

Deliberazione del Direttore Generale N. 223 del 18/09/2020

Proponente: Il Direttore UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

Oggetto: DELIBERAZIONE N.403 DEL 14/04/2020, ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022. RIMODULAZIONE OBIETTIVI.

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 18/09/2020 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia

UOC AFFARI GENERALI Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Tommaso Sgueglia - UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E
PERFORMANCE

PERFORMANCE

Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI



Oggetto: DELIBERAZIONE N.403 DEL 14/04/2020, ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022. RIMODULAZIONE OBIETTIVI.

Direttore UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- che il D.lgs. n. 150 del 27/10/2009 reca norme per l'attuazione della Legge n.15 del 4/3/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- che in particolare, l'articolo 10 comma 1 lettera a) del citato decreto prevede che le amministrazioni pubbliche redigano un documento programmatico triennale, denominato Piano delle Performance, da adottare coerentemente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi definendo, altresì, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori;
- che il Piano delle Performance è dunque uno strumento di pianificazione e programmazione, di valutazione, di monitoraggio e di comunicazione di estrema rilevanza sul piano strategico;
- che la misurazione e la valutazione delle Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi di risultato conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento;
- che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso alle unità organizzative fino ai singoli dipendenti;
- che il rispetto dei principi in tema di misurazione, di valutazione e trasparenza della performance è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito e alla performance;

Considerato

- che con deliberazione n. 403 del 14/04/2020 è stato adottato il Piano delle Performance per il triennio 2020-2022:
- che nella medesima deliberazione, tra l'altro, si dà atto che il Piano ... rappresenta un documento suscettibile di eventuali integrazioni o rimodulazioni derivanti da mutate condizioni del contesto aziendale e sanitarie e/o da indicazioni normative regionali o nazionali;
- che con nota del 10/08/2020, l'O.I.V. ha trasmesso, in allegato, il verbale del 28/07/2020, in cui, tra l'altro, concorda con la proposta del Direttore Generale di rivedere gli obiettivi 2020 ed il Piano della Performance, alla luce dell'emergenza COVID-19 e dei nuovi obiettivi assegnati alla Direzione Generale con Deliberazione di Giunta Regionale della Campania n.274 del 03/06/2020;



- che in conseguenza della nota emergenza pandemica legata alla diffusione del COVID-19, l'attività assistenziale nel primo semestre 2020 ha subito notevoli variazioni rispetto a quanto previsto e, pertanto, anche alla luce delle motivazioni che precedono, risulta necessario rimodulare il Piano della Performance, limitatamente alle schede di rilevazione afferenti ai Dipartimenti ed alle UU.OO. sanitarie ed ai relativi obiettivi/indicatori, risultati attesi e pesi;

Evidenziato

- che in data 17/07/2020, con nota prot. N. 21986, giacente agli atti, il Direttore Generale, nelle more di analizzare, monitorare e verificare i dati delle attività erogate dalle UU.OO. aziendali, ha convocato ed incontrato, secondo calendario allegato alla medesima nota, i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle U.O.C. e i Responsabili delle U.O.S.D. dell'area sanitaria;
- che i contenuti dei suddetti incontri sono stati riportati nei rispettivi verbali, giacenti agli atti, redatti contestualmente e successivamente trasmessi ai relativi Direttori di Dipartimento, in allegato alle note di seguito riportate:

DIPARTIMENTO	DATA INCONTRO	PROTOCOLLO VERBALE
ONCOLOGICO	20/07/2020	N. 24096/I DEL 07/08/2020
SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	21/07/2020	N. 24092/I DEL 07/08/2020
SERVIZI SANITARI	21/07/2020	N. 24095/I DEL 07/08/2020
CARDIOVASCOLARE	22/07/2020	N. 24097/I DEL 07/08/2020
EMERGENZA E URGENZA	22/07/2020	N. 24075/I DEL 07/08/2020
SCIENZE MEDICHE	23/07/2020	N. 24084/I DEL 07/08/2020
SCIENZE CHIRURGICHE	23/07/2020	N. 24089/I DEL 07/08/2020

Rilevato

- che, in particolare, negli incontri è ammessa dalla gran parte dei Direttori e dei Responsabili la richiesta di riformulare gli obiettivi, non essendo stato possibile perseguire quelli precedentemente assegnati a causa dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19, circostanza di cui occorre prendere atto;
- che, a seguito degli incontri suddetti ed in conformità a quanto previsto dalla deliberazione del C.S.
 403/2020 e alle indicazioni dell'O.I.V., sono state rimodulate le schede di rilevazione, i relativi obiettivi/indicatori ed i risultati attesi/pesi;
- che con email del 14/08/2020, sono stati trasmesse all'OIV le schede obiettivi/indicatori rimodulate come sopra descritto;
- che con email del 20/08/2020, l'OIV ha preso atto favorevolmente delle nuove schede riformulate sia tenendo conto dell'emergenza COVID-19, sia dei nuovi obiettivi assegnati con Deliberazione di Giunta Regionale della Campania n.274 del 03/06/2020;
- che le medesime schede allegate alla presente deliberazione, nel corso dell'incontro tenutosi in data 17/09/2020, sono state sottoscritte, per accettazione e condivisione, dai rispettivi Direttori dei Dipartimenti e delle UU.OO. interessate, nonché dai Responsabili delle UU.OO.SS.DD.;

Precisato

- che in attuazione della normativa vigente come sopra richiamata, corre l'obbligo per l'Azienda di dare piena informazione a mezzo diffusione del Piano in apposita sezione del proprio sito istituzionale denominato "Amministrazione trasparente", ai fini della sua consultazione da parte dei portatori di interesse interni ed esterni;



- che il Piano della Performance 2020-2022 si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente, nonché col Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;

Ritenuto

- di prendere atto dell'esigenza rappresentata dalla gran parte dei Direttori e dei Responsabili di riformulare gli obiettivi, non essendo stato possibile perseguire quelli precedentemente assegnati a causa dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19;
- di procedere, per quanto sopra descritto, alla rimodulazione e contestuale adozione degli obiettivi operativi di struttura per il 2020, questi ultimi allegati alla presente quale parte integrante e sostanziale del presente atto;

Attestata

la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

- 1. di prendere atto dell'esigenza rappresentata dalla gran parte dei Direttori e dei Responsabili di riformulare gli obiettivi, non essendo stato possibile perseguire quelli precedentemente assegnati a causa dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19;
- 2. di confermare l'adozione del Piano della Performance, già adottato con deliberazione C.S. 403/2020 e, nel contempo, procedere alla rimodulazione delle schede di rilevazione comprensive dei rispettivi obiettivi/indicatori e dei risultati attesi/pesi relative ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori delle U.O.C. e ai Responsabili delle U.O.S.D. sanitarie che, a seguito degli incontri tenutisi sull'argomento, hanno condiviso e sottoscritto le medesime che si allegano alla presente deliberazione per formarne parte integrante e sostanziale;
- 3. di dare atto che il Piano di cui innanzi rappresenta un documento di programmazione triennale a scorrimento, suscettibile di eventuali integrazioni o rimodulazioni derivanti da mutate condizioni del contesto aziendale e sanitarie e/o da indicazioni normative regionali o nazionali;
- 4. di precisare che il Piano *de quo* si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- 5. di trasmettere copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dott. Eduardo Chianese, per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori dei Dipartimenti sanitari amministrativi con delega alla notifica del presente atto a tutti i direttori UU.OO.CC. e responsabili UU.OO.SS.DD che a loro volta notificheranno al personale della dirigenza e del comparto afferente ai servizi diretti;
- 6. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione degli obiettivi da conseguire;



IL DIRETTORE U.O.C. APPROPRIATEZZA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITA' E PERFORMANCE Dott. Tommaso Sgueglia

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020 insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto:

- 1. di prendere atto dell'esigenza rappresentata dalla gran parte dei Direttori e dei Responsabili di riformulare gli obiettivi, non essendo stato possibile perseguire quelli precedentemente assegnati a causa dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19;
- 2. di confermare l'adozione del Piano della Performance, già adottato con deliberazione C.S. 403/2020 e, nel contempo, procedere alla rimodulazione delle schede di rilevazione comprensive dei rispettivi obiettivi/indicatori e dei risultati attesi/pesi relative ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori delle U.O.C. e ai Responsabili delle U.O.S.D. sanitarie che, a seguito degli incontri tenutisi sull'argomento, hanno condiviso e sottoscritto le medesime che si allegano alla presente deliberazione per formarne parte integrante e sostanziale;
- 3. di dare atto che il Piano di cui innanzi rappresenta un documento di programmazione triennale a scorrimento, suscettibile di eventuali integrazioni o rimodulazioni derivanti da mutate condizioni del contesto aziendale e sanitarie e/o da indicazioni normative regionali o nazionali;
- 4. di precisare che il Piano *de quo* si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- 5. di trasmettere copia del presente atto:

Deliberazione del Direttore Generale



- al Collegio Sindacale;
- al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dott. Eduardo Chianese, per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
- ai Direttori dei Dipartimenti sanitari amministrativi con delega alla notifica del presente atto a tutti i direttori UU.OO.CC. e responsabili UU.OO.SS.DD che a loro volta notificheranno al personale della dirigenza e del comparto afferente ai servizi diretti;
- 6. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione degli obiettivi da conseguire.

