



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale N. 285 del 31/03/2021

Proponente: Il Direttore UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 31/03/2021 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 PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

Direttore F.F. UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

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;
- ai sensi del citato art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009, le amministrazioni pubbliche, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione delle performance, redigono un documento programmatico triennale denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori;
- 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;

Evidenziato

- che con delibera CIVIT n. 112/2010 "struttura e modalità di redazione del Piano della performance (art. 10 comma 1, lettera a), del D.lgs. N. 150/2009) vengono fornite indicazioni operative per la stesura del Piano della performance;
- che la predetta delibera CIVIT n. 112/2010, all'art. 2.3 II par., stabilisce che "...le amministrazioni si adeguano agli indirizzi ivi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo";
- che l'emergenza pandemica legata alla diffusione del COVID-19 ha profondamente condizionato l'attività assistenziale per tutto il 2020, determinando forti ripercussioni anche sulla gestione della parte iniziale dell'anno 2021;
- che, tenuto conto delle attuali prospettive di evoluzione della pandemia, si è reso indispensabile approfondire alcuni aspetti del Piano della performance tenendo conto dei dati risultanti dalla gestione dell'anno 2020, predisponendo una serie di previsioni che consentiranno di procedere anche

Deliberazione del Direttore Generale

alle valutazioni di quelle unità operative le cui attività saranno state riconvertite per la gestione dei pazienti affetti da Covid-19;

Dato atto

- che il Piano della performance 2021-2023, oltre che in relazione alla emergenza COVID19, è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento, in coerenza con gli obiettivi strategici assegnati dalla Regione Campania;
- che il suddetto Piano, ai sensi dell'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità" approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018, è stato, altresì, predisposto nel rispetto degli indirizzi previsti dalla Direttiva 2021 del Direttore Generale, approvata con deliberazione n.185 del 01.03.2021;
- che il medesimo Piano è stato redatto nel rispetto del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, approvato con deliberazione n.262 del 29.03.2019;
- che, ai sensi dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, è stato elaborato il *Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)* che, come disposto dall'art. 263, comma 4-bis del Decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, è stato allegato al Piano della performance 2021-2023;

Rilevato

- che in data 12.02.2021, con verbale prot. n. 5500 del 16.02.2021 giacente agli atti, il Collegio di Direzione ha invitato tutti i soggetti interessati, Direttori e Responsabili delle varie UU.OO., a predisporre delle proposte in merito agli obiettivi specifici da proporre per la formulazione delle schede obiettivo di ciascuna UU.OO. da inserire nel Piano della Performance 2021-2023;
- che i diversi Comitati di dipartimento hanno trasmesso alla direzione strategica una serie di proposte, riportate nella tabella che segue, le quali, opportunamente valutate, sono state considerate e condivise nella compilazione delle schede obiettivo di ciascuna delle UU.OO. proponenti;

DIPARTIMENTO	DATA INCONTRO	RIF. VERBALE
SCIENZE MEDICHE	15/02/2021	n. 6125/I del 22/02/2021
CARDIOVASCOLARE	17/02/2021	n. 6372/I del 23/02/2021
ONCOLOGICO	17/02/2021	prot. n. 6158/I del 22/02/2021
EMERGENZA E URGENZA	17/02/2021	prot. n. 6131/I e n. 6157/I del 22/02/2021
SERVIZI SANITARI	18/02/2021	email a DG del 22/02/2021
SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	18/02/2021	n. 5845/I del 18/02/2021
SCIENZE CHIRURGICHE	22/02/2021	n. 6625/I del 24/02/2021

- che le medesime schede allegate al piano, nel corso di vari incontri tenutisi con ciascun dipartimento, sono state sottoscritte, per accettazione e condivisione, dai rispettivi Direttori dei Dipartimenti e delle UU.OO.CC. interessate, nonché dai Responsabili delle UU.OO.SS.DD.;
- che le OO.SS. aziendali potranno formulare eventuali osservazioni durante il periodo di validità del Piano *de quo*;

Precisato

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

- che l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), costituitosi in forma completa in data 29.03.2021, nella seduta tenutasi in pari data, il cui verbale, depositato in atti, è stato acquisito presso la UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance con prot. n.600 del 30.03.2021, ha preso atto del Piano della performance 2021-2023 predisposto e delle schede relative agli obiettivi 2021, condividendone la formulazione e ricordando che i contenuti potranno essere oggetto di eventuale aggiornamento nelle successive fasi di monitoraggio;
- che il Piano della Performance 2021-2023 si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente, nonché col Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- 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;

Ritenuto

- di potersi procedere, per quanto sopra descritto, all'adozione del Piano della Performance 2021-2023 allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

Attestata

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

PROPONE

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2021-2023, comprensivo anche degli obiettivi specifici di struttura per il 2021 che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. 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;
3. di precisare che il Piano *de quo* si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente;
4. 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 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;
5. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione degli obiettivi da conseguire.

