organizzativa** riguarda la scelta delle più idonee modalità di erogazione delle prestazioni, massimizzando la sicurezza ed il benessere dell'utente e, nel contempo, ottimizzando il consumo di risorse (efficienza produttiva).
- L'**efficacia esterna** riguarda il rapporto tra l'azienda e l'ambiente esterno di riferimento. Questo elemento della *performance* misura la capacità delle strutture dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività.
- L'**efficacia interna** viene espressa dalla capacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi di gestione e le finalità definiti in sede di programmazione.
- L'**efficienza** - rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati nell'attività ed i risultati. Essa si colloca lungo tutta l'attività di trasformazione degli *input* (risorse umane, strutturali, tecnologiche, finanziarie) in *output* (risultati), con un'enfasi particolare – ma non esclusiva – sugli aspetti economici e quindi sul fatturato delle attività svolte.
- L'**equità** rappresenta la garanzia che tutti i cittadini abbiano la stessa possibilità di accedere alle prestazioni e ai servizi.
- Gli **obiettivi strategici** sono l'espressione dei fini aziendali e della sua *mission*, ed hanno un orizzonte temporale di lungo termine (triennale).
- Gli **obiettivi operativi** traducono gli obiettivi strategici in programmi attuativi o gestionali, ed hanno un orizzonte temporale generalmente non superiore all'anno.
- La **qualità dell'organizzazione** consiste nella capacità dell'azienda di organizzare e gestire i processi produttivi e le attività di erogazione dei servizi nel modo migliore secondo standard e livelli di eccellenza riconosciuti, garantendo condizioni di piena sicurezza per gli utenti ed il personale.
- La **qualità dell'assistenza** si misura anche attraverso la rilevazione del gradimento dei servizi offerti (qualità percepita). Ovviamente tale aspetto è influenzato dalle caratteristiche socio-economiche, dalle conoscenze, dalla disponibilità di scelte alternative, dagli aspetti relazionali utente-operatore sanitario, ecc. Inoltre è molto importante l'offerta di un adeguato comfort alberghiero, l'umanizzazione e personalizzazione delle cure, la presenza di bassi livelli di conflittualità interna ed esterna, accettabili tempi di attesa e così via.

# **SCHEDE DI RILEVAZIONE PER STRUTTURA**

**OBIETTIVI/INDICATORI/**

**RISULTATI ATTESI/PESI**

DIPARTIMENTO CARIO -VASCOLARE

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA

DONNA E DEL BAMBINO

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI



Attribuzione obiettivi anno 2017

**DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE**  
Direttore Dipartimento: Dott.ssa Antonietta Siciliano

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Medico

Il Direttore

Data di Approvazione

19/7/2017



Attribuzione obiettivi anno 2017

**DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE**

**Direttore Dipartimento: Dott.ssa Antonietta Siciliano**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore A. C.

Data di approvazione:  
19/7/2017



Attribuzione obiettivi anno 2018

**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE**

Direttore Dipartimento: Dott. Brunello Pezza

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore Dipartimento

Data di approvazione  
29/11/2017



## Attribuzione obiettivi

### DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore Dipartimento: Dott. Giovanni Pietro Ianniello

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore Dipartimento

Data di scadenza: 29/7/2018



### Attribuzione obiettivi anno 2018

## DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO Direttore Dipartimento: Dott.ssa Antonietta Siciliano

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore Dipartimento

19/11/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE Direttore Dipartimento: Dott.ssa Antonietta Siciliano

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore

Il Collegio Sindacale

19/1/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI Direttore Dipartimento: Dott.ssa Antonietta Siciliano

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50%
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti	10%
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore DS

Data di Assegnazione

19/7/2018

# DIPARTIMENTO CARDIO -VASCOLARE

U.O.C. CARDIOCHIRURGIA

U.O.C. CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC

U.O.C. CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA

CON UTIC

U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE

U.O.S.D. ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA

U.O.S.D. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE

EMERGENZE CORONARICHE



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. CARDIOCHIRURGIA Direttore: Dott. Luigi Piazza

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$< 0,21\%$	10%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICO	$< 25\%$	15%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	15%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC.	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	5%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

15/7/2017



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC Direttore: Dott. Paolo Calabrò

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta ( $\geq 18$ anni) per complicanze a breve e lungo termine per diabete, per 6PCO, per scompenso cardiaco	Schede di Dimissioni Ospedaliere	Riduzione del 10% anno precedente	10%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	15%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	15%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	7%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	5%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/7/2018



## Atribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA CON UTIC

Direttore: Prof. Dott. Paolo Calabrò

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>18 anni) per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	10%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $>65$	$\leq 5\%$	15%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC.	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	15%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	< anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	5%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/1/2018



Attribuzione obiettivi annuali

**U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE**  
**Direttore f.f.: Dott. Federico Nardi**

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario (< 0,21%).	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	10%
	Riduzione dei Ricoveri - giorni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	6%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	< 25% rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%).	DRG MEDICI	< 25%	5%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	5%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%).	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	≤ 5%	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC.	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	3%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	< anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore U.O.C.

29/12/18



### Attribuzione obiettivi anno 2018

#### U.O.S.D. ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA Responsabile: Dott. Miguel Viscusi

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Degenza media	Degenza media	5 anno precedente	20%
	Miglioramento Peso Medio	Peso medio ricoveri ordinari	≥ anno 2017	20%
EFFICIENZA	Monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci (pacemaker, defibrillatori, holter impiantabili)	Dispositivi cardiaci	≥ 5%	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore U.O.S.D.  
M. Viscusi

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Data di Assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE EMERGENZE CORONARICHE

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Razionalizzazione consumo di dispositivi	Implementazione di protocolli di utilizzo dei dispositivi di uso più comune	Riduzione del 10% anno precedente	15%
	Protocolli e procedure di cardiologia interventistica riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	2 documenti, 1 per ciascun anno	15%
	Potenziamento dell'attività diagnostica - interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche interventistiche	Riduzione del 10% per anno	20%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D.