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE



RIFORMULAZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE

Direttore : Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	Media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	2020	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Archiviazione Cartelle cliniche relative alle UU OO CC afferenti al dipartimento	Rispettare i tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	Tutte le iniziative utili a consentire il rispetto dei tempi di archiviazione delle Cartelle cliniche . Report mensile relativo alle UU.OO.CC. Di pertinenza dell'avvenuta archiviazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi e relativo elenco delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma non ancora archiviate con indicazione delle motivazioni	Tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	2020	100	12	Report mensile trasmesso alla UOC Appropriatezza da parte del Capodipartimento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Controllo della puntuale trasmissione delle SDO delle U.O.C. di competenza ; Corretta tenuta della documentazione sanitaria	Verifica corretta tempistica nella chiusura delle SDO	Flussi SDO	2020	100	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	10	Controlli a campione UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	8	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna al dipartimento	Incontri/Iniziative	Relazione iniziative interne realizzate	2020	100	5	Verbali degli incontri	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance.
	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	6	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	10	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance.
					PUNTEGGI	о мах	75		2

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e yalutativa, Formazione, Qualità e Performance

dott.ssa Angela Annecchiarico



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CARDIOCHIRURGIA

Direttore: Dott. Francesco Paolo Tritto

			Direttore : Dott. Francesco	Paolo Tritto					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	(>18anni) per complicazione a breve e lungo termine per diabete , per BPCO , per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione d regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento attività "Heart Team"	Attività del Gruppo di Lavoro Dipartimentale "Heart Team"	Produzione di un report trimestrale della attività del Gruppo di Lavoro Dipartimentale "Heart Team"	2020	100	5	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	0			II Directors della LLOC Appropriate Production Control of the Cont	PUNTEG	GIO MAX	75	,	
	Il Direttore della U.O.C.	Il Direttore Sanitario	Il Direttore Conerale	Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,		d-1.	/	/	

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, totti Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA CON UTIC

Direttore: Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	9	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	9	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100%	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
EFFICIENZA	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA		Attivazione ambulatorio per la diagnosi, il management e la terapia dello scompenso cardiaco cronico (rete cronicità)	Verifica attivazione	2020	100	8	Monitoraggio	U.O.C. O.P.S.O.S.
				'	PUNT	EGGIO MAX	75		J

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC

Direttore: Prof. Dott. Paolo Calabro'

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA; DCA 64_2018; PNE	Monitoraggio esiti PDTA IMA STEMI	Predisposizione di un sistema di monitoraggio degli indicatori di cui al SUB ALLEGATO 3 – RETE CARDIOLOGICA PER L' EMERGENZA – INDICATORI AGENAS	Presentazione del sistema di monitoraggio indicatori	2020	Elaborazione sistema di monitoraggio	12	Relazione	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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		Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario $(\le 0,21\%)$	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)		Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100%	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazio ne, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
EFFICIENZA	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Miglioramento follow -up del paziente	Produrre nuovo modello di lettera di dimissione con aggiornamento del profilo di rischio del pz e con chiara programmazione del Follow Up a breve e lungo termine, da condividere con UOC Cardiologia Clinica Universitaria con UTIC e con la UOSD Follow Up del paziente post acuto.	Relazione	2020	100	8	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	1		2		PUNTEG	GIO MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Direttore: Prof. Dott. Paolo Calabro'

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA	PDTA per percorso IMA STEMI	Identificazione dei processi, costituzione del Gruppo di Lavoro ed elaborazione dei PDTA con relativi indicatori	Sottomissione di PDTA	2020	Elaborazione PDTA	15	Relazione	
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA; DCA 64_2018; PNE	Monitoraggio esiti PDTA IMA STEMI	Predisposizione di un sistema di monitoraggio degli indicatori di cui al SUB ALLEGATO 3 – RETE CARDIOLOGICA PER L' EMERGENZA – INDICATORI AGENAS	Presentazione del sistema di monitoraggio indicatori	2020	Elaborazione sistema di monitoraggio	10	Relazione	U.O.C. Risk Management
FORMAZIONE	Attuazione dei percorsi formativi	Attività formativa interna alla U.O.C.	Incontri/Iniziative	Trasmissione relazioni iniziative interne realizzate	2020	100	15	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chidsula tempestiva 300	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	25	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
			^	10 W	PUNTEG	GIO MAX	75		

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE

Direttore : Prof. Dott. Eugenio Martelli

			Direttore : Prof. Dott. Eug	enio Marteili					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA		L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazi one, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	E 50	Attivazione dello Screening carotideo di tutti i pazienti cornonaropatici afferenti al Dipartimento	Verifica attivazione	2020	100	3	Monitoraggio	U.O.C. O.P.S.O.S.
					PUNTEGG	IO MA%	75		

Il Direttore dellaju.o.c.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Qualità e Performance



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE EMERGENZE CORONARICHE

Responsabile : Dott. Rocco Perrotta

	·		Responsabile : Dott. Rocco	Perrotta					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	25	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS Rif: AUDIT	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALITA' E SICUREZZA Rif: ATTIVITA' AZIENDALE	Adozione protocolli e procedure di cardiologia interventistica	Analizzare la casistica storia della UOSD e selezionare la procedura più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	15	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	EFFICIENZA AZIENDALE	Potenziamento dell'attività di diagnostica interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle procedure diagnostiche	Tempo di attesa tra visita ed effettuazione procedura	2020	Riduzione del 10% vs 2019	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/CUP	2020	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S
					PUNT	EGGIO MAX	75		

Il Direttore della ti:O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valufativa,Formazione, Qualità e Performance



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA

Responsabile : Dott. Miguel Viscusi

			Responsabile : Dott. Migu	ei viscusi					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
AREA DI CLINICAL	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE Rif: ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la casistica storia della UOSD e selezionare la patologia più frequente; elaborare procedura di gestione clinico assistenziale	- Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	15	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS Rif: AUDIT	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/CUP	2020	100	20	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S
					PU	INTEGGIO	75		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Seveglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. FOLLOW UP DEL PAZIENTE POST ACUTO Responsabile: Dott. Carmine Riccio

			Responsabile : Dott. Carmi	ne Riccio					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	20	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE Rif: ATTIVITA' AZIENDALE	Uniformare il modello e il modulo di lettera di dimissione	Proporre procedura e modulo per lettera di dimissione e condividerla con le UUOO di ricovero	Elaborazione procedura e letera	2020	Sottomissione della procedura e distribuzione format di lettera	15	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE Rif: ATTIVITA' AZIENDALE	Tempestività registro farmaci Piano terapeutico	Tempestività dei report	Cadenza report	2020	Semestrale	15	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	MANTENIIMENTO NELL'EROGAZIONE DEI LEA Rif: GRIGLIA LEA	Aumento livelli di sicurezza per paziente post acuto	Riduzioni tempi di effettuazione visite cardiologiche	tempi di attesa	2020	<2019	20	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	AIPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/CUP	2020	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S
					DIII	NTEGGIO	75	-	

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore della O.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Sgneglia



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

Direttore : Dott. Pasqualino De Marinis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	Media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	2020	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Archiviazione Cartelle cliniche relative alle UU OO CC afferenti al dipartimento	Rispettare i tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	Tutte le iniziative utili a consentire il rispetto dei tempi di archiviazione delle Cartelle cliniche. Report mensile relativo alle UU.OO.CC. Di pertinenza dell'avvenuta archiviazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi e relativo elenco delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma non ancora archiviate con indicazione delle motivazioni	Tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	2020	100	12	Report mensile trasmesso alla UO(Appropriatezza da parte del Capodipartimento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Controllo della puntuale trasmissione delle SDO delle U.O.C. di competenza ; Corretta tenuta della documentazione sanitaria	Verifica corretta tempistica nella chiusura delle SDO	Flussi SDO	2020	100	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	10	Controlli a campion UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	8	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna al dipartimento	Incontri/Iniziative	Trasmissione iniziative interne realizzate	2020	100	5	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	6	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	10	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
		Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e			PUNTEGGIO	MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e

valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI

Direttore: Dott. Alberto D'Agostino

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISI	REALIZZAZIONE MODELLO HUB&SPOKE (RETE TRAUMA) Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.3 LA RETE PER IL TRAUMA	Organizzazione dei requisiti propri del CTS (Centro Traumi d Alta Specializzazione) previsti dal POR	Predisposizione del pannello dei requisiti di cui al POR con indicazione di quelli da ottimizzare e formulazione cronoprogramma	Presentazione del cronoprogramma dei requisiti	2020	Elaborazione cronoprogra mma	5	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
MANAGEMENT	SICUREZZA DELLE CURE - ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in cui sia presente e debitamente compilata dall'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	2020	≥ 70%	9	Cartelle Cliniche da CSA; 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
*	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA		L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	15	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Trattamento non operatorio (TNO) Traumi chiusi addome - Attuazione TNO attraverso monitoraggio intensivo clinico strumentale	Attuazione TNO Traumi chiusi addome	Incremento 10% rispetto al 2019	2020	100%	10	CHANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	- Λ				PUNTEGGI	O MAX	75		

I Direttore della U.O.C.

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Direttore : Dott. Lucio Bucci

			Directore . Dott. Lucit	5 Bucci					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Trasmissione dati attività (Sale operatorie d'urgenza)	Inviare mensilmentee e sistematicamente il Flusso Informativo Sale Operatorie all'UOC U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Invio F.I.S.O Utilizzo SoWEB	2020	100% entro il 10° giorno del mese successivo	20	F.I.S.O. E DATA DI INVIO	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE - ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	Documenti prodotti e/o revisionati	Relazione	2020	2 documenti	10	documenti prodotti	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	22	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Ottimizzazione anestesisti	Gestione unificata turnistica degli anestesisti nelle sale operatorie ed in reparto e loro ottimizzazione	Relazione sul funzionamento delle sale operatorie	2020	100	20	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
			^	0	PUNTE	GGIO MAX	75		

Il birettore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Pirettore Generale

Il Direttore della O.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Eprmazione, Qualità e Performance

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PRONTO SOCCORSO)