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

**IL DIRETTORE F.F. PROGRAMMAZIONE E
CONTROLLO DI GESTIONE**
Dott. Tommaso Sguglia

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

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore f.f. UOC Programmazione e Controllo di Gestione, Dr. Tommaso Sguglia

Acquisiti

i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati:

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecchiarico _____

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

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 adottare il Piano della Performance per il triennio 2021-2023, comprensivo anche degli obiettivi specifici di struttura per il 2021 che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. 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;
3. di precisare che il Piano *de quo* si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente;
4. di trasmettere copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 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;
5. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione degli obiettivi da conseguire.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA

PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

Sommario

1	Presentazione del Piano	5
2	Sintesi delle informazioni di interesse	6
2.1	Chi siamo.....	6
2.2	Cosa facciamo	7
2.3	Come operiamo.....	9
3	Identità	10
3.1	L'amministrazione "in cifre"	10
3.2	I dati di attività dell'anno 2020	13
3.3	La gestione dell'esercizio 2020 e l'influenza dell'evento pandemico da covid-19.....	17
3.4	Le prospettive per l'anno 2021	21
3.5	Mandato istituzionale e Missione	22
3.6	Albero della performance	24
4	Analisi del contesto	25
4.1	Analisi del contesto esterno.....	26
4.2	Analisi del contesto interno	27
4.3	Modello organizzativo: i dipartimenti	28
5	Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori e target.....	31
5.1	Obiettivi strategici	31
5.2	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	33
5.3	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e risultato generale	34
5.4	L'influenza dell'emergenza pandemica sul sistema delle valutazioni	35
6	Il ciclo di gestione della performance	36
6.1	Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione	38
6.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	39
6.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	40
6.4	La valutazione della performance individuale	40
7	Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione	43
8	Allegati tecnici.....	44
	Analisi S.W.O.T.....	
	Tabelle analisi quali-quantitativa delle risorse umane	
	Scheda di valutazione individuale 2021 - Area Dirigenza.....	
	Scheda di valutazione individuale 2021 – Area Comparto.....	
	PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE 2021.	
	SCHEDE DI RILEVAZIONE OBIETTIVI SPECIFICI PER STRUTTURA.....	

1 Presentazione del Piano

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 10, comma 1 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito decreto, – aggiornato con le modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74 –, della delibera CIVIT n. 112/2010 e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, adottato con deliberazione n. 262 del 29/03/2019, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale;
- è predisposto, ai sensi dell'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità" approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018, e rappresenta l'evoluzione di due altri documenti, uno con funzione di programmazione (la Direttiva annuale del Direttore Generale) e l'altro di sintesi (la Relazione Sanitaria);
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso contiene:

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

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare *"la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance"*.

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

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

VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

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

- gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

A seguito dell'emanazione del D.Lgs.74/2017, ai sensi dell'art.3, comma 1, lett. a), gli obiettivi sono articolati in obiettivi generali ed obiettivi specifici; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

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

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

2 Sintesi delle informazioni di interesse

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera è "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione" per effetto del D.P.C.M. 23/04/1993.

Con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 12254 del 22/12/1994 viene istituita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta che ai sensi dell'art.3 comma 1 bis del D lgs n. 502/92 e s.m.i., ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia. L'Azienda sviluppa la sua attività nel contesto e nei limiti delle legislazioni e delle normative comunitarie, nazionali e regionale. Entro tali limiti essa agisce con autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale.

Con Deliberazione n. 189 del 25/03/2002 assume la denominazione di Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" e successivamente, con deliberazione n.186 del 04/04/2006, assume l'attuale denominazione di Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Sant'Anna e San Sebastiano".

La sede legale è in Caserta alla Via Palasciano (traversa di via Tescione) senza numero civico. L'Azienda ha Codice Fiscale/Partita IVA n.0220113061.

Il Logo attuale dell'Azienda è stato adottato con deliberazione n. 333 del 20/12/2019.

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

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

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

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

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

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

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

2.2 Cosa facciamo

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

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

ulteriormente il livello di specializzazione della struttura ospedaliera attraverso il potenziamento di alcune branche specialistiche.