Data di assegnazione

28/12/2017

# DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA

U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE ED

ODONTOSTOMATOLOGIA

U.O.C. DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A

RICOVERO BREVE

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

U.O.C. UROLOGIA

U.O.S.D. SENOLOGIA

U.O.S.D. OCULISTICA

U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

U.O.S.D. CHIRURGIA PLASTICA



Attribuzione obiettivi anno 2018  
**U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA**  
Direttore: Dott. Ferdinando Salzano De Luna

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (ail. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $< 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	10%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	5%
	Percentuale di Colectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno ( $>10\%$ )	Interventi chirurgici di colectomie	$>10\%$	5%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

29/12/2018

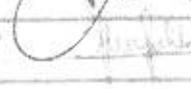


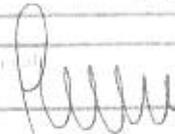
Attribuzione obiettivi anno 2018

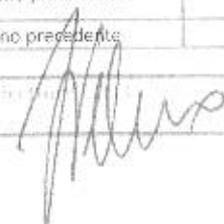
**U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE ED ODONTOSTOMATOLOGIA**  
Direttore: Dott. Franco Peluso

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$< 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	5%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	15%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	{Rif. 3,7%} se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Generale 

Il Direttore 

19/11/2018



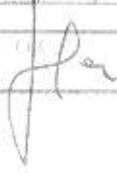
## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE

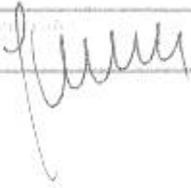
Direttore ad interim: Dott. Salvatore Massa

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Trasmissione dati attività (Sale operatorie )	Invio F.I.S.O.	95% entro il 10° giorno del mese successivo	10%
	Ottimizzazione utilizzo Sale Operatorie	Ore di attività /ore disponibili	80% ore di attività utilizzate/disponibili/ anno	10%
		N. pazienti inseriti in lista e operati/sospesi	95% pz. inseriti in lista e operati/anno	5%
		Ora ingresso 1° paziente in Sala Operatorie ore 8,30	90% del 1° intervento	5%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	5%
	Pulizia e Sanificazione Ambientale	Conformità ai parametri dell'ente convenzionato per la rilevazione	conformità per 85% dei parametri	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore U.O.C. 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Tecnico 

Il Direttore Amministrativo  
29/11/2018



Attribuzione obiettivi annuali 2017

**U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

Direttore f.f.: Dott. Carlo Di Meo

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $< 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	10%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	5%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	5%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $< 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di O/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

*[Signature]*

17/7/2017



Attribuzione obiettivi anno 2013

**U.O.C. UROLOGIA**  
**Direttore : Dott. Sergio Caggiano**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%).	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%).	DRG MEDICI	< 25%	5%
	Gipni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico.	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	≤ 5%	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	< anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cop	> anno precedente	2%

Direttore Generale

Direttore U.O.C. Urologia

Direttore U.O.C. Radiodiagnostica

Direttore Generale

Direttore U.O.C. Urologia

Direttore U.O.C. Radiodiagnostica

Attribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.S.D. SENOLOGIA**

Responsabile: Dott. Gianpaolo Pitruzella

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri - diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	10%
	Riduzione degli accessi - di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale di ricoveri con DRG Medico tra i dimessi tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	10%
	Giorni di Degenza Media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	1,4	10%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D.

Il Direttore U.O.S.D.

19/17/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2017

## U.O.S.D. OCULISTICA

Responsabile f.f.: Dott. Giuseppe Romitelli

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	10%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC.	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D. OC.

19/11/2017



Attribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA**  
**Responsabile: Dott. Antonio Iannucci**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (<= 30%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (<= 25%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	<= 25% rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%).	DRG MEDICI	< 25%	15%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	10%
	Percentuale di Colectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e ricovero ordinario O 1 giorno (>10%)	Interventi chirurgici di colectomie	>10%	15%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (<= 5%)	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età >65	<= 5%	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
<b>EFFICIENZA</b>	Ricoveri Ordinari	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Medico

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Chirurgico

Il Responsabile U.O.S.D.

Il Data Collection Officer



### Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. CHIRURGIA PLASTICA

Responsabile : Dott. Ugo Manlio Cuomo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Non superiore al 5% anno in corso	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Non superiore al 5% anno in corso	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%).	DRG MEDICI	< 25%	20%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	25%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rit. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione.	5%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	non superiore al 3% anno in corso	5%
	Ottimizzazione Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	4 gg	5%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	> 250	5%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Responsabile U.O.S.D.

Data di Approvazione  
29/7/2018

# DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA

U.O.C. CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI

U.O.C. NEUROCHIRURGIA

U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

U.O.C. RIANIMAZIONE E ANESTESIA D'URGENZA

U.O.S.D. SALE OPERATORIE



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA

Direttore: Dott. Diego Paternosto

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gestire i tempi medi di attesa in linea con gli standard nazionali	Tempi medi di attesa	< 5 ore per tutti gli accessi	20%
	Tasso di ricoverati sul totale degli accessi	Percentuale di ricovero da Pronto Soccorso	< 17% sul totale degli accessi	10%
	Durata media della degenza/permanenza in Medicina d'Urgenza	N° giorni di degenza in rapporto al numero totale di casi trattati	< 8 gg	10%
	Protocolli e Procedure	Documenti forniti secondo criteri di qualità ISO - prodotti revisionati	Uno per il primo anno Due per il secondo anno Due per il terzo anno	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	15%
	RECLAMI	N° di reclami all'URP o ad associazioni a tutela del cittadino utente	< 2% degli accessi	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/7/2018



**Attribuzione obiettivi anno 2018**  
**U.O.C. CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI**  
**Direttore f.f.: Dott. Girolamo D'Ambrosio**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%).	DRG MEDICI	< 25%	20%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	20%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	≤ 5%	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	15%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/2/2018