Direttore : Dott. Diego Paternosto

			Direttore : Dott. Diego Pater	icsto					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI Rif: LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'OBI - BURC n. 40 del 26 Giugno 2012	Attraverso l'O.B.I. si mira ad ottenere un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, in genere non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede, o della dimissione. Si caratterizza per la possibilità di assicurare al paziente che afferisce al Pronto Soccorso e che presenta patologie ad alto grado di complessità e a basso grado di criticità un iter diagnostico-terapeutico completo ed erogato in tempi brevi con possibilità di accedere ad indagini diagnostico strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore; livello assistenziale e organizzativo tale da garantire visite, ammissioni e dimissioni tempestive; formalizzazione e regolamentazione espicita dell'attività (autorizzazione a ziendale, definizione del numero di Posti Letto di O.B.I., adocione di documenti, protocoli e linee guida comportamentali per la definizione del livelli di gravità e del percorsi diagnostico terapeutici conseguenti, ecc.); documentazione dell'attività (compilizzione di cartella clinica di O.B.I.), L'istituzione dell' O.B.I. mira a: evitare ricoveri ordinari non necessari o inappropriati fin dalla ammissione; assicurare condizioni di sicurezza per l'osservazione di casi non critici senza dover ricorrere al ricovero ordinario; evitare dimissioni improprie dal P.S.	Corretto utilizzo dell'O.B.I. - evitare ricoveri ordinari non necessari o inappropriati fin dalla ammissione assicurare condizioni di sicurezza per l'osservazione di casi non critici senza dover ricorrere al ricovero ordinario; - evitare dimissioni improprie dal P.S.	Almeno 2 visite mediche registrate in cartella (criterio obbligatorio); e almeno 1 tra i seguenti criteri: - necessità di terapia ev o ossigenoterapia per un problema acuto con successiva valutazione degli effetti della terapia; - necessità di monitoraggio di almeno 1 fra i seguenti parametri (almeno 3 rilievi successivi in cartella): Pressione Arteriosa, Frequenza Respiratoria, Frequenza Cardiaca, Glasgow Coma Scale, Saturazione 02, diuresi, alimentazione; - necessità di sedazione per procedura diagnostica o terapeutica. Al fine di una complessiva valutazione di appropriatezza dei ricoveri in OBI, almeno il 75% dei pazienti ricoverati dovrebbe essere dimesso entro le 24 ore.	2020	80% per ciascun indicatore	12	Relazione del Direttore di UOC	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Debiti informativi	Trasmissione dati EMUR	Continuità ,Completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi	Alimentare correttamente, completamente e e tempestivamente il flusso relativo all'Emergenza-Urgenza	2020	Numero di campi non correttamente/comple tamente alimentati; tempistica non rispettata	9	Segnalazioni da parte della Regione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA DI EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO.	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri STP e TESSERA TEAM	Ottenere, all'atto del ricovero o accesso al P.S. copia del documeno di identità e della tessera sanitaria del paziente, inclusi quelli degli stranieri (TESSERA TEAM) del Paesi della UE, Spazio Economico Europeo, Svizzera e Regno Unito, al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso (D.C.A. N.38/2018)	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, copia del documento di identità e della tessera sanitaria o TEAM.Verbale del TRIAGE di PS per i pazienti stranieri dei Paesi della UE, Spazio Economico Europeo, Svizzera e Regno Unito, Corretta compilazione della sezione anagrafica del programma FIRSTAD dati TEAM	2020	80%	6	Controlli a campione su cartelle	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiología clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del 10%del ricoveri ordinari in età adulta(2.18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BPCO,per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente]/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente]*100	2020	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Rapporto tra ricoveri attribulti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	s 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	QUANI
EFFICIENZA	soo	Consegna SDO Ric, ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e il.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	Relazione	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Accoglienza utenti/ricoverati e familiari	Miglioramento dell'informazione ad utenza e familiari - Incontri periodici con il personale	Relazioni della UOC(almeno una entro fine anno)	2020	Relazioni	6	Relazioni	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	/				PUNT	EGGIO MAX	75		



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. NEUROCHIRURGIA

Direttore : Dott. Pasqualino De Marinis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBJETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num, ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'Individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Arnbulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiología clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	4	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	spo	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)		Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e li.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazion e, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	IMPLEMENTAZIONE DEI CASI DI NEURONCOLOGIA ANCHE MEDIANTE L'IMPIEGO DEI TRACCIANTI NEOPLASTICI (ACIDO 5 - AMMINOLEVULINICO)	Tutte le attività necessarie ad attuare l'implementazione	Relazione sull'argomento	2020	100	5	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
			//		PUNTEGG	IO MAX	75		

Il Direttora della U.O.C.

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazion

Qualità e Performanch dott. Tommaso Sguegila Il Capo Dipartiment



RESTONE CAMPANIA ADININ OSTINAUSA U RILEVO NADOHALEC II ALIA STIGAUZZADONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERTA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Direttore : Dott. Gaetano Bruno

							DECO		
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del 10%del ricoveri ordinari in età adulta(≥ 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraversc l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione del ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (\$\infty\$0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualita e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario) (260%)	Interventi eseguiti entro ≤ 2 GG	Pazienti ricoverati con diagnosi di frattura del collo del femore (età 65+)	2020	(≥60%)	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualită e Performance
OBJETTIVILEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento del ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiología clinica e valutativa,Formazione, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale del casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	4	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	500	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione di un ambulatorio dedicato alla fragilità ossea (arruolamento del pazientì a rischio di fratture da fragilità)	Attivare un ambulatorio (1 g. a settimana) dedicato al trattamento ed al follow-up di tali pazienti con il coinvolgimento di altri specialisti dell'Azlenda quali l'endocrinologo, il nefrologo, il senologo, il neurochirurgo, il reumatologo internista ed il fisiatra per le loro specifiche competenze	Report attività CUP - Relazione UOC	2020	100		Dati CUP e relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
			1	Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza. Epidemiologia clinica e valutativa. Formazione	PUNTEGO	SIO MAX	75	0	-



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D.COORDINAMENTO TRAUMA CENTER

Responsabile : Dott. Donato Sciano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK	Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)-	PDTA per Traumi	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro per Traumi e all' elaborazione dei PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Sottomis sione di almeno 1 PDTA	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - AUDIT-	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Rete Trauma, PDTA)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e
	I ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	20	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	ATTIVITA' SPECIFICA - TRAUMI -	REPORT	Registrazione interventi	Trasmissione foglio excel	2020	100	25	Relazione del Direttore di Dipartimento	Dipartimento DEA
					PUNTEG	GIO	75		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,
Qualità e Performance



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. SALE OPERATORIE

Responsabile : Dott. ssa Concetta Gallo

	Y		Responsabile : Dott. ssa Co	incerta Gallo					A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK	SICUREZZA DELLE CURE - ADEMPIMENTO LEA -	Check List di sala operatoria	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in cui sia presente e debitamente compilata dall'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	2020	≥ 70%	12	Cartelle Cliniche da CSA; 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management
MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - AUDIT -	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	5	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Utilizzo SoWeb (gestionale di Sala Operatoria)	Utilizzare sistematicamente SoWeb per tutti gli interventi chirurgici, favorendo il caricamento dati da parte del personale medico e infermieristico	N. interventi chirurgici (non urgenti) completati su SoWeb (proposta - ok anestesiologico - verbale operatorio)/N. interventi chirurgici effettuati (non urgenti)	2020	30%	13	QUANI/SoWEB	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICIENZA	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE - MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - NUOVO FLUSSO F.I.S.O		Ridurre le inefficienze da mancato utilizzo della sala operatoria derivanti da "tempi morti"	N. ore di utilizzo/ore disponibili*100; N. pazienti inseriti in lista (proposta intervento)/ n. pazienti operati*100	2020	85%	15	QUANI/SoWEB	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Trasmissione dati attività (Sale operatorie d'urgenza)	Inviare tempestivamente e sistematicamente il Flusso Informativo Sale Operatorie all'UOC U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Invio F.I.S.O Utilizzo SoWEB	2020	95% entro il 10° giorno del mese successivo	15	F.I.S.O. /SoWEB	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Ottimizzazione anestesisti	Gestione unificata turnistica degli anestesisti nelle sale operatorie e loro ottimizzazione	Relazione sul funzionamento delle sale operatorie	2020	100	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
					PUNTEC	GGIO	75	ic .	

Il Direttore della U.O.S.D.

ConcetteGel

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Qualità e Performance



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

Direttore : Dott. Ferdinando Salzano de Luna

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	Media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	2020	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Archiviazione Cartelle cliniche relative alle UU OO CC afferenti al dipartimento	Rispettare i tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	Tutte le iniziative utili a consentire il rispetto dei tempi di archiviazione delle Cartelle cliniche . Report mensile relativo alle UU.OO.CC. Di pertinenza dell'avvenuta archiviazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi e relativo elenco delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma non ancora archiviate con indicazione delle motivazioni	Tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	2020	100	12	Report mensile trasmesso alla UOC Appropriatezza da parte del Capodipartimento	valutativa, Formazione, Qualità e
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Controllo della puntuale trasmissione delle SDO e corretta compilazione; Corretta tenuta della documentazione sanitaria	Verifica corretta tempistica nella chiusura delle SDO	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	2020	Entro 10 giorni dalla dimission e del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	10	Controlli a campione UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	8	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna al dipartimento	Incontri/Iniziative	Relazione iniziative interne realizzate	2020	100	5	Verbali degli incontri	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
3	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	6	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	10	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
		Il Direttors della II-O C. Agazonsistanas Faidentislasia divisa			PUNTEGGIO	MAX	75		

Il Direttore della-U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

X Il Capo Dipartimento

DIOPAINE

REGIONE CAMPANIA AZIONDA OFFIDAUDA, DE RUINO NAZIONALE DE ÁLIA SPEÇALUZAZIONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERIA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA Direttore : Dott. Ferdinando Salzano De Luna

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazion non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Reference Liste o Atlesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (\$\infty\$ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto pei la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	4	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel brevemedio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno(>10%)	Colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	Ricoveri in day surgery e ricoveri ordinari 0/1 giorno per Colecistectomie laparoscopiche	2020	>10%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Proporzione di colecistectomiee laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2020	< 3GG	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	3	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150(10% tolleranza) interventi annui	Interventi annui per tumore maligno della mammella	Interventi annui per tumore maligno della mammella	2020	10%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	2	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	spo	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)		Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione Chirurgia Tiroidea	Attivazione percorso per la Chirurgia Tiroidea	Relazione	2020	100	3	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	N	0000007		Il Directore della II O.C. Africariatana Enidemiologia dinica austrazione Escansiane	PUNTE	SGIO MAX	75		