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale definitivamente approvato con deliberazione n.234 del 17/04/2018, che ha recepito le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018, in coerenza con il DCA 103/2018, nell'attuale configurazione:

- è stata individuata quale DEA di II° che rappresenta "hub per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS e CTZ per la rete trauma (serve anche Avellino a distanza di 59 Km, Benevento a 51 Km, area Nord di Napoli, Giugliano a 29 Km), Unità spinale (cod.28), sede di neuro riabilitazione (cod.75) e riabilitazione intensiva (cod.56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica".
- si qualifica come sede/centro di riferimento per i seguenti servizi:
 - del Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E) con estensione del servizio alle province di Benevento e Caserta;
 - del Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti;
 - di Bleeding Center; di riferimento provinciale per le valutazioni immunologiche; di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta;
- è sede dei Corsi di Laurea in " Scienze Infermieristiche", "Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia" ed "Ostetricia" della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". La stessa, poi, oltre ad essere stata individuata dalla predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento delle attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è, altresì, parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (ex Seconda Università) che della Università "Federico II" di Napoli. In esecuzione del D.C.A. n.60 del 15/10/2010, rinnovato successivamente dal D.C.A. n.47 del 10/06/2016, sono stati disciplinati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora "Luigi Vanvitelli"), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria. Per effetto degli stessi, attualmente, nell'Azienda Ospedaliera di Caserta sono previste le seguenti discipline a direzione universitaria:
 - Cardiologia, codice disciplina 08;

- Unità Coronarica, codice disciplina 50;
- Malattie Infettive e Tropicali, codice disciplina 24.

2.3 Come operiamo

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

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

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

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

L'Ospedale, pertanto, opera nell'ottica:

- della continua revisione delle procedure e dei processi organizzativi per il miglioramento dell'assistenza;
- del progressivo miglioramento della salute e della sicurezza della comunità di riferimento dotandosi di risorse specialistiche e tecnologiche;
- del progressivo potenziamento della qualità dei servizi, del miglioramento della percezione che i cittadini hanno degli stessi, nonché della garanzia di equità nell'accesso ai medesimi;
- di consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specializzazione, anche incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;

- di rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- di favorire lo sviluppo dei processi di integrazione ospedale-territorio per assicurare agli utenti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi;
- di realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità;
- di privilegiare soluzioni organizzative flessibili, efficaci ed economiche anche ridisegnando l'assetto delle responsabilità;
- di garantire agli utenti elevati standard di accoglienza e di comfort alberghiero.

3 Identità

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

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

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

3.1 L'amministrazione "in cifre"

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

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018", attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex L.67/88 art. 20 che stanno interessando alcune strutture.

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell'Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio, in particolare le

più incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

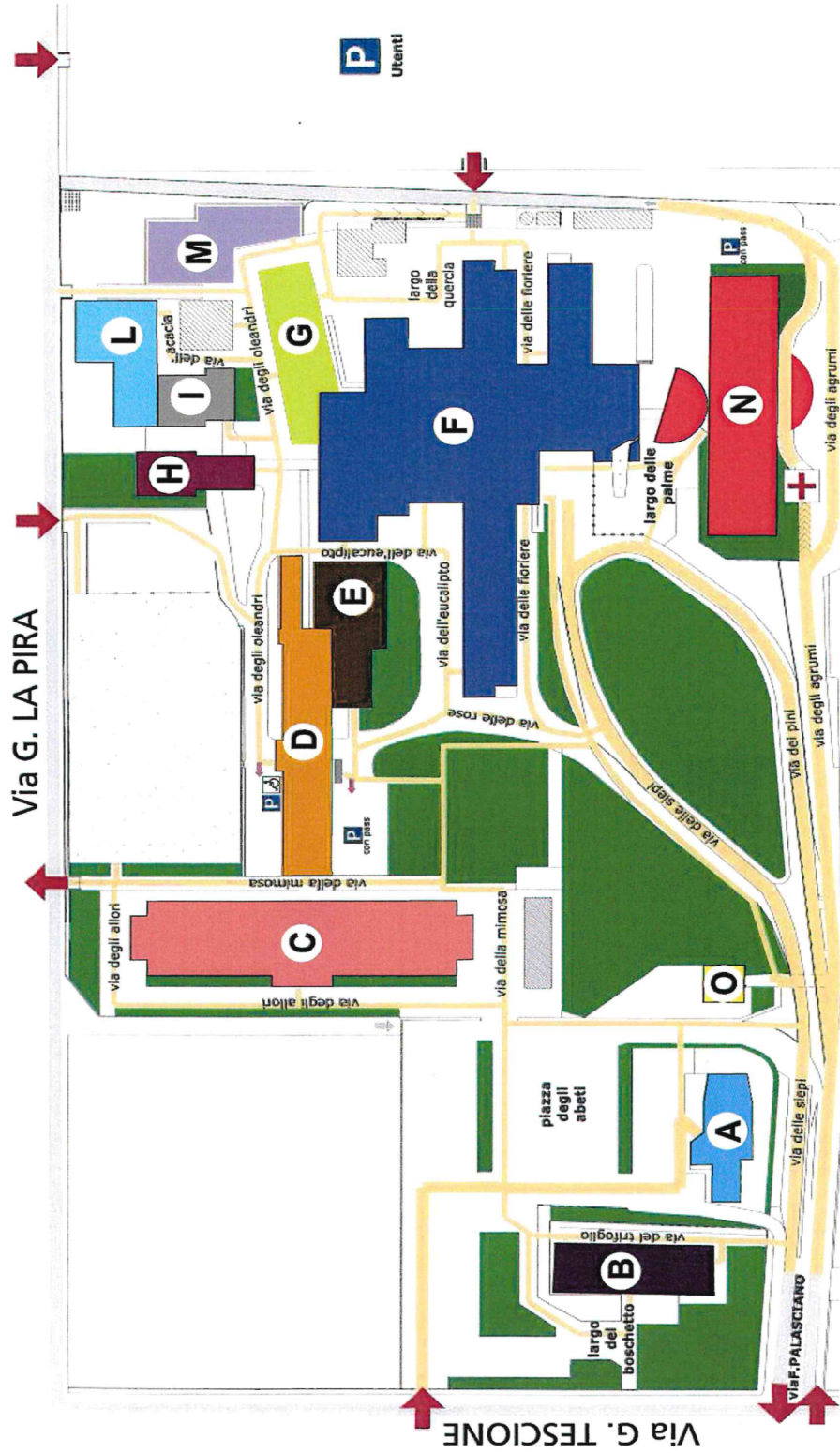
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