**Attribuzione obiettivi anno 2018**  
**U.O.C.NEUROCHIRURGIA**  
**Direttore: Dott. Pasqualino De Marinis**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	10%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assunzione

29/07/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2013

### U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Gaetano Bruno

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario (≤ 21%).	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%).	DRG MEDICI	< 25%	5%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	5%
	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (≥ 60%)	Interventi chirurgici al femore	(≥ 60%)	15%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	≤ 5%	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore

Il Direttore

29/12/2012



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. RIANIMAZIONE E ANESTESIA D'URGENZA TERAPIE INTENSIVE Direttore : Dott. Brunello Pezza

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Trasmissione dati attività (Sale operatorie d'urgenza)	Invia F.I.S.O.	95% entro il 10° giorno del mese successivo	25%
	Pulizia e Sanificazione Ambientale	Conformità ai parametri dell'ente convenzionato per la rilevazione	conformità per l' 85% dei parametri	15%
	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	Documenti prodotti e/o revisionati	2 documenti	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	15%
	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Anno 2018 < anno 2017	10%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. SALE OPERATORIE Responsabile: Dott. ssa Concetta Gallo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Trasmissione dati attività (Sale operatorie)	Invio F.I.S.O.	95% entro il 10° giorno del mese successivo	10%
	Ottimizzazione utilizzo Sale Operatorie	Ore di attività /ore disponibili	80% ore di attività utilizzate/disponibili/anno	10%
		N. pazienti inseriti in lista e operati/sospesi	95% pz. inseriti in lista e operati/anno	10%
		Ora ingresso 1° paziente in Sala Operatorie ore 8,30	90% del 1° intervento	10%
	Pulizia e Sanificazione Ambientale	Conformità ai parametri dell'ente convenzionato per la rilevazione	conformità per 85% dei parametri	10%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario c/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore U.O.S.D.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Data di Assegnazione

19/11/2017



*Azienda Ospedaliera di Caserta  
" Sant'Anna e San Sebastiano "*  
di rilievo nazionale e di alta specializzazione  
Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)  
*Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante*

# DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

U.O.C. EMATOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. EMATOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

**Direttore : Dott. Ferdinando Frigeri**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	Incremento dell'indice di turnover per i ricoveri in regime ordinario (il raggiungimento di tale obiettivo porterebbe ad un incremento dell'attività del reparto di degenza ordinaria e consentirebbe di garantire il rispetto dei tempi previsti per la chemioterapia)	SDO	< anno precedente	5%
	Garantire il rispetto del tempo previsto per i cicli di chemioterapia effettuati in regime di ricovero ordinario con tolleranza al massimo di 4 gg (se il paziente è in condizione di poter ricominciare la chemioterapia)	SDO	< 4 GIORNI	5%
	Riduzione dei Ricoveri - giorni di tipo diagnostico (< 30%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi - di tipo medico (< 25%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5%
	Creazione di almeno 1 PACC	NUOVO PACC	1 IN UN ANNO	10%
	Validazione di almeno un PDTA	Produzione PDTA	1 IN UN ANNO	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	10%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%





# Azienda Ospedaliera di Caserta

SpA - Sede e Direzione Generale: Via S. Maria Capua Vetere, 100 - 81100 Caserta (CN)

di cui al bilancio consolidato di esercizio 2017, approvato dalla Giunta d'Amministrazione in data 27/03/2018

in esecuzione della delibera di Giunta d'Amministrazione n. 100/2018 del 27/03/2018

Direttore Generale

Dott. Mario Nicola VITTORETTI

www.aziendaospedaliera-caserta.it



Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	2%
Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
Prestazioni ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore L.O.C.

Data di Assegnazione

19/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA

Direttore : Dott. Giovanni Pietro Ianniello

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%).	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	10%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Schede di Dimissioni Ospedaliere in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Schede di Dimissioni Ospedaliere in DH	≤ 25% rispetto all'anno precedente	15%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	≤ 5%	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	15%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso, Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

29/12/2018



*Azienda Ospedaliera di Caserta*  
*“ Sant'Anna e San Sebastiano ”*  
di rilievo nazionale e di alta specializzazione  
Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)  
*Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante*

# DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIREZIONE SANITARIA

U.O.C. PEDIATRIA

U.O.C. TIN E TNE – NEONATOLOGIA I° E II° LIVELLO



Atribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIREZIONE UNIVERSITARIA**  
**Direttore: Dott. Prof. Luigi Cobellis**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri: diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi: di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale dei ricoveri con DRG MEDICO tra i dimessi da reparti chirurgici ( $< 25\%$ ).	DRG MEDICI	$< 25\%$	5%
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	5%
	Percentuale parti cesarei primari ( $\leq 24\%$ ).	Parti cesarei	$\leq 24\%$	15%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ ).	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $> 65$ .	$\leq 5\%$	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore

Data di approvazione  
29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. PEDIATRIA Direttore f.f. : Dott. Elpidio Tierno

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma, gastroenterite.	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	20%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%).	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	5%
	Riduzione dei Ricoveri, diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni ambulatoriali	dati cop	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di sottoscrizione

29/7/2018



**Attribuzione obiettivi anno 2018**  
**U.O.C. TIN E TNE - NEONATOLOGIA I° e II° LIVELLO**  
**Direttore : Dott. Attilio Romano**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Razionalizzazione consumo dei farmaci	Adesione ai protocolli aziendali di utilizzo degli antibiotici; implementazione di protocolli di utilizzo dei farmaci più frequentemente usati	Adesione ai protocolli aziendali nel 90% delle prescrizioni di antibiotici e antitrombotici; realizzazione di protocolli per l'utilizzo dei farmaci di uso più frequente.	50%
	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	20%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Riduzione del 10% rispetto all'anno precedente	5%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/7/2018

## DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

U.O.C. GASTROENTEROLOGIA

U.O.C. GERIATRIA

U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

A DIREZIONE UNIVERSITARIA

U.O.C. MEDICINA INTERNA

U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

U.O.C. NEUROLOGIA

U.O.C. PNEUMOLOGIA – FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

U.O.S.D. DERMATOLOGIA

U.O.S.D. ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE

U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI  
ASSISTENZA PER I TRAPIANTATI ED I REAPIANTANDI EPATICI

U.O.S.D. NEURORIABILITAZIONE E UNITÀ SPINALE –

RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

U.O.S.D. APPROPRIATEZZA E INNOVAZIONE

NELL'ANTIBIOTICO TERAPIA

## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. GASTROENTEROLOGIA Direttore f.f. : Dott. Pietro Rocco

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	10%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	10%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%	

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. GERIATRIA

Direttore f.f.: Dott. Mario Parillo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (>18 anni) per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	10%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	10%
	Riduzione dei Ricoveri - diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi - di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	10%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

18/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI A DIREZIONE UNIVERSITARIA

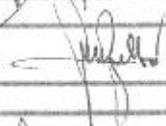
Direttore : Dott. Nicola Coppola

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	15%
	Riduzione dei Ricoveri - giorni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	10%
	* Riduzione degli accessi di tipo medico ( $< 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$< 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	10%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

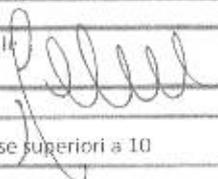
Il Direttore Sanitario



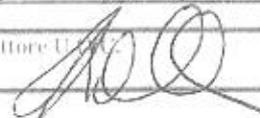
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.C.



Data di Assegnazione

19/7/2018

\* Nota: Valutabile se superiori a 10

**Attribuzione obiettivi anno 2018  
U.O.C. MEDICINA INTERNA  
Direttore : Dott. ssa Anna Gargiulo**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta ( $\geq 18$ anni) per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	5%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	10%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	15%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	5%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza medio	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI Direttore f.f.: Dott. Domenico Caserta

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	10%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	10%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/14/2017



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. NEUROLOGIA

Direttore f.f.: Dott. Roberto Rosato

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%).	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	10%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Schede di Dimissioni Ospedaliere in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Schede di Dimissioni Ospedaliere in DH	≤ 25% rispetto all'anno precedente	10%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	≤ 5%	10%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≤ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	≥ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	> anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Approvazione

16/11/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Direttore f.f. : Dott. Stefano Conte

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta ( $\geq 18$ anni) per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	10%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario ( $\leq 0,21\%$ ).	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	5%
	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	5%
	Riduzione degli accessi di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	5%
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani ( $\leq 5\%$ )	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età $\geq 65$	$\leq 5\%$	10%
	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	10%
EFFICIENZA	Consegna SDO regime ordinario	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	10%
	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	5%
	Ricoveri Ordinari appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Ricoveri di 0/1 giorno	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$<$ anno precedente	2%
	Peso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	3%
	Rimborso medio/caso trattato	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$>$ anno precedente	2%
	Degenza media	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\leq$ anno precedente	2%
	Ricoveri DH/DS appropriati	Schede di Dimissioni Ospedaliere	$\geq$ anno precedente	2%
	Prestazioni Ambulatoriali	dati cup	$>$ anno precedente	2%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. DERMATOLOGIA

Responsabile f.f.: Dott. Luigi Boccia

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione dei Ricoveri - diurni di tipo diagnostico ( $\leq 30\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	Pari al 30% anno precedente	25%
	Riduzione degli accessi - di tipo medico ( $\leq 25\%$ ).	Schede di Dimissione Ospedaliera in DH	$\leq 25\%$ rispetto all'anno precedente	20%
EFFICIENZA	Consegna SDO DH/DS	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	Chiusura SDO all'ultimo accesso. Comunicazione elenco mensile DH/DS chiusi entro il 10 del mese successivo	15%
	Ricoveri DH/DS	Schede di Dimissioni Ospedaliere	> anno precedente	15%

Il Direttore Sanitario

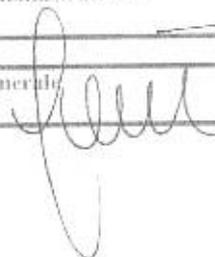


Il Direttore U.O.S.D.

Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Data di Assegnazione

19/12/2015





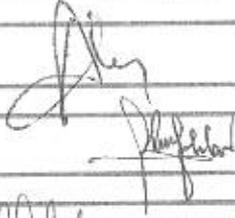
## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE

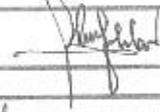
Responsabile : Dr. Mario Parillo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione Liste di attesa ambulatoriali	Liste di attesa CUP	riduzione 5% rispetto all'anno precedente	20%
	Ottimizzazione tempi Consulenze interne	Consulenze interne	Entro 48 ore	20%
	Riduzione Accessi DH	SDO DH	riduzione 5% rispetto all'anno precedente	20%
EFFICIENZA	Formulazione PDTA chirurgia bariatrica	Piano PDTA	Attuazione PDTA	15%

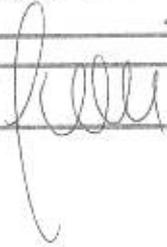
Il Direttore Sanitario



Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.S.D.



Data di Assegnazione

19/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI ASSISTENZA PER I TRAPIANTATI E I TRAPIANTANDI EPATICI-SATTE

Responsabile : Dott. Guido Piai

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Valutazione ambulatoriale dei pazienti pre e post trapianto di fegato	1° visita dei pazienti pre e post trapianto di fegato entro 7 gg. dalla richiesta	90% dei pazienti visitati entro 7gg. dalla richiesta	62%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	10%
	Realizzazione piano formativo aziendale	Formazione proposta	Realizzazione del 50% delle proposte formative	3%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

2017/1/25/17



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. NEURORIABILITAZIONE E UNITA' SPINALE RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE Responsabile: Dott. Michele Fusco

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Presa in carico dei pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione	Tempi di attesa tra la richiesta di presa in carico e l'erogazione della prestazione	Almeno mantenimento, nell'anno in corso, dei tempi di attesa dell'anno precedente	25%
	Piano Riabilitativo Individuale (PRI)	Tempi di elaborazione dei Piani Riabilitativi Individuali	Almeno mantenimento, nell'anno in corso, dei tempi di elaborazione del PRI dell'anno precedente	25%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1 <sup>a</sup> verifica	10%
	Realizzazione piano formativo aziendale	Formazione proposta	Realizzazione del 50% delle proposte formative	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Responsabile U.O.S.D.