REGIONE CAMPANIA, ABUNDA OSPOIAUERA DI RIUNG NADOKALEEDI ALIA SEGAUZZADONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERVA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

Direttore : Dott. Franco Peluso

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	6	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione del ricoveri DH diagnostici attraverso l'Individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
10	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (\leq 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)		Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmission e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA		Incrementare l'attività chirurgica ambulatoriale attraverso l'attivazione di PACC chirurgici	Dati CUP	2020	Confronto dati CUP	4	DATI CUP	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Miller			0	PUNTEGGI	O MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. appropriatezza, Epidemiologia clinica e valut Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE

Direttore: Dott. Salvatore Massa

	7		Direttore : Dott. Salv	atore Massa					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	6	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Trasmissione dati attività	Inviare mensilmentee e sistematicamente il Flusso Informativo Sale Operatorie all'UOC U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Invio F.I.S.O Utilizzo SoWEB	2020	100% entro il 10° giorno del mese successivo	6	F.I.S.O. E DATA DI INVIO	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (\leq 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno(>10%)	Colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	Ricoveri in day surgery e ricoveri ordinari 0/1 giorno per Colecistectomie laparoscopiche	2020	>10%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Proporzione di colecistectomiee laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2020	100%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	1937 N N N N N N N N N N N N N N N N N N N	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	protocolli terapeutici per dimissione precoce delle	Tutte le azioni ed i protocolli necessari ad attuare le implementazioni elencate senza incremento di utilizzo di risorse umane, tecnologiche ed economiche già in affidamento.	Relazioni e report	2020	100 MAX	7	QUANI	
	6				PUNTEGO	SIO MAX	75	I	

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazion

Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore : Dott. Marco Manola

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0.21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Migliorare il trattamento dei pazienti con carcinoma della laringe	Incrementare il numero di pazienti con carcinoma della laringe valutati dal gruppo multidisciplinare di chirurgia testa collo	Relazione sull'argomento	2020	100	2	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
					PUNTEGG	ю мах	75		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale Gaetane Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazi Qualità e Performance dott, Tommaso. Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. UROLOGIA

Direttore ff . Dott Carmine Santonastass	0.50

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa		
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
EFFICIENZA	SDO		Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT	
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Ulteriore riduzione dei tempi di attesa delle sedute di uretrocistoscopia	Incremento di una seduta settimanale ambulatoriale	Relazione sull'argomento	2020	Riduzione liste d'attesa	2	QUANI/CUP	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance	
			0	<i>p</i>	PU	I NTEGGIO NAX	75		1	

Directore della J.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia dinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

Responsabile : Dott. Antonio Iannucci

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE - ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	Relazione	2020	1 documento	10	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno(>10%)	Colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	Ricoveri in day surgery e ricoveri ordinari 0/1 giorno per Colecistectomie laparoscopiche	2020	>10%	25	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei I FΔ	Proporzione di colecistectomiee laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2020	100%	25	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100%	15	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
				0	PUNTE	GGIP	75		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

l Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clipica e valutativa, Formazione

Qualità e Performance



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. OCULISTICA

Responsabile : Dott. Attilio Michele Varricchio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
	ATTIVITA'- PACC E PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E PACC > ANNO PRECEDENTE	INCREMENTO DELL'ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E PACC	DATI CUP	2020	MAGGIORE ANNO PRECEDENTE	6	DATI CUP	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (< 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri	Incremento attività DS/Ch. Ambulatoriale PACC Chirurgici	Relazione/Report	2020	100	4	QUANI/CUP	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
						SIO MAX	75		

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,
Qualità e Performance

dott. Tommaso Squeglia



REGIONE CAMPANIA ARENDA OSPEDALIFBA DE RUIFUZ NARONALE E DE ALIA SPECIALITIAZIONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERTA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. SENOLOGIA

Responsabile : Dott. Gianpaolo Pitruzzella

			Responsabile : Dott. Gianpaolo P	iti uzzella					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE - ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	Relazione	2020	100	10	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza interventi annui)	Interventi annui per tumore maligno della mammella	SDO	2020	QUANI	15	Verbali	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENZA	Trasmissione report attività chirurgiche	Report di attività	INVIO REPORT TRIMESTRALI	2020	QUANI	15	Report trimestrali	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100%	15	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
EFFICIENZA	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVO SPECIFICO DELLA U.O.	Potenziamento numero visite/esami mammografici all'interno dell'Azienda	Report dele azioni attuate e dei risultati conseguiti per il raggiungimento dell'obiettivo	Report/Relazione	2020	Potenziamento	10	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
					PUNT	EGGIO	75		

Il/Dipettore della U.O.S.D.

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore: Dott. Giovanni Pietro Ianniello

AREA OBIETTIVO	OBEIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA (ad esclusione dei punti riguardanti :Riduzione degli accessi di tipo medico per gli ACCESSI DEL DRG 410 e i Ricoveri Ripetuti per la stessa MDC)	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	2020	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Archiviazione Cartelle cliniche relative alle UU OO CC afferenti al dipartimento	Rispettare i tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	Tutte le iniziative utili a consentire il rispetto dei tempi di archiviazione delle Cartelle cliniche . Report mensile relativo alle UU.OO.CC. Di pertinenza dell'avvenuta archiviazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi e relativo elenco delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma non ancora archiviate con indicazione delle motivazioni	Tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	2020	100	12	Report mensile trasmesso alla UOC Appropriatezza da parte del Capodipartimento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Controllo della puntuale trasmissione delle SDO delle U.O.C. di competenza ; Corretta tenuta della documentazione sanitaria	Verifica corretta tempistica nella chiusura delle SDO	Flussi SDO	2020	100	16	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	and the second s	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	10	Controlli a campione UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	5	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna al dipartimento	Incontri/Iniziative	Relazione iniziative interne realizzate	2020	100	4	Verbali degli incontri	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
	I Kazionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	6	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	10	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
		Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e	0		PUNTEGGIO) MAX	75	2/1	000/

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa; Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Seneria

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario

capo binatimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. EMATOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

		•	Direttore : Dott. Ferdi	nando Frigeri					
AREA OBIETTIVO	OBEIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	"Mantenimento nell'erogazione dei LEA" Rif: GRIGLIA LEA	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	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	≤ 4 GIORNI	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Governo delle Liste d'Attesa - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	8	Report	U.O.C. O.P.S.O.S.
	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico(≤25%) ESCLUSI GLI ACCESSI DEL DRG 410 (PER CHEMIOTERAPIE)	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con	2020	≤ 5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	4	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione , Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI		razionalizzadell'offerta	- Attivazione di un Ambulatorio dedicato alla prescrizione dei LIT (AIFA/SANIARP); - Redazione di un PDTA per i Linfomi; - Attivazione di un PACC per le terapie marziali per i pazienti non oncologici	- Attivazione Ambulatorio - Realizzazione PDTA - Attivazione PACC	2020	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
	\sim $^{\circ}$		0		PUNTEGO	SIO MAX	75	/	

Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

ropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formaz Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA

Direttore : Dott. Giovanni Pietro Ianniello

			Direttore : Dott. Giovanni P	rietro lanniello					12-22
AREA OBIETTIVO	OBEIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100%	9	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno preceden te	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico(≤25%) ESCLUSI GLI ACCESSI DEL DRG 410 (PER CHEMIOTERAPIE)	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno preceden te	9	QUANI	valutativa,Formazione, Qualità Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario $(\le 0,21\%)$	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione d regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non i inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	5	Relazione	
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissi one SDO entro 10 giorni dalla dimission e del paziente	10	QUANI	U.O.C. O.P.S.O.S.
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) e dei relativi PDTA	- GOM Neoplasie Mammarie; - GOM Neoplasie Ginecologiche; - GOM Neoplasie Gastroenteriche; - GOM Neoplasie Testa Collo; - GOM Epatocarcinoma; - GOM Neoplasie Polmonari; - GOM Neoplasie Sistema Nervoso.	PDTA	2020	100	6	PDTA	RPCI
	2000-51				PUNTEGGIO	MAX	75		

Il Diversore della 16.0.0.

Il Direttore Sanitario dott.ssa Angela Annecchi Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qgalità e Performance

II Cape Dipartingento



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

-Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

Direttore: Dott. Vincenzo Andreone

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	Media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	2020	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Archiviazione Cartelle cliniche relative alle UU OO CC afferenti al dipartimento	Rispettare i tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	Tutte le iniziative utili a consentire il rispetto dei tempi di archiviazione delle Cartelle cliniche. Report mensile relativo alle UU.OO.CC. Di pertinenza dell'avvenuta archiviazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi e relativo elenco delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma non ancora archiviate con indicazione delle motivazioni	Tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	2020	100	12	Report mensile trasmesso alla UOC Appropriatezza da parte del Capodipartimento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Controllo della puntuale trasmissione delle SDO delle U.O.C. di competenza ; Corretta tenuta della documentazione sanitaria	Verifica corretta tempistica nella chiusura delle SDO	Flussi SDO	2020	100	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	10	Controlli a campione UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	8	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna al dipartimento	Incontri/Iniziative	Relazione iniziative interne realizzate	2020	100	5	Verbali degli incontri	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	6	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	10	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
		Il Direttore della LLO C. Appropriatezza. Epidemiologia clinica e	Δ		PUNTEGGIO	MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Squeglia