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

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

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

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



3.2 I dati di attività dell'anno 2020

Di seguito si riporta una sintesi dei dati afferenti alla produzione dell'anno 2020, aggiornati al IV Trimestre.

A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

L'analisi è stata condotta sulle SDO trasmesse e dall'elaborazione dei dati correlati si evidenzia quanto segue:

nell'anno 2020 le **SDO in regime di ricovero ordinario** sono state **n.12.764**, nello stesso periodo 2019 sono state n.15.077 facendo registrare un decremento del **15,34%**.

Il rimborso stimato dell'anno 2020 in regime ordinario è stato **pari a €54.401.480,00**, nel 2019 è stato di € 62.673.849,00 facendo registrare un decremento del **13,20%**.

Il peso medio nel **2020** è stato **1,27**, nel 2019 è stato 1,23 facendo registrare un incremento del **3,25%**.

La degenza media registrata è di **8,26** nel **2020** facendo registrare un **+ 0,73%** rispetto al 2019 (8,20).

B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi effettuata evidenzia quanto segue:

Le SDO sono state **3.649** (anno 2020), nel 2019 sono state 5.955 con un decremento del **-38,72%**.

Nel 2020 il valore economico è stato di **€6.229.652,20**, nel 2019 di € 9.086.722,00 facendo registrare un decremento del **31,44%**.

C) RIEPILOGO TOTALE

In sintesi possiamo affermare che il rimborso economico totale delle SDO prodotte complessivamente in regime ordinario e DH/DS nell'anno 2020 è stimato in a **€60.631.132,20** nello stesso periodo 2019 è stato di €71.760.571,80 con un decremento percentuale del **15,51%**.

Le SDO prodotte in totale (regime ordinario e DH/DS) sono state **16.413** nel 2020, nel 2019 sono state 21.032 con una riduzione del **21,96%** nel 2020.