Data di Assegnazione

19/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. APPROPRIATEZZA E INNOVAZIONE DELL'ANTIBIOTICO TERAPIA

Responsabile: Dott. Domenico Di Caprio

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Appropriatezza prescrittiva	Esiti e contenimento della spesa	<ANNO 2017 diminuzione del 5% all'anno	25%
	Riduzioni infezioni nosocomiali	Eventi infettivi nosocomiali	<10%	25%
EFFICIENZA	Realizzazione piano formativo aziendale	Formazione proposta	Realizzazione del 50% delle proposte formative	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D.

Data di Assegnazione

29/11/2018

# DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

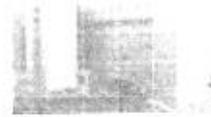
U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

U.O.S.D. NEURORADIOLOGIA

U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

U.O.S.D. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINE Direttore f.f.: Dott. Luigi Manfredonia

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Potenziamento dell'attività diagnostica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni dei degenti in elezione	Riduzione del 10% nel primo anno rispetto all'anno precedente, del 5% negli anni successivi rispetto all'anno precedente	25%
	Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	25%
EFFICIENZA	Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne e predisporre percorsi diagnostici assistenziali (PDA)	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di Diagnostica per Immagini istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza e programmando PDA	Istituzione di 1 PDA anno	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

Direttore f.f.: Dott.ssa Sonia Anna Raimondi

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività in adesione all'accREDITAMENTO istituzionale	Documenti prodotti e/o revisionati	2 documenti/anno Produzione del manuale per l'accREDITAMENTO istituzionale	20%
	Order entry - ove presente - per accettazione e refertazione esami	numero accettazioni/refertazioni con order entry - ove presente -	Nei triennio 95% delle accettazioni e delle refertazioni con order entry - ove presente -	10%
	Comitato buon uso del sangue	Riunione Comitato	Almeno n. 2 riunioni del Comitato/anno	20%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto al precedente	Da quantificare nel corso della 1ª verifica	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

Direttore f.f.: Dott.ssa Maddalena Schioppa

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Potenziamento dell'attività diagnostica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni dei degenti in elezione	Riduzione del 5% anno rispetto all'anno precedente	15%
	Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	15%
	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	2 Documenti/Anno	20%
EFFICIENZA	Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di istituendo AUDIT	1 documento anno sul controllo sulla appropriatezza delle richieste di esami di laboratorio	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. Anatomia Patologica Direttore f.f. : Dott.ssa Carmela Buonomo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Potenziamento dell'attività diagnostica	Riduzione dei tempi di attesa reiterazione degli esami Diagnostici soprattutto per i degenti	Riduzione del 10% nel primo anno rispetto all'anno precedente, del 5% negli anni successivi rispetto all'anno precedente	15%
	Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC.	Istituzione di 1 PDA/anno	15%
	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	2 Documenti/Anno	30%
EFFICIENZA	Controllo sul riscontro dell'avveuta prestazione da parte delle UO richiedenti	Istituire una modalità di verifica che le risposte eseguito dalla UO di Anatomia Patologica siano recepite nel più breve tempo possibile dalle UO richiedenti	2 documenti anni di verifica sul ritiro delle prestazioni eseguite (luglio - dicembre) - Al fine di consentire chiusura SDO	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Data di Assegnazione

19/11/2018

Carmela B.



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. NEURORADIOLOGIA Responsabile: Dott. Eugenio Maria Covelli

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN.	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	15%
	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	1 Documenti/Anno	15%
	Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di Neurodiagnostica con RMN istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	1 AUDIT anno	20%
EFFICIENZA	Partecipazione o proposta di 1 piano formativo aziendale	1 piano Formazione personale UOC rivolto a Medici e/o TSRM e/o Infermieri	Partecipazione o proposta/realizzazione di 1 piano formativo per anno	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D.

Data di Assegnazione

19/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA Responsabile: Dott. Giovanni Moggio

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDTA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDTA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDTA anno	20%
	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	1 Documenti/Anno	20%
	Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di interventistica istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	1 AUDIT anno	10%
EFFICIENZA	Partecipazione o proposta di 1 piano formativo aziendale	1 piano formazione personale UOC rivolto a Medici e/o TSRM e/o Infermieri	Partecipazione o proposta/realizzazione di 1 piano formativo per anno	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D.

Data di Assegnazione

19/11/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione**  
**Responsabile: Dott.ssa Margherita Agresti**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Documento di Valutazione dei rischi	Redazione e aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi (da esposizione ad agenti fisici acqua, rifiuti, parcheggi)	Documento Valutazione dei Rischi	30%
	Regolamento aziendale per l'applicazione delle Norme contenute nel Decreto Legislativo 81/08 e s.m.i. Procedure di sicurezza	Esecuzione di prove in situs per verifiche parametri ambientali, microclima, acque, campi elettromagnetici. Redazione ed aggiornamento procedure di sicurezza aziendali	Sviluppare e diffondere i livelli di responsabilità per le varie articolazioni organizzative aziendali- Procedure di sicurezza per le attività soggette a	20%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario	da verificare nel corso della prima verifica	25%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.S.D.