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. GASTROENTEROLOGIA

Direttore : Prof. Dott. Rosario Cuomo

Continue to the continue of	AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBJETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	200000000000000000000000000000000000000
SOUTH DETECT PATE PATE PATE PATE PATE PATE PATE PAT	-0.00000000	Control of Association and Control of the Control o	Indice di performances tempi di attesa ricoveri		il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazior	2020	100	9	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
Machinesge on effective and complement of these in large protections of approximation of ap	APPROPRIATEZZA			Rispettare i tempi di attesa		2020	100	9	monitoragg o sui tempi	
Monitoragio nell'arequisione del LL Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione del faccione degli excessi di spo medico (2-25) (A) Districtione		Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per	l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio,	anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCC e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con	2020		9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
Monitorage on ell'eregazione del LEA CORETTYI IEA CORETT		Monitoraggio nell'erogazione dei LEA			DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con	2020	anno	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e
DELITIVI LEA Monitoragio nell'erogazione dei LE		Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	ESCLUSIONE DEGLI ACCESSI DEL SATTE.		DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno	2020	rispetto all'anno	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e
Monitoraggio nell'erogazione dei LEA Prizentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenta odine soglia negli antiani (5/5) Monitoraggio nell'erogazione dei LEA Monitora	OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriarezza in regime ordinario	(all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione		2020	≤0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
Monitoraggio nell'erogazione dei LEA (Rif.3,7%) ALPI Monitoraggio delle attività ilbero professionale intramurarie Report Report Report Report Report Trasmissione entro ii 10 del mes successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti dimessi nel mese; le SDO (chiuse* e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere imerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione TRASPARENZA Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e iii. Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e iii. Attuazione del p. Lgs 33/2013 e ss. mm. e iii. Attuazione del p. Lgs 33/2013 e ss. mm. e iii. Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa e quantitativa e quantitativa degli esami con dati istologici Relazione sull'argomento 2020 100 8 Relazione VU.O.C. Appropriateza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione, Qual performance qualitativa e quantitativa degli esami con dati istologici clinica e valutativa, formazione, Qual performance qualitativa, formazione, Qual perform		Monitoraggio nell'erogazione dei LEA		una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
Report/Dati CUP Trasmissione entro ii 10 del mese successivo di un report riportante ii numero dei pazienti dimessi nel mese; je SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione Trasmissione entro ii 10 del mese successivo di un report riportante ii numero dei paziente del paziente Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione) Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione) Chiusura tempestiva SDO Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022 Dalle TITNI SPECIFICI POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa pazienti dimessi nel mese; je SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione del paziente Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. Attuazione del PTPCT POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa e quantit		Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	MDC	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente		2020	se i ricoveri avvengono	9	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
SDO Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione) Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dal		ALPI		Report	Report/Dati CUP	2020	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.5.
Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. Attuazione del PTPCT PTPCT 2020/2022 DEIETTIVI SPECIFICI PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii. Attuazione del PTPCT PTPCT 2020/2022 100 2 Relazione RPCT POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA della "Polipectomia Endoscopica del Colon" Monitoraggio quantitativo e qualitativo e qualitativo degli esami con dati istologici Relazione sull'argomento 2020/2022 100 2 Relazione Report sul pazienti trattati Performance V.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qual Performance	EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da	2020	e SDO entro 10 giorni dalla dimissione	15	QUANI	Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e
OBIETTIVI SPECIFICI PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA della "Polipectomia Endoscopica del Colon" Report sul pazienti della "Polipectomia Endoscopica del Colon" Monitoraggio quantitativo e qualitativo degli esami con dati istologici Relazione sull'argomento 2020 100 8 priorimance qualitativo e qualitativo	TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al		2020/2022	100	2	Relazione	RPCT
	OBIETTIVI SPECIFICI			Monitoraggio quantitativo e qualitativo degli esami con dati istologici	Relazione sull'argomento		1.000	8	pazienti	Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e

irettøre della U.O.

II Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa irettore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazio

Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia II Capo Dipart mento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. GERIATRIA

Direttore : Dott. ssa Gina Varricchio

	/	ricovero per la prevenzione malnutrizione ospedaliera							e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI		con particolare riguardo al pazienti over 65 anni in regime di	Attivazione di un PDTA	Report con dati attività	2020	100	3	Dati report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
EFFICIENZA	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
	Monitoraggio nell'erogazione del LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative al collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Rapporto tra ricoveri attribuíti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuíti a DRG non a rischio di inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'Individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	e Performance U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Quali e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente]/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente]*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Quali
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Quali e Performance
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	8	Report monitoragg o sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
			AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	RIFERIMENTO	TARGET 2020	OBIETTIVO %	DI VERIFICA	VERIFICA

Il Direttore della U.O. Appropriatezza, Epidenio Qualità e Perform dott Tommasos;



REGIONI: CAMPANIA AJEHDA OSPICADINA DI RINIVO NABONALEGII ALTA SPECAUZZABONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASLRTA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI A DIREZIONE UNIVERSITARIA Direttore: Prof. Dott. Paolo Maggi

	1	1	Direttore : Prof. Dott. Pa	olo Maggi					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVE	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif. DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazion non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	8	Report monitoraggi sui tempi di attesa	1
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	1 6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).SONO ESCLUSI GLI ACCESSI DEI PAZIENTI HIV	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione d regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmission e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazi one, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	GESTIONE DELLE CO-MORBILITA' IN HIV	Ambulatorio Ge-Co	Prestazioni erogate	2020	Report	3	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance

Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



REGIONE CAMPANIA AZENDA OSFEBAUSAN DE RUEVO NAGDINAES DE ALIA SEGUALIZATIONE: "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERTA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. MEDICINA INTERNA

Direttore: Dott. ssa Anna Gargiulo

	T		Direttore : Dott. ssa An	na Gargiulo					
AREA OBIETTIVO	OBJETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	8	Report monitoragg o sui tempi di attesa	
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attravers l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente//Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Quali e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (s 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoverì DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Quali e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Rapporto tra ricoveri attribulti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribulti a DRG non a rischio di inappropriarezza ir regime ordinario (< 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di Inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'Indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	spo.	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	Report	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI		Incentivazione ambulatorio malattie immuno - immediate - reumatologiche (Capillaroscopie)	Incremento prestazioni	Report	2020	Report	4	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti e Performance
		Ambulatorio con Team Specialistico dedicato al piede diabetico con nuove teconologie	Incremento prestazioni	Report	2020	Report	4	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	A				PUNTEGGI	O MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Forn Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



REGIONE CAMPANIA AZINDA OS PIDAUERA DI RIDEO NABODIALE DE ASTA SPLOAUZIABONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERTA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

		T	Direttore : Dott. Domeni	co Caserta					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato, il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	8	Report monitoragg o sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno preceden te	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno preceden te	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%). SONO ESCLUSI I PAZIENTI TRAPIANTATI E TRAPIANTANDI DI RENE	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno preceden te	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soppetti con	2020	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazlone, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengo no in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualită e Performance
	I ALPI I	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)		Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmissi one SDO entro 10 glorni dalla dimission e del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Accessi venosi permanenti	Attivazione procedure per accessi venosi permanenti - Pianificazione liste operatorie	Relazione/Report	2020	100	3 (Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
	^				PUNTEGGIO N				

II Direttore della U.O.C.

II Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

4

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clipica e valutativa, Form Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia

utativa, Formazione,

l Capo Dipartimento



REGIONE CAMPANIA ABUNDA OSSUBAUDA DI BIUSVO NADONALEE DI ALIA SPECAUZZAZONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERTA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. NEUROLOGIA

Direttore : Dott. Vincenzo Andreone

			Directore : Dott. Ville	Cite 7 indicone					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazion non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	8	Report monitoragg o sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa i
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (\$\subsection 0.21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	spo	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)		Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmission e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI			Incremento attività per trattamento dell'Emicrania con particolare riguardo anticorpi monoclonari	Report/Dati CUP	2020	100	3		U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità d Performance
	1 / 1/2				PUNTEGGIO	MAX	75		

REGIONE CAMPANIA ABENDA OSPIDALIDA DI RILLEVO NABONALEE III ALIA SPECIALIZZABONE "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" CASERIA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA Direttore : Prof. Dott. Antonio Ponticiello

			Direttore : Prof. Dott. An	tonio Ponticiello					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del 10%dei ricoveri ordinari in età adulta(2 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BPCO,per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	2020	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualii Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'Individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	Performance U.O.C. Appropriatezza, Epidemiología clinica e valutativa, Formazione, Qualit Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (50,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione d regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altiri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2020	≤ 5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiología clínica e valutativa, Formazione, Qualità Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualită Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmission e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazio ne, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI		Diagnostica delle apnee notturne e della sindrome da poventilazione/obesità	Attività ambulatoriale e ricoveri (ordinari e DH)	SDO e dati CUP	2020	100	5	SDO e relazioni UOC	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità Performance
	1 0		//		PUNTEGGIO	MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazi
Qualità e Performance
dott. Tommaso Saueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. DERMATOLOGIA E MALATTIE VENEREE

Responsabile : Dott. Vincenzo Claudi Battarra

			nesponsabile . Dott. vilice	TIZO CIAUUI BALLATTA					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la casistica storia della UOSD e selezionare la patologia più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2020	100	15	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA		Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	35	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	Direzione Sanitaria - Referent Liste d'Attesa
EFFICIENZA OTTIMIZZAZIONE	UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Riduzione tempi per consulenze interne	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti	Tempo intercorso tra richiesta ed esecuzione consulenza	2020	≤ 48h	25	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
			^	Λ	PUNTEG	GIO	75		1 CHOIMAICE

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e va utativa,Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D.ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE

Responsabile : Dott. Mario Parillo

			Responsabile : Dott. Mario i	armo					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA -	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la casistica storica della UOSD e selezionare la patologia più frequente; elaborare procedura di gestione clinico assistenziale	-Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	10	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA -	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	25	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziative	Trasmissione iniziative interne realizzate	2020	100	10	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA		*	Riduzione tempi	N. consulenze per altre UU .OO.	2020	Report Mensile	25	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
					PUNT	EGGIO	75		

Il Direttore Sanitario

Il Direttore de la J.O.C. Appropriatezza, Epidem ologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

II ¢apo Dipanimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI ASSISTENZA PER I TRAPIANTATI E I TRAPIANTANDI EPATICI (SATTE)