D) ATTIVITÀ AMBULATORIALE E PACC

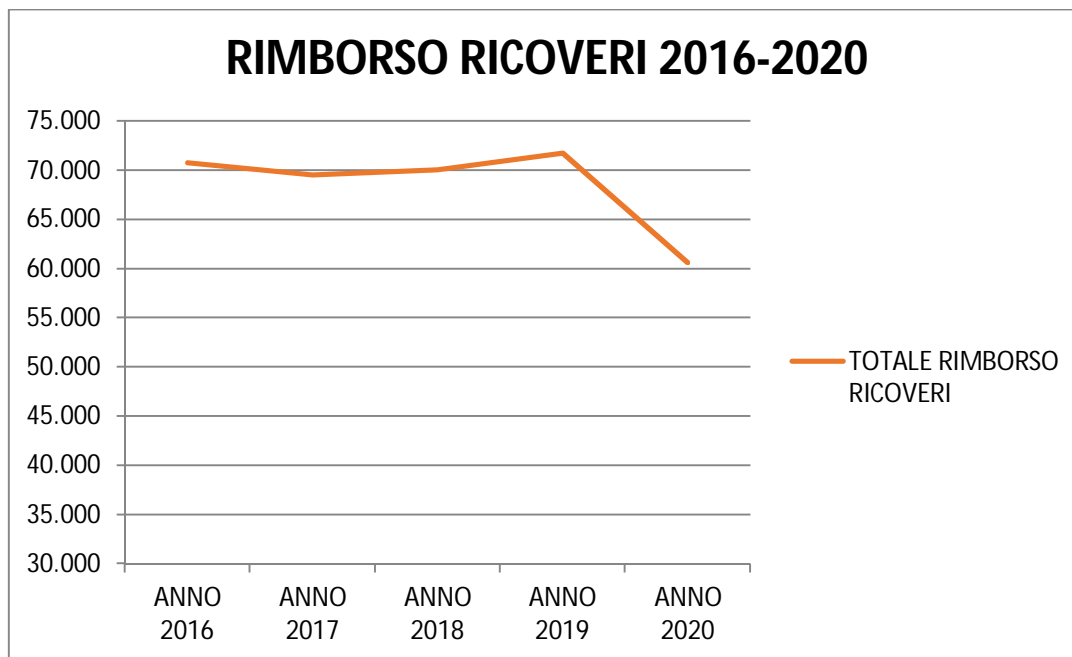
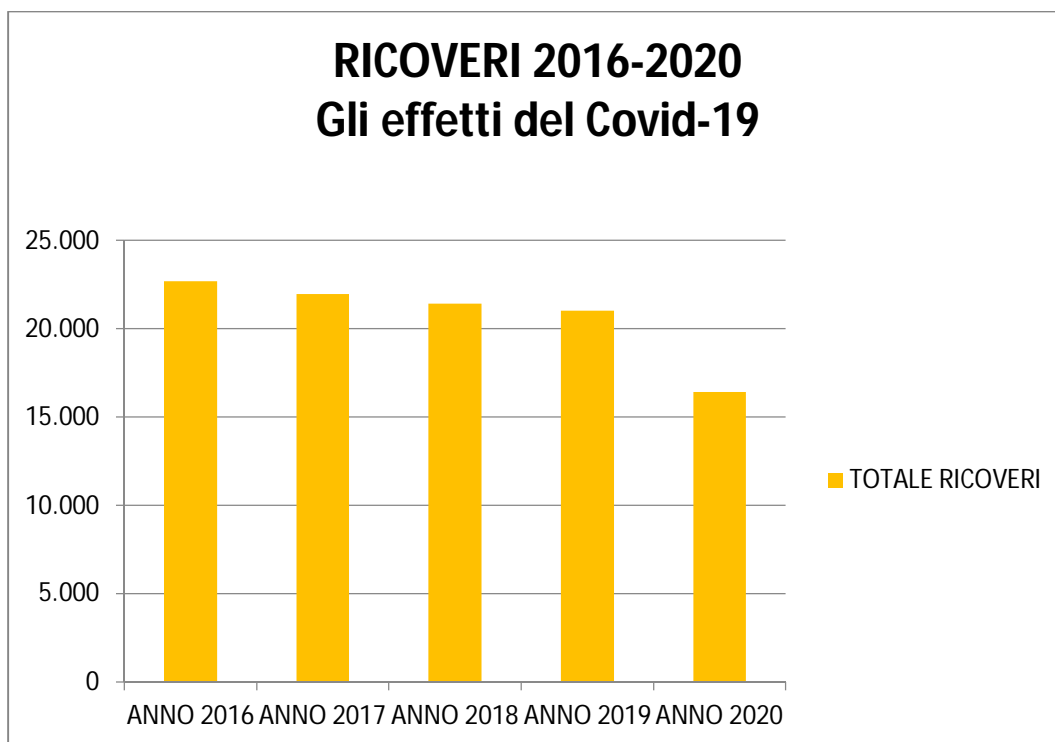
	ANNO 2019	ANNO 2020	VARIAZIONE %
PACC TOTALI	1.842	938	-49,08%
VALORE PRODUZIONE PACC	1.284.485,83	785.143,58	-38,87%
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	256.163	140.066	-45,32%
VALORE PRODUZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	6.982.480,78	3.894.135,13	-44,23%

Nota: dati CUP elaborati dal programma Virgilio Web Hospital in dotazione all'AORN Caserta.

E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

Nel 2019 gli accessi sono stati 77.513, nel 2020, per effetto della pandemia, sono stati 48.407.