Data di Assegnazione

19/7/2018

## DIREZIONE SANITARIA

U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE

DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E  
VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITÀ E PERFORMANCE

U.O.C. MEDICINA LEGALE

U.O.C. RISK MANAGEMENT

U.O.C. FARMACIA



**Attribuzione obiettivi anno 2018**

**U.O.C. Organizzazione e Programmazione  
dei servizi ospedalieri e sanitari**

**Direttore ad interim: Dott.ssa Antonietta Siciliano  
Direttore Sanitario**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Attuazione atto aziendale adottato con deliberazione n.234/2018	Regolamentazione e attivazione delle strutture elencate nell'atto aziendale	Attivazione dell'80% delle UOS e UOSD previste	35%
	Applicare i protocolli e le procedure specifiche rivolte per garantire la migliore qualità delle prestazioni assistenziali e diagnostiche terapeutiche	Istituire un AUDIT tra i Direttori di Dipartimento	1 AUDIT/anno	25%
EFFICIENZA	Partecipazione o proposta di 1 piano formativo aziendale	Piano di formazione rivolto al personale medico e/o paramedico	Partecipazione o proposta di realizzare 1 piano formativo/anno	25%

Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Il Direttore \_\_\_\_\_

19/7/2018

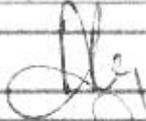


## Attribuzione obiettivi anno 2018

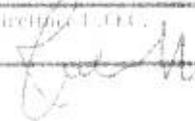
**U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa,  
Formazione, Qualità e Performance**  
Direttore f.f. : Dott. Tommaso Sgueglia

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio attività sanitaria  LEA  Obiettivi Direttore Generale	Report trimestrale	4 reports annuali	25%
	Analisi dei risultati	Relazioni semestrali	2 relazioni annuali	25%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto al precedente	Da quantificare nel corso della 1ª verifica	25%

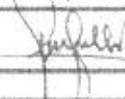
Il Direttore Sanitario



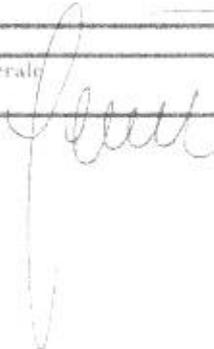
Il Direttore U.O.C.



Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Data di Assegnazione

17/3/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. MEDICINA LEGALE Direttore: Dott. Carmine Lisi

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Valutazione Sinistrosità, Contenzioso e Certificazioni medico legali	Numero valutazioni effettuate/Totale dei sinistri e del contenzioso e Certificazioni medico legali	Annualmente 90% di valutazioni effettuate/Totale	25%
	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Di Medicina LEGALE	Documenti prodotti e/o revisionati	Istituzione e/o modificazioni di 2 documenti	25%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto al precedente	Non incremento straordinario e/o convenzionamento interno	25%

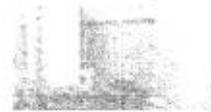
Il Direttore Sanitario

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.



Atribuzione obiettivi anno 2018

U.O.C. RISK MANAGEMENT

Direttore ad interim: Dott. Antonietta Siciliano

Direttore Sanitario

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Adempimenti scaturenti da programmazioni regionali e ministeriali	Adeguamento degli adempimenti prescritti	90% documenti richiesti elaborati/anno	25%
	Adempimenti scaturenti da programmazioni aziendali	Documenti prodotti	2 documenti prodotti/anno	20%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto al precedente	Anno 2018 < anno 2017	20%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Informazione e formazione del personale	Riunioni	N. 3 riunioni/anno	5%
	Realizzazione piano formativo aziendale	Formazione proposta	Realizzazione del 50% delle proposte formative	5%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

29/7/2018



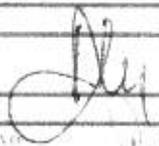
## Attribuzione obiettivi anno 2018

### U.O.C. FARMACIA

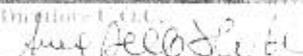
Direttore f.f.: Dott.ssa Anna Dello Stritto

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Adempimento dei debiti informativi istituzionali - aziendali, regionali, nazionali-	corretta compilazione dei documenti istituzionali richiesti	100% di conformità nei contenuti dei documenti richiesti verificata dal richiedente	10%
	Consegna dei documenti dei quali all'obiettivo precedente nei tempi previsti dal richiedente	compilazione nei tempi previsti dei documenti istituzionali richiesti	100% di consegna dei documenti istituzionali richiesti nei tempi previsti verificata dal richiedente	10%
	Gestione Magazzino	Carico e scarico farmaci e presidi	100% carico informatizzato dei documenti di trasporto entro 5 gg. lavorativi dall'arrivo dei prodotti 100% scarico informatizzato dei prodotti ai centri di costo entro 5 gg. Lavorativi dalla consegna dei	10%
	Analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica	Relazione e report	Relazione e report trimestrale	10%
	Implementazione farmacovigilanza	Verifica presso le uu.oo.	N. 2 verifiche per ciascuna uu.oo. Per ciascun anno	10%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	15%

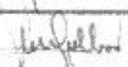
Il Direttore Sanitario



Il Direttore U.O.C.



Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Data di assegnazione

19/7/2018

# DIREZIONE AMMINISTRATIVA

U.O.C. AFFARI GENERALI

U.O.C. AFFARI LEGALI

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

U.O.C. GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA

U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

U.O.C. PROVVEDITORATO – ECONOMATO

U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA

U.O.C. INGEGNERIA OSPEDALIERA E HTA



## Attribuzione obiettivi anno 2018

U.O.C. Affari Generali

Direttore f.f. ad interim: Dott. Eduardo Chianese

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Velocizzare la gestione operativa dell'ufficio protocollo	Riduzione tempi di lavorazione pratiche e miglioramento qualitativo dello smistamento della posta	Numero di pratiche in entrata e uscita lavorate giornalmente	15%
	Miglioramento della gestione delle convenzioni attive e passive	Rivisitazione delle procedure operative e regolamentari	Numero convenzioni attive e passive gestite e report semestrale aggiornato	15%
EFFICIENZA	Realizzazione attività di competenza di materia di Percorsi Attuativi di Certificabilità	Proposizione di regolamenti in materia di delibere e determine. Procedure di competenza relative alle azioni di cui ai punti A1-A5 dei PAC di cui al DCA 63/2018	Entro il 30/09 aggiornamento attività PAC. Entro il 31/12 attività PAC e regolamenti a regime	30%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Predisposizione organigramma funzionale e operativo dell'unità operativa	Assegnazione carichi di lavoro a tutte le risorse dell'unità operativa	Proposta trasmessa alla Direzione Amministrativa entro il 30/10	15%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