<u></u>			Responsa	oile : Dott.	ATICI (SATTE) <u></u>			
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA Rif: PRGLA	Assicurazione tempi di attesa per prima visita	Ridurre tempi di attesa per valutazione ambulatoriale per pazienti pre e post-trapianto	giorni di attesa tra prenotazione e appuntamento	2020	max 7 giorni	25	Relazione	DIREZIONE SANITARIA - LISTE D'ATTESA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA Rìf: DEBITI INFORMATIVI	report trapiantati	Rispettare i tempi di trasmissione dei report dei trapiantati e trapiantandi	report settimanali e report annuale con elenco dei trapiantati e trapiantandi con numero di accessi di day Hospital	2020	100	15	report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	20	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	CONTRACTOR AND SAME SAME BOARD CONTRACTOR
Obiettivi specifici	Obiettivo specifico di reparto	PDTA del trapianto del fegato	Coretta applicazione del PDTA - Registrazione analitica delle modalità di accesso degli utenti trapiantati	Relazione/Report finale	2020	100	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Λ			^	PUNTEGG	10	75		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. NEURORIABILITAZIONE E UNITA' SPINALE RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Responsabile : Dott. Michele Fusco

		<u> </u>	Responsabile : Dott. N	viichele rusco					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA -	"Mantenimento nell'erogazione dei LEA" Rif: GRIGLIA LEA	Piano Riabilitativo Individuale (PRI)	Tempestività nella formulazione del PRI	Tempi di elaborazione del PRI	2020	almeno pari vs 2019	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA		Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100%	25	Report monitoraggi o sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Miglioramento dell'efficienza	Consulenze per altre UU.OO -Rispettare i tempi	Tempestività nell'eseguire la consulenza	N. consulenze per altre UU .OO.	2020	Report Mensile	20		Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
Obiettivi specifici		Miglioramento del trattamento dei pazienti terminali, senza fissa dimora ed extracomunitari	Realizzazione del progetto "Dimissioni Difficili"	Relazioni/Report periodici	2020	100	15 75	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il Direttore della I/ O.S.D.

Il Direttore Sanitario

lott.ssa Angela Annecchiaric

rettore Generale

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, rormazione, Qualità e Performance

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. STROKE UNIT

Responsabile : Dott. Gioacchino Martusciello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS		Partecipazione alla predisposizione dei criteri e delle modalità di selezione da concordare con i centri Spoke di cui al POR	Presentazione dei criteri e delle modalità i selezione	2020	Criteri	25	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziative	Trasmissione iniziative interne realizzate	2020	100	15	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI		Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	100	35	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
					PUNTE	GGIO	75		

Il Direttore della v.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità effectormance

II Capp Dipartimer



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Direttore: Prof. Dott. Luigi Cobellis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	Media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	2020	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Archiviazione Cartelle cliniche relative alle UU OO CC afferenti al dipartimento	Rispettare i tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	Tutte le iniziative utili a consentire il rispetto dei tempi di archiviazione delle Cartelle cliniche . Report mensile relativo alle UU.OO.CC. Di pertinenza dell'avvenuta archiviazione delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi e relativo elenco delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi ma non ancora archiviate con indicazione delle motivazioni	Tempi di archiviazione delle cartelle cliniche	2020	100	10	Report mensile trasmesso alla UOC Appropriatezza da parte del Capodipartimento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Controllo della puntuale trasmissione delle SDO e corretta compilazione; Corretta tenuta della documentazione sanitaria	Verifica corretta tempistica nella chiusura delle SDO	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	2020	Entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	15	Controlli a campioni UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi - Schede ISTAT ; IVG; Aborti Spontanei	Report avvenuta trasmissione mensile	2020	Entro il 10 del mese successivo	10	Controlli a campioni UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	8	Controlli a campione UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	6	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	6	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	8	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
	L	Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza. Epidemiologia clinica e			PUNTEGG	IO MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa Formazione, Qualità e Performance



REGIONE CAMPANIA ABINDA OTPUDADEN E RENNO NAGIONIELE R ALIA SPECIALIZA "SANT'ANHA E SAN SEBASTIANO" CASETIA CASETIA

		ATTR	IBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. OSTETRICIA E Direttore : Prof. Dott. L						
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA RIf: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazion non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK	Gestione del Rischio Clinico ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 6	Per ciascun parto vanno compilat i gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 170/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIAGRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Numero di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilati gli allegati da 1 a 4	2020	≥ 70%	5	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
MANAGEMENT	Gestione del Rischio Clinico ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilat i gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILIA' PERMANENTE IN NEONATO SANO	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilate la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	2020	≥70%	5	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
	Monitoraggio nell'erogazione del LEA	Riduzione del Ricoveri diurni di tipo diagnostico (\$ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (± 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco del DRG ad alto rischio di Inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale parti cesarei primari (s 24%)	Riduzione dei tagli cesarel primari e aumento dei parti spontanei	(Num. dimissioni con parto cesareo primario/Num. dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo)*100	2020	<24%	5	INAUD	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualiti e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione del LEA	Percentuale del ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2020	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2020	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualită
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (s 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe escre volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative al collegamenti con la rete di offerta territoriale.	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età 265	2020	s 5%	4	QUANI	e Performance U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'îter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se l ricoveri avvengono in elezione	4	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	2	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SOO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	SDO entro 10 giorni dalla dimissione del	5	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	DEBITI INFORMATIVI E AMMINISTRATIVI	Schede di aborto spontaneo e schede IVG	Chiusura tempestiva SDO	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	2020	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	5		U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione dei PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 ai PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazion e, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Ambulatorio di gravidanza fisiologica a gestione del personale ostetrico	Attivazione ambulatorio	Attività ambulatoriale	2020	100	3	dati CUP	U.O.C. O.P.S.O.S.

Il Direttore della U.O.C.



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. PEDIATRIA

Direttore: Prof. Dott. Felice Nunziata

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	2020	Rispetto tempi di attesa	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2020	Rispetto tempi di attesa	10	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma , gastroenterite.	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	Riduzione 10%	10	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%).	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	2020	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti e Performance
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%).	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	2020	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualiti e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	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 inappropriarezza in regime ordinario (≤0,21%)	Verificare l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) - a rischio di non appropriatezza - e ridurre i ricoveri attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2020	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
a a	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	L'indicatore valuta la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2020	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
	ALPI	Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)		Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmission e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualit e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazi one, Trasparente" del sito internet	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento dell'attività ambulatoriale di Diabetologia ed Endocrinologia	Incremento di una seduta mensile dell'ambulatorio di Diabetologia ed Endocrinologia	Incremento attività ambulatoriale	2020	100	4	dati cup	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
					PUNTEGGI	O MAX	75		

II Direttore/della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Qualità e Performance

Qualità e Performance
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. T.I.N. E T.N.E. - NEONATOLOGIA II° LIVELLO

Direttore : Dott. ITALO Bernardo

AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT - Gestione de - ADEMPI									
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT - Rif: Piano Ospeda paragrafo 11.2.3 LA delle Terapie Inter 62 Gestione de - ADEMPI	A RETE di Neonatologia e Intensive Neonatali	Neonatali	Analisi della casistica storica e selezione della/e patologia/e più significativa/e per frequenza e/o rischiosità e/o variabilità	Sottomissione di PDTA	2020	Almeno un PDTA	12	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
- ADEMPI	ONE DEL MODELLO A RETE Neonatologica e i nti Nascita aliero Regionale (POR)- A RETE di Neonatologia e ensive Neonatali e DCA (2_2018	Sicurezza, qualità e tempestività nella rete STEN	Elaborazione di protocolli per traporto inter-secondario e per back tranport ai sensi del DCA 68_2018	Sottomissione del Protocollo	2020	Protocollo	12	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	del Rischio Clinico PIMENTO LEA -	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilat i gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILIA' PERMANENTE IN NEONATO SANO	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilate le check list di verifica e la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	2020	≥ 70%	10	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
		Monitoraggio delle attività libero professionale intramurarie	Report	Report/Dati CUP	2020	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 10 del mese successivo di un report riportante il numero dei pazienti dimessi nel mese ; le SDO "chiuse" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2020	Trasmission e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	18	QUANI	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA Attuazione del D. Lgs	is 33/2013 e ss. mm. e ii. ,	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazio ne, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCI
OBIETTIVI SPECIFICI POTENZIAMENTO - AT PRESTAZIONE SANITAI	-								

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott Tommaso Sgueglia

PUNTEGGIO MAX 75



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2020 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Direttore: Dott. Arnolfo Petruzziello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Azzeramento dei tempi di attesa/refertazioni per i pazienti ricoverati	Riduzione degenza media	Azzeramento tempi di attesa	Relazione e Report	2020	100	16	Relazioni	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Flussi informativi	Puntuale trasmissione dei flussi informativi delle UU OO di appartenenza e/o delle attività di competenza	Trasmissione Flussi	Report avvenuta trasmissione	2020	100	16	Controlli a campione UOC Appropriatezza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Verbale degli incontri	Numero e contenuto degli incontri	2020	100	8	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Formazione ed informazione	Attività formativa interna al dipartimento	Incontri/Iniziative	Relazione iniziative interne realizzate	2020	100	8	Verbali degli incontri	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	2020	100	8	Relazioni	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazion e, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Verifica obiettivi specifici UU.OO. di pertinenza	Monitorare e verificare le attività delle UU.OO.	Relazione su obiettivi specifici delle UU.OO. di pertinenza	2020	100	15	Relazione	U.O.C.Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.
					PUNTEGGIO	MAX	75		

Direttore della U.O.C. Appropriatezza Epidemiologia clinica valutativa,Formazione, Qualità e Performance

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore Sanitario dott.ssa Angela Annecchiarico Il Capo Dipartimer