Di seguito si riportano i dati in forma sintetica confrontati con quelli degli anni precedenti da cui risalta evidente l'influenza che ha avuto la diffusione della pandemia da Covid-19 sulle prestazioni erogate:



Sono di seguito riportati **dati sintetici di attività sanitaria** riferiti agli anni 2019-2020:

RAFFRONTO E ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020/2019

	ANNO 2019	ANNO 2020	VARIAZIONE %
N. SDO RIC. ORDINARI	15.077	12.764	-15,34%
RIMBORSO TOTALE SDO ORD	62.673.849,80	54.401.480,00	-13,20%
TOTALE RICOVERI 0/1 GG	1037	1253	20,83%
di cui SDO DRG MEDICI 0/1 GG	329	382	16,11%
di cui SDO DRG CHIRURGICI 0/1 GG	708	871	23,02%
N. SDO DRG MEDICI ORD.	9.078	7.657	-15,65%
RIMBORSO DRG MEDICI	25.607.728,80	22.672.423,00	-11,46%
N.SDO DRG CHIRURGICI	5.999	5.107	-14,87%
RIMBORSO DRG CHIRURGICI	37.066.121,00	31.729.057,00	-14,40%
PESO MEDIO	1,23	1,27	3,25%
RIMBORSO MEDIO PER CASO	4.157,33	4.262,76	2,54%
INDICE DI OCCUPAZIONE	91	84	-7,19%
DEGENZA MEDIA	8,20	8,26	0,73%
N.SDO TOTALE DH/DS	5.955	3.649	-38,72%
RIMBORSO TOTALE DH/DS	9.086.722,00	6.229.652,20	-31,44%
N. SDO DRG MEDICI DH	2.981	2.531	-15,10%
RIMBORSO DRG MEDICI	4.941.894,00	4.708.665,20	-4,72%
N.SDO DRG CHIRURGICI DS	2.974	1.118	-62,41%
RIMBORSO DRG DS	4.144.828,00	1.520.987,00	-63,30%
TOTALE SDO ORDINARI E DH/DS	21.032	16.413	-21,96%
TOTALE RIMBORSO SDO ORDINARI E DH/DS	71.760.571,80	60.631.132,20	-15,51%

LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

La nostra Azienda condivide la complessità operativa e organizzativa comune alle strutture che rivestono un forte ruolo di riferimento per un vasto bacino di utenza, anche oltre il limite provinciale.

Questo è vero particolarmente per le attività di pronto soccorso che, come noto, proliferano anche per un uso inappropriato del servizio (in buona parte derivante spesso dall'assenza di risposte adeguate da parte delle strutture sanitarie territoriali).

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

Per l'anno 2020 gli accessi registrati al Pronto Soccorso sono stati di 48.407 pazienti, con un calo sul 2019 dovuto prevalentemente alla diffusione dell'emergenza pandemica da Covid-19. La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione efficiente sul territorio sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della, a volte, insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza. Questa situazione, inoltre, si aggrava in concomitanza di alcuni periodi dell'anno.

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

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

LE ATTIVITÀ DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Nell'anno 2020 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp):

- Nel settore **Comunicazione Istituzionale - Redazione Informazioni**:
 - ➔ Ha prodotto e/o aggiornato contenuti informativi prevalentemente legati alla Carta dei Servizi articolata in sezioni. I contenuti sono stati veicolati attraverso due canali: il sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it) ed i pannelli informativi multimediali presenti nelle sale di attesa dell'Ospedale;
 - ➔ Ha aggiornato, all'occorrenza, sul sito internet aziendale (www.ospedale.caserta.it), le informazioni di carattere logistico, intervenendo sulla sezione Mappa Ospedale con gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione, e sulla

sezione riferita agli elenchi delle Unità operative, distinte in U.O.C. e U.O.S.D., con indicazione dei relativi edificio e piano di ubicazione;

- Ha prodotto locandine informative sulle modalità di prenotazione e accesso, sia agli ambulatori istituzionali, sia agli ambulatori in libera professione, che sono state affisse nella sala di attesa del CUP;
- Ha prodotto locandine informative sulle Unità operative, sia U.O.C. sia U.O.S.D., che sono state affisse all'ingresso delle Unità operative stesse.

- Nel settore **Relazioni con il Pubblico**:

- **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.1.442 contatti, di cui n.949 per informazioni e n.493 per problemi;
- **Raccolta e Gestione delle Segnalazioni del Cittadino: Reclami ed Elogi**, ha raccolto e gestito un totale di n.21 reclami scritti, per un totale di n.31 segnalazioni e n.22 elogi scritti, per un totale di n.27 segnalazioni di merito.

3.3 La gestione dell'esercizio 2020 e l'influenza dell'evento pandemico da covid-19

La gestione dell'esercizio 2020 è stata caratterizzata dall'evento straordinario della pandemia da Coronavirus (Covid-19) che, nelle sue due ondate, ha stravolto le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria soprattutto nelle aziende sanitarie pubbliche.