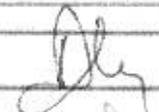
Data di assegnazione

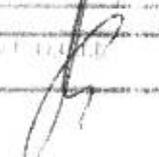
23/7/18



**Attribuzione obiettivi anno 2018**  
**U.O.C. Affari Legali**  
**Direttore f.f. ad interim: Dott. Eduardo Chianese**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gestione dei rapporti assicurativi, dei rapporti con i legali esterni riducendone la spesa	Riduzione della spesa sostenuta nell'anno 2017	riduzione del 20%	15%
EFFICIENZA	Gestione del contenzioso con continuo aggiornamento della procedura LEGALAPP e dell'archivio/repertorio delle pratiche	riduzione dei procedimenti legali rispetto alla gestione dell'anno precedente. Catalogazione informatica e cartacea delle pratiche.	riduzione del 25% del numero di pratiche ed elaborazione report fine anno	30%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Organizzazione gestionale e coinvolgimento delle risorse	numero pratiche gestite dagli avvocati interni e/o collaboratori iscritti all'albo	incremento del 50% rispetto al 2017	30%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore U.O.C. 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Generale 

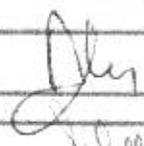
Data di Assunzione **15/7/18**

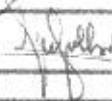


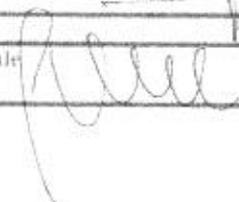
## Attribuzione obiettivi anno 2018

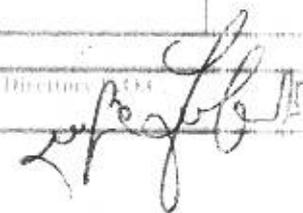
**U.O.C. Gestione Risorse Umane**  
**Direttore: Dott.ssa Luigia Infante**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Reclutamento personale anno 2018: attuazione modalità operative delle autorizzazioni Regionali	Numero arruolamenti rispetto alle autorizzazioni concesse. Monitoraggio e rendicontazioni da produrre agli organi regionali	Report annuale e periodici come richiesti dalla regione	30%
	Proposta e adozione dei Regolamenti sull'orario di servizio e sulla mobilità interna per le diverse Aree contrattuali. Proposta regolamenti previsti dall'atto aziendale	Redazione relativa Regolamenti e/o aggiornamenti e conseguente Report adempimenti	Relazione trimestrale per ciascun atto regolamentare	25%
EFFICIENZA	Attuazione nuovo CCNL area comparto. Monitoraggio e contenimento fondi accessori del personale.	Riconoscimento arretrati contrattuali e adeguamento stipendiale. Proposta elaborazione 2018 e loro monitoraggio	Report trimestrali	20%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Generale 

Il Direttore U.O.C. 

Data di Assegnazione  
29/7/2018



## Attribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.C. Gestione Economico - Finanziaria**

**Direttore: Dott. Eduardo Chianese**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Circularizzazione crediti debiti ed accelerazione risoluzione debitoria pregressa - Adempimenti DCA 23/2018	Report analitico contenente anagrafe clienti e fornitori riconciliati rispetto al numero totale. Report dettagliato relativo al fatturato ante 2018 liquidato e pagato. Quantificazione numero e valore delle situazioni debitorie risolte ante 2013.	Report analitico aggiornato trimestralmente della riduzione situazione debitoria	20%
	Tempestività dei pagamenti: rispetto della normativa europea per il fatturato 2018	Pagamento fatture entro 60 giorni	Elaborazione trimestrale ITP con particolare riferimento al 2018	15%
	DCA 22/2018 e smi: Implementazione COAN	Regolamento COAN e realizzazione attività come da tempistica regionale	Report al 30/09 e al 31/12	20%
EFFICIENZA	PAC: Azioni di specifica competenza e coordinamento degli adempimenti inerenti tutte le strutture aziendali con monitoraggio trimestrale- Stato di avanzamento contabilità analitica.	Relazione sul monitoraggio degli adempimenti previsti dal P.A.C.	n.2 Relazioni al 30/09 e 31/12	20%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Data di Aggiornamento

13/7/18

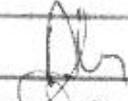


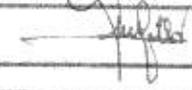
### Attribuzione obiettivi anno 2018

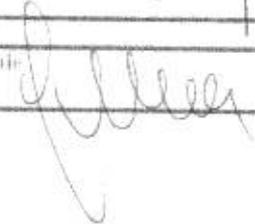
U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione

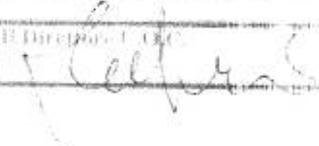
Direttore f.f. : Dott. Tommaso Sguelgia

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio erogazione dei LEA previsti nell'allegato A della Delibera G.R. Campania n° 297 del 23/05/2017 unitamente alla U.O. AMAS	Indicatori relativi ai LEA così come previsti nell'allegato A sui dati forniti trimestralmente dalla U.O. AMAS	Scheda trimestrale riepilogativa	30%
	Piano di efficientamento: monitoraggio dei costi	Analisi trimestrale dei costi sostenuti	Scheda trimestrale di verifica	20%
EFFICIENZA	Realizzazione attività di competenza di materia di Percorsi Attuativi di Certificabilità	Supporto e collaborazione con GEF in materia di COAN e realizzazione attività di propria competenza previste dal DCA 63/2018	Reportistica di aggiornamento al 30/09 e al 31/12.	25%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Generale 

Il Direttore U.O.C. 