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

Direttore : Dott. Pasquale Orabona

		*	Direttore : Dott. Pasquale C	rabolla			-		
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2020	Report Mensile	20	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Attività di formazione	Attività formativa interna alla U.O.	Incontri/Iniziative	Trasmissione iniziative interne realizzate	2020	100	9	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Riduzione tempi di refertazione	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti al fine di ridurre i tempi di degenza	Relazioni e Report	2020	Riduzione del 10%	16	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
ETTOLINE	EFFICIENZA - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Controllo sul riscontro dell'avvenuta 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	Elaborazione report di verifica sul ritiro delle prestazioni eseguite Al fine di consentire chiusura SDO	2020	1 documento	16	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Immunoistochimica della espressione della proteina p16 nelle lesioni del distretto anatomico testa-collo e ricerca di HPV con metodiche di Biologia molecolare	Attuare tutte le azioni necessarie per l'implementazione di tali metodiche	Relazione sull'argomento	2020	100	10	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	4				PUNTEGG	IO MAX	75		

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia

II Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Direttore: Dott. Luigi Manfredonia

			Direttore : Dott. Luigi Man	rredonia					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- DACTA 98_2017 E DACTA 19_018; DEL. AZIENDALE 176 2017	Partecipazione all'implementazione dei criteri di refertazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Condivisione con l'UOC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico, dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_17	Presentazione dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_18	2020	Adozione criteri di refertazion e standard per almeno	10	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA E QUALITA' Attività di interesse aziendale	Favorire il recupero di appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Identificare UOC e prestazioni a maggior rischio di non appropriatezza nell'indicazione dell'esame diagnostico. Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni con RMN istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	AUDIT	2020	almeno 1 AUDIT	8	Verbali	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2020	Report Mensile	20	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Incremento attività assistenziale	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti al fine di ridurre i tempi di degenza	Incremento numero prestazioni per pazienti interni	2020	> 10% vs 2019	20	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA		Attuare tutte le azioni necessarie per la promozione delle attività di diagnostica senologica	Relazione sull'argomento	2020	100	13	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
					PUNTEGGI	O MAX	75	I	

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

Direttore: Dott. Arnolfo Petruzziello

AREA OBIETTIVO	OBEIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI Attività di interesse aziendale	Assicurare continuità assistenziale post dimissione ai pazienti trattati presso reparti dell'AORN	Garantire i percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN attraverso agende di attività specifiche per tale target	Numero di prestazioni effettuate per outpatient post-dimissione	2020	>10% vs 2019	13	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
APPROPRIATEZZA	APPROPRIATEZZA E QUALITA' Attività di interesse aziendale	Favorire il recupero di appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Identificare UOC e prestazioni a maggior rischio di non appropriatezza nell'indicazione dell'esame diagnostico. Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di Biochimica Clinica istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	AUDIT	2020	almeno 2 AUDIT	8	Verbali	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2020	Report Mensile	20	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	APPROPRIATEZZA E QUALITA'- EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Riduzione tempi di refertazione	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti in Medicina d'Urgenza e in PS/OBI al fine di ridurre i tempi di degenza	Riduzione tempi di attesa	2020	> 10% vs 2019	20	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Introduzione della ricerca di biomarkers specifici per la diagnosi precoce della Sindrome di Alzheimer e di altre sindromi neurodegenerative	Attuare tutte le azioni necessarie per l'implementazione di tali metodiche	Relazione sull'argomento	2020	100	10	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
					PHNTEGG	IO MAX	75		10

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott Tommaso Squeglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

Direttore: Dott. ssa Sonia Anna Raimondi

			Direttore : Dott. ssa Sonia Ann	ta Namonai					
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
*	QUALITA' E SICUREZZA Rif: Regolamento COBUS	Uso appropriato di plasma ed emoderivati	Elaborazione e promozione presso le UUOO di protocolli per l'uso appropriato di plasma ed emoderivati	Produzione protocolli	2020	almeno 2 protocolli	10	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Quali e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA Rif: Regolamento COBUS	Avviare programmi di recupero sangue	Elaborazione Procedura Recupero Sangue	Produzione Procedura	2020	Procedura	10	Documento	U.O.C. O.P.S.O.S.
	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE RIF: DACTA 56_2017	Assicurazione degli adempimenti del Centro di Qualificazione Biologica per la Rete Campania Nord	Incrementare la qualità della partecipazione alla rete garantendo la tempestività delle risposte di qualificazione biologica nei tempi previsti	Tempo di refertazione	2020	max 12 ore nel 90% delle risposte	20	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Quali e Performance
EFFICIENZA	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE Rif: MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 8 agosto 2018 . Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2018.	Controllo dell'avvenuta restituzione sacche emocomponenti non trasfuse nelle more dell'implementazione del sistema di tracciabilità elettronica	Le sacche di sangue ed emocomponenti non trasfuse vanno restituite al SIT; se trasfuse vanno compilati i moduli di avvenuta trasfusione. Il SIT verifica che il 100% delle sacche sia stato utilizzato o trasfuso e produce un report trimestrale	Verifica - riepilogo	2020	almeno trimestrale	12	Report	U.O.C. O.P.S.O.S
	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE Rif: MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 8 agosto 2018 . Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2018.	Garantire la copertura del fabbisogno aziendale di sangue ed emocomponenti e partecipare al piano di autosufficienza territoriale e regionale	Potenziare le campagne di donazione tra i reparti dell'AORN	Aumento n. donazioni	2020	>10% vs 2019	12	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Quali e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento dell'ambulatorio dedicato alla rigenerazione tissutale	Attuare tutte le azioni necessarie per il potenziamento dell'ambulatorio	Relazione sull'argomento	2020	100	8	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qual e Performance
	/1		•		PUNTEGGI	O MAX	75		



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Responsabile : Dott. Giovanni Moggio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE ICTUS Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	PDTA per percorso ICTUS	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro ICTUS e all' elaborazione dei PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Almeno 1 PDTA su Ictus ischemic o	20	Documenti	U.O.C. Risk Management
AREA EFFICACIA E		Assicurare continuità assistenziale post dimissione ai pazienti trattati presso reparti dell'AORN	Garantire i percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN attraverso agende di attività specifiche per tale target	Numero di prestazioni effettuate per outpatient post-dimissione	2020	>10% vs 2019	15	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA Rif: DEBITO INFORMATIVO	REPORT ATTIVITA'	TRASMISSIONE MENSILE REPORT ATTIVITA' CON NUMERO DI CARTELLA CLINICA E UU.OO. A CUI E' STATO EROGATO IL SERVIZIO	TRASMISSIONE REPORT MENSILE	2020	100	25	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	APPROPRIATEZZA E QUALITA' Rif: Attività di interesse aziendale	Controlli di qualità	Effettuazione e documentazione sui controlli di qualità sulle procedure	Reportistica controlli	2020	almeno 1 report	15	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
					PUNTEGO	SIO	75		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore della U.O.C/Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione,



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE

Responsabile: Dott. ssa Maddalena Schioppa

AREA OBIETTIVO	OBEIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- DACTA 98_2017 E DACTA 19_2018; DEL. AZIENDALE 176_2018	Introduzione di attività di biologia molecolare oncologica	Condivisione con le UUOOCC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2020	1 per anno	12	Relazione su attivazione del test	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- DACTA 98_2017 E DACTA 19_018; DEL. AZIENDALE 176_2017	Partecipazione all'implementazione dei criteri di refertazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Condivisione con l'UOC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico, dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_17	Presentazione dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_18	2020	Adozione criteri di refertazione standard	11	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALIFICAZIONE AZIENDALE - QUALITA' SICUREZZA	Implementazione attività di biologia molecolare infettivologica	Condivisione con le UUOOCC di Malattie Infettive dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2020	1/anno	12	Relazione su attivazione del test	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FFFFFFN7A	EFFICIENZA - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Potenziamento dell'attività diagnostica	Aumentare la produttività e l'efficiente utilizzo delle apparecchiature di laboratorio	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni dei degenti in elezione	2020	Riduzione del 5% anno rispetto all'anno precedente	20	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	EFFICIENZA - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	report dati attività del n° prestazioni eseguite per UU.OO. interne	Report attività trimestrali delle prestazioni effettuate per le UU .OO. e per gli esterni	in report	2020	1 trimestre e 1 annuale	20	REPORT	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				\sim	DIINTE	GGIO	75		

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,
Qualità e Performance
dotti Topmaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. MICROBIOLOGIA

Responsabile : Dott. ssa Rita Greco

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020		STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	PARTECIPAZIONE NETWORK EUROPEO EURGen-NetCCRE_ECDC - Rif: NOTE REGIONALI	Partecipazione allo studio	Identificazione, caratterizzazione, conservazione e invio dei ceppi con determinati profili di resistenza	numero di determinazioni effettuate	2020	in linea con la progettualità europea	15	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	PARTECIPAZIONE PROGRAMMA REGIONALE DI GENOTIPIZZAZIONE TBC Rif: DECRETO N.470/2018 -	Partecipazione allo studio	Identificazione, conservazione e invio dei ceppi tubercolari	numero di determinazioni effettuate	2020	in linea con la progettualità regionale	15	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA (PNCAR) Rif: Sistema Regionale Antibiotico- Resistenza (SIREAR)	Partecipazione allo studio	Raccolta dati per il Sistema Regionale Antibiotico-Resistenza	% di caricamenti su piattaforma regionale effettuati nei tempi	2020	rispetto della tempistica regionale	10	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA (PNCAR) - IMPLEMENTAZIONE DIAGNOSTIC STEWARDSHIP -	Riduzione tempi di refertazione identificazione e	Potenziamento Laboratorio di Microbiologia; condivisione con le UUOOCC di Malattie Infettive e T.I. dei test prioritari da applicare su pazienti specifici	e Turn Around Time per pazienti target	2020	Riduzione TAT su pazienti target a 24/48h	15	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENZA EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Report dati attività del n° prestazioni eseguite per UU.OO. interne e per esterni	Elaborazione report sintetico delle attività effettuate a favore delle diverse UUOO e per esterni	n° report	2020 DIINT	1 per semestre 1 annuale	20	REPORT	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione,
Qualità e Performance,
dott. Tommaso Şgueglia

II Capo Dipartin



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.S.D. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Responsabile : Dott. ssa Margherita Agresti