Il periodo emergenziale, salvo ulteriori proroghe, è stato esteso, come ben noto, da parte del governo centrale a tutto il 30/04/2021.

L'A.O.R.N. ha fronteggiato la pandemia, nella sua prima fase, fornendo assistenza, nelle varie intensità di cura, con propri professionisti ponendo in essere ogni adempimento necessario.

Con deliberazione del CS n. 218 del 27.02.2020 è stato adottato un piano clinico organizzativo per la gestione della pandemia per disciplinare l'identificazione e la gestione dei casi sospetti e accertati da infezioni da coronavirus. Il piano è stato poi aggiornato con deliberazione CS n. 286 del 19.03.2020.

La Regione Campania, con DGRC n. 304 del 16.06.2020, integrata e aggiornata con DGRC n. 378 del 27.07.2020, per far fronte all'emergenza pandemica, ha adottato il Piano di riorganizzazione e potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania.

Con Deliberazione n.19 del 26.06.2020, integrata con Deliberazione Aziendale n.45 del 09.07.2020, questa A.O.R.N. ha recepito la DGRC n. 304 del 16.06.2020 ed istituito l'Unità di Crisi Aziendale n-Cov2. Successivamente, con deliberazione n. 56 del 15.07.2020, sono stati adottati il "Piano Aziendale per la Sicurezza Anti-contagio" e il "Protocollo di Screening per l'accesso alle prestazioni dell'A.O.R.N.". La Deliberazione n.157 del 10.08.2020 ha recepito i piani di cui alle DGRC 304 e 378 e ha adottato, infine, il piano organizzativo funzionale per la gestione della pandemia che coinvolge i pazienti Covid positivi.

Da un punto di vista dell'assistenza dei pazienti Covid-19 nella seconda fase, l'A.O.R.N. si è prodigata fino a mettere a disposizione 110 posti letto, usufruendo anche di un modulo esterno, appositamente realizzato e messo a disposizione dalla Regione Campania per l'assistenza ai pazienti ad alta intensità di cura. Gli altri posti letti sono stati allestiti attraverso la riconversione o l'accorpamento di alcune unità operativa non di emergenza, utilizzando gli spazi di un unico edificio. Il personale dedicato alla specifica assistenza in parte è stato reclutato attraverso l'utilizzo di graduatorie regionali appositamente realizzate, il personale messo a disposizione dalla Protezione Civile, il personale dipendente dell'A.O.R.N. volontario o derivante dagli accorpamenti posti in essere.

Circa gli investimenti strumentali e in attrezzature posto in essere o in corso e che si concretizzerà nei primi mesi del 2021 occorre precisare quanto segue.

Con decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, in particolare l'articolo 2, vengono emanate disposizioni per il "Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19", al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso.

In tale ottica sono stati finanziati all'A.O.R.N. diversi interventi mirati al potenziamento dei posti letti specifici. In particolare è stato finanziato un modulo esterno per l'assistenza in emergenza dei pazienti bisognosi di terapia intensiva, un ampliamento del pronto soccorso, ulteriori dodici posti letto per terapia intensiva all'interno della struttura ospedaliera, due ambulanze da dedicare all'attività emergenziale. Gli interventi sono in corso ed è previsto che si concludano entro il 2021.

Nelle tabelle che seguono possono essere riassunti in maniera sintetica i costi di competenza al IV trimestre 2020 sostenuti per le attività sostenute a fronte dell'assistenza Covid e una quantificazione della produzione, con una valorizzazione calcolata similmente ad una tariffa ordinaria, per codice NSIS Covid_19.

cod. NSIS	Reparto COVID di dimissione	Dimessi	Totale gg degenza	Rimborso
2402	UNITA' OSSERVAZIONALE COVID-19	69	1040	323.350,00
2403	MALATTIE INFETTIVE E TROP. A DIR. UNVIV. COVID	59	913	188.128,00
2404	MEDICINA COVID 19	11	134	45.327,00
2603	MEDICINA 2 COVID	20	383	119.700,00
2604	OSSERVAZIONE MEDICO CHIRURGICA COVID	7	173	24.708,00
2605	MEDICINA 1 COVID	51	682	210.121,00
3201	NEUROLOGIA	1	14	1.676,00
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIR. UNIV Covid	36	136	61.619,00
3703	OSTETRICIA E GINECOLOGIA COVID 19	1	5	855,00
4901	ANESTESIA E RIANIMAZIONE Covid	22	191	301.639,00
4904	TERAPIA INTENSIVA COVID-19	112	923	1.125.284,00
5101	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA Covid	4	117	75.585,00
6801	PNEUMOLOGIA- FISIOPATOLOGIA RESP.	13	168	70.945,00
6803	PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESP COVID	43	455	263.186,00
9401	MEDICINA SEMI INTENSIVA COVID	9	58	37.074,00
9402	PNEUMOLOGIA SEMI INTENSIVA COVID	7	95	52.767,00
9468	PNEUMOLOGIA SEMI INTENSIVA COVID	11	205	71.528,00
	TOTALE	476	5692	2.973.492,00