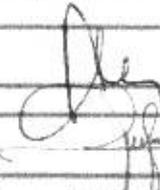
Data di Assegnazione 29/7/2018



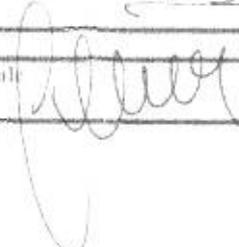
### Attribuzione obiettivi anno 2018

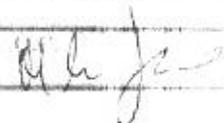
U.O.C. Provveditorato - Economato  
Direttore: Dott.ssa Marisa Di Sano

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gare: ricognizione periodiche e costanti dei contratti in essere con indicazione delle scadenze ed azioni da intraprendere a seconda della priorità di intervento. Accelerazione iter procedurale gare da espletare.	Riduzione numero gare/contratti in proroga	Numero gare concluse con aggiudicazione e/o adesioni a SORESA	35%
	Programmazione acquisti: ricognizione del fabbisogno annuale e pluriennale con particolare attenzione agli acquisti SORESA	Compilazione prospetto programmazione SORESA	Proposta deliberazione entro il 10.09	15%
	Alimentazione monitoraggio piattaforma spending-review	Compilazione piattaforma con alimentazione contratti e monitoraggio costi	Stampa report attività	15%
EFFICIENZA	PAC: Azioni di specifica competenza	Procedure di competenza relative alle azioni di cui ai punti A1-A5 dei PAC di cui al DCA 63/2018	Entro il 30/09 ed il 31/12 aggiornamento attività PAC	10%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Generale 

Il Direttore U.O.C. 

Data di Assegnazione 29/12/17



## Attribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali**  
**Direttore: Dott. Giovanni Sferragatta**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	PAC: Implementazione e potenziamento sistema informatico con particolare riferimento alle procedure COGE-COAN e magazzino	Coordinamento attività informatica e supporto operativo	Relazione implementazione raggiunta al 31.12	20%
	GDPR: Attuazione regolamento europeo e coordinamento attività aziendali; adesione attività SORESA.	Rispetto della normativa e misurazione dell'attività realizzata e del contributo degli altri soggetti coinvolti.	Raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12 almeno nei limiti del 80%	25%
	Sistema informativo e di telecomunicazioni (connessioni dati - reti): partecipazione attiva alla realizzazione delle gare e/o acquisizioni di specifica competenza	Capitolati gara e ulteriori attività collegate con particolare riferimento a gara informatizzazione, videosorveglianza, gestione CUP	Relazione aggiornata al 30/09 e finale al 31/12.	30%

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.  
*Giovanni Sferragatta*

Data di Assegnazione  
*29/12/2017*



## Attribuzione obiettivi anno 2018

**U.O.C. Ingegneria Ospedaliera**  
**Direttore: Arch. Virgilio Patitucci**

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PERCENTUALE MASSIMA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Programmazione delle attività e dei contratti di manutenzione ordinaria e straordinaria	Report contratti di manutenzione in essere con scadenza interventi posti e/o da porre in essere	Relazione al 30.09 ed al 31.12	50%
	Art.20 legge 67/88	Ripresa lavori e stato avanzamento come da cronoprogramma. Predisposizione schede ed eventuali ulteriori attività progetti terza fase.	Proposta deliberazioni e rendicontazioni S.A.L	50%
EFFICIENZA	Realizzazione impianto videosorveglianza in tutti i punti strategici di accesso	Copertura di tutte le aree di accesso esterne e di accesso a ciascun edificio	Copertura tramite videosorveglianza del 70% il primo anno e del 100% del triennio	15%

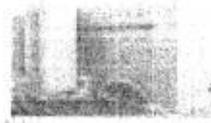
Il Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

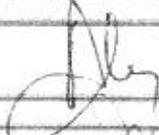
Data di Assegnazione 19/7/2018

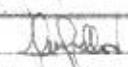


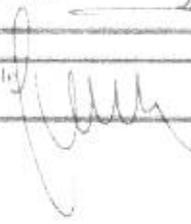
## Attribuzione obiettivi anno 2018

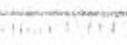
U.O.C. Tecnologia Ospedaliera e HTA  
Direttore: Dott. Vittorio Emanuele Romallo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Programmazione acquisti apparecchiature elettromedicali periodo 2018/2020	Proposizione, a seguito delle ricognizioni richieste e/o in base a necessità aziendali dei fabbisogni. Redazione Schede tecniche per l'acquisto. Piano di acquisto in base alle urgenze. Avvio e gestione delle procedure di acquisizione.	Entro il 31/08 proposta di programmazione. Entro il 31/10 definizione delle priorità 2019/2020. Entro il 31/12 relazione finale delle attività e dello stato di acquisto.	30%
	GDPR:Attività connesse alla funzione di referente privacy	Attuazione degli adempimenti connessi alla nomina di cui alla delibera 348/2018 e collaborazione con gli altri referenti aziendali coinvolti nel GDPR.	Raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12 almeno nei limiti del 80%	20%
EFFICIENZA	Aggiornamento tecnologico delle apparecchiature esistenti; ricognizione contratti di manutenzione/assistenza	Numero contratti e relativi operatori economici. Qualità e tipologia degli interventi contrattualizzati ed eseguiti a consuntivo.	Report entro il 30/09 delle singole attrezzature per centro di costo e relativa copertura manutentiva. Entro il 31/12 relazione conclusiva sulla gestione 2018 (evidenza di ogni intervento per le singole attrezzature)	25%

Il Direttore Sanitario 

Il Direttore Amministrativo 

Il Direttore Generale 

Il Direttore 

DATA DI VALUTAZIONE: 19/12/2018