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	D.Lgs 81_2008 Rif: SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	Documento di Valutazione dei rischi	Redazione e aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi (da esposizione ad agenti fisici acqua, rifiuti, parcheggi)	Proposta di Aggiornamento al DdL	2020	100	25	Documento	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico
AREA DI EFFICACIA E	TRIT' SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Regolamento aziendale per l'applicazione delle Norme contenute nel Decreto Legislativo 81/08 e s.m.i.	Sviluppare e diffondere apposite matrici di responsabilità per le varie articolazioni organizzative aziendali-	Distribuzione matrici ai servizi assistenziali	2020	Almeno 1	20	REPORT	U.O.C. Organizzazione e Programmazione
APPROPRIATEZZA	D.Lgs 81_2009 Rif: SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	Procedure di sicurezza	Redazione ed aggiornamento procedure di sicurezza aziendali	Procedure di sicurezza per le attività soggette a rischi normati	2020	Almeno 1 Procedure	15	Documenti	U.O.C. Organizzazione e Programmazione
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. prevenzione e controllo del rischio COVID 19)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	~ 1				PUNT	EGGIO	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



REGIONE CAMPANIA

AZENDA OSPEDAUERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIAUZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"

CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI 2020

- Settembre 2020 -

UU.00. DIREZIONE SANITARIA



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. MEDICINA LEGALE

Direttore : Dott. Carmine Lisi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
	Monitoraggio sinistrosità e certificazioni medico-legali	Valutazione sinistrosità. Contenzioso e certificazioni medico legale	Monitoraggio continuo sinistrosita e certificazioni medico-legali	Numero valutazioni effettuate /totale dei sinistri e del contenzioso e certificazioni medico legali	2020	90% di valutazioni/ totale	25	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
APPROPRIATEZZA	Attuazione di protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Medicina Legale	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Medicina Legale	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Medicina Legale nei tempi e con le modalità adeguate	Documenti prodotti e/o revisionati	2020	Istituzione e/o modificazioni di 2 documenti	20	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
	Attività di formazione Attività formativa interna alla U.O.	Incontri/Iniziative	Trasmissione iniziative interne realizzate	Documenti prodotti e/o revisionati	2020	100	15	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Razionalizzazione uso delle risorse - Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali	ladottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo. I	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	Relazione sull'argomento	2020	100	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	5	Relazione	RPCT

Il Director q della U.Q.C.

Il Direttore Sanitario

dott sea Angela Anneschiarics

) , II Direttore Generale

re Generale Valutativa

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

Direttore: Dott. Mario Massimo Mensorio

			^		PUNTEG	GIO MAX	75		
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	Relazione	3	Relazione	RPCT
	Valutazione della Performance	Monitoraggio indicatori per valutazione Performance	Trasmettere relazioni e report periodici di competenza alla U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Relazioni e report	2020	Report	20	Report periodici	UOC Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Numero Posti letto e variazioni	Posti letto P.O.	Trasmissione mensile posti letto	Posti letto per ciascuna UU .OO	2020	Report	15	Report Mensile	UOC Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Governo prestazioni erogate	Rendicontazione delle prestazioni in ALPI rispetto alla attività istituzionale	Valutazione prestazioni ALPI	Prestazioni erogate in ALPI	2020	Relazione	7	Relazione	UOC Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo delle liste di attesa Rif: Decreto 34/2018	Indice di performance tempi di attesa ricoveri e ambulatori	Calcolare e valutare il rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A,B,C,D,U,B,D,P) Per prestazioni traccianti	Report su pazienti ricoverati/ambulatoriali con data di ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità per prestazioni traccianti	2020	Report	15	Report	UOC Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI	Percorsi procedure organizzative	Elaborazione di n.3 percorsi procedure organizzative	Relazione	2020	Relazione	15	Adozione	UOC Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutat<u>iva, E</u>ormazione, Qualità e le formance dott. Tomméso-Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, FORMAZIONE, QUALITA' E PERFORMANCE

Direttore: Dott. Tommaso Sgueglia

OBEIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio attività sanitaria LEA Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio Lea e attività di ricovero	Report trimestrale	2020	4 reports annuali	20	RELAZIONE	Direzione sanitaria
	Analisi dei risultati	Attività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri	Relazioni semestrali	2020	2 relazioni annuali	20	RELAZIONE	Direzione sanitaria
EFFICIENZA	Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera	Controlli delle SDO e debito informativo	Rilevazione debito informativo	2020	verifica settimanale	20	Report	Direzione sanitaria
		Prevenzione della corruzione	verifiche a campione sulla corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 in materia di attività formative sponsorizzate (misura n.6 del PTPCT 2020/2022)	2020/2022	5%	3	Report	RPCT
		Prevenzione della corruzione	Attivazione dei corsi di formazione specialistica in materia di appalti pubblici (misura n.8 del PTPCT 2020/2022)	2020/2022	90%	3	PAF	RPCT
		Prevenzione della corruzione	Attivazione dei corsi di formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerential rischio corruttivo (misura n.13 del PTPCT 2020/2022) e realizzazione, in raccordo con il RPCT, della giornata della Trasparenza	2020/2022	90%	3	PAF	RPCT
Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022		2020/2022	100	6	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministra zione, Trasparente " del sito internet aziendale	RPCT
	Obiettivi Direttore Generale EFFICIENZA	Monitoraggio attività sanitaria LEA Obiettivi Direttore Generale Obiettivi Direttore Generale Analisi dei risultati	Monitoraggio attività sanitaria LEA Obiettivi Direttore Generale Analisi dei risultati Attività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri EFFICIENZA Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera Controlli delle SDO e debito informativo Prevenzione della corruzione Prevenzione della corruzione Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al	Monitoraggio attività sanitaria LEA Obiettivi Direttore Generale Analisi dei risultati Attività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri Relazioni semestrali EFFICIENZA Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera Controlli delle SDO e debito informativo Rilevazione debito informativo Prevenzione della corruzione verifiche a campione sulla corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 in materia di attività formative sponsorizzate (misura n.5 del PTPCT 2020/2022) Prevenzione della corruzione Attivazione dei corsi di formazione specialistica in materia di appalti pubblici (misura n.8 del PTPCT 2020/2022) Prevenzione della corruzione Attivazione dei corsi di formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerential rischio corruttivo (misura n.13 del PTPCT 2020/2022) e realizzazione, in raccordo con il RPCT, della giornata della Trasparenza Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al Relazione sull'argomento	OBIERTIVO STRATEGICO AZIGNDALE OBIERTIVO STRATEGICO AZIGNDALE Obiettivi Directore Generale Monitoraggio attività sanitaria LEA Obiettivi Directore Generale Analisi del risultati Antività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri Report trimestrale 2020 Analisi del risultati Attività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri Rebationi semestrali 2020 EFFICIENZA Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera Controlli delle SDO e debito informativo Rilevazione debito informativo verifiche a campione sulla corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 in materia di attività formative sponsorizzate (misura n.6 del PTPCT 2020/2022) Prevenzione della corruzione Attivazione del corsi di formazione specialistica in materia di appaliti pubblici (materia di attività formative sponsorizzate (misura n.6 del PTPCT 2020/2022) Attivazione dei corsi di formazione in materia di attivazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche nevertiali rischio corruttivo (misura n.13 del PTPCT 2020/2022) realizzazione, in raccordo con il IPPCT, della giornata della Trasparenza Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBERTITIVO STRATEGICO AZENDALE OBERTITIVO STRATEGICO AZENDALE Obiettivi Direttore Generale Obiettivi Di	OBERTIVO STRATEGICO AZIENDALE ODERNICA AZIENDALE OBERTIVO STRATEGICO AZIENDALE OBERTIVO STRATEGI

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,

Qualità e Performance



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. RISK MANAGEMENT

Direttore : Dott. Danilo Lisi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	0.0000000000000000000000000000000000000
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Affiliazione programmi Enti covraordinati	Adempimenti scaturenti da programmazioni regionali e ministeriali	Applicazioni	Documenti e relazioni	2020	100% Documenti richiesti elaborati/anno	20	Rilevazione firma di presenza	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
	Attuazione programmi aziendali	Adempimenti scaturenti da programmazioni aziendali	Applicazioni	Documenti Prodotti /Relazioni	2020	2 documenti prodotti/anno	20	Report	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
	Miglioramento della performance	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Incontri	Numero incontri	2020	100	25	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	10	Relazione	RPCT
					DIINTEG	GIO MAX	75		

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione,
Qualità e Performance
Qualità commaso Squeglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2020 - U.O.C. FARMACIA

Direttore: Dott. Anna Dello Stritto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gestione del Rischio Clinico Rif:ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 1	Verifica della corretta tenuta delle soluzioni contenenti potassio nelle UU.OO.	Verbale di ispezione	2020	Almeno 1 ispezione /U.O. nel semestre	10	Verbali	UOC Risk Management
		Attività formativa interna alla U.O.C.	Attività formative interne alla U.O.C.	Iniziative interne realizzate	2020	100	10	Verbali degli incontri	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA Rif:DECRETI SPESA FARMACEUTICA	I Analisi e monitoraggio della spesa tarmaceutica	Analisi dei trend di consumo con particolare riferimento ai consmi di antibiotici, biosimilari ed off label per UO	Report di consumo	2020	Almeno 1 report per biosimilari, per off label e antibiotici	12	Report	UOC APPROPRIATEZZA
OBIETTIVI LEA	DEBITI INFORMATIVI RIF:DECRETI SPESA FARMACEUTICA	Adempimento dei debiti informativi istituzionali - aziendali, regionali, nazionali	Garantire l'invio dei flussi istituzionali assolvendo al debito informativo	Segnalazioni di inadempienze	2020	100	20	Segnalazioni regionali/mini steriali	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA Rìf:GRIGLIA LEA	Gestione Magazzino	Gestione efficiente delle scorte e degli ordini	Valore scaduti	2020	<10% vs 2018	12	Report	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno	Valore straordinario e/o convenzionamento interno	2020	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in	8	Relazione	UOC APPROPRIATEZZA
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2020/2022	100	3 75	Relazione	RPCT

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Il Direttore della U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e performance