	CONTO ECONOMICO AL IV TRIMESTRE 2020	CE IV TRIMESTRE 2020 "TOTALE" di cui CE IV TRIMESTRE 2020 - Codice "COV20"	
RICAVI	Aggregazioni codice CE ed. 2020		
contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	AA0020	73.701.783	894.619
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	AA0250	- 3.689.836	- 727.233
contributi da regione a titolo di copertura LEA	AA0080	-	-
contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	AA0090	-	-
utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	AA0270	448.767	-
altri contributi in conto esercizio	AA0050-AA0080-AA0090+AA0180+AA0230	1.805.462	1.509.538
compartecipazioni	AA0940	622.324	-
payback	AA0890	-	-
altre entrate	AA0440+AA0480+AA0570+AA0600+AA0601+AA0602+AA0660+AA0710+AA0720+AA0760+AA0770+AA0800+AA0840+AA0930+AA1060+CA0010+CA0050	1.677.606	-
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	AA0260	-	-
costi capitalizzati	AA0980+AA1050	2.487.421	-
mobilità attiva intraregionale	AA0340	89.577.437	-
mobilità attiva extraregionale	AA0460+AA0470+AA0471+AA0490+AA0500+AA0510+AA0520+AA0530+AA0541+AA0542+AA0550+AA0560+AA0561+AA0610	2.051.211	-
TOTALE RICAVI		168.682.175	1.676.925
COSTI		CE IV TRIMESTRE 2020 "TOTALE"	di cui CE IV TRIMESTRE 2020 - Codice "COV20"
personale		78.437.043	1.753.357
Personale ruolo sanitario	BA2090	71.286.748	1.753.357
Personale ruolo professionale	BA2230	470.539	-
Personale ruolo tecnico	BA2320	4.456.983	-
Personale ruolo amministrativo	BA2410	2.222.774	-
Indennità "de maria"	BA1420+BA1810	-	-
irap	YA0010	5.744.401	128.100
beni		39.084.465	4.141.928
beni sanitari	BA0020+BA0080+BA0090+B0061-B0062	38.756.264	4.129.305
beni non sanitari	BA0310	328.201	12.623
servizi		33.967.720	2.554.346
servizi sanitari	BA1280+BA1350+BA1420+BA1490	7.289.400	2.151.772
servizi non sanitari	BA1570+BA1910+BA1990+BA2530+BA1750+BA1810+BA1880	26.678.321	402.574
prestazioni da privato		247.114	38.504
altre prestazioni da privato	BA0740+BA0790+BA0940 +BA0950+BA1000+BA1010+BA1020+BA1070+BA1080+BA1130+BA1180+BA1190+BA1240+BA1250 BA1050+BA1110+BA1160+BA1170	247.114	38.504
accantonamenti	BA2690	7.852.827	-
oneri finanziari	CA0110+CA0150	9.852	-
oneri fiscali (netto irap)	BA2510+YA0060+YA0090	299.022	-
ammortamenti	BA2560	2.523.412	-
	BA0061+BA0080+BA0470+BA0510+BA0540+BA0541+BA0650+BA0710+BA0760+BA0810+ BA0910+BA0970+BA1040+BA1100+BA1150+BA1151+BA1152		
mobilità passiva extraregionale	BA0062+BA0090+BA0480+BA0520+BA0560+BA0561+BA0730+BA0780+BA0830+BA0990+BA1060+BA1120+BA1161+BA1550	-	-
saldo poste straordinarie	-EA0010+EA0260+BA2660	482.599	- 153.600
rivalutazioni e svalutazioni	-DA0010+DA0020+BA2630+BA2520	58.374	
saldo intramoenia	-AA0680-AA0690-AA0700-AA0730-AA0740+BA1210+BA1220+BA1230+BA1260+BA1270	-	124.075
	BA0910+BA0970+BA1040+BA1100+BA1150+BA1151+BA1152		
Totale COSTI	BA0062+BA0090+BA0480+BA0520+BA0560+BA0561+BA0730+BA0780+BA0830+BA0990+BA1060+BA1120+BA1161+BA1550	168.660.766	8.462.635

3.4 Le prospettive per l'anno 2021

Le attese per la gestione dell'Azienda nell'anno 2021 sono prevalentemente condizionate dall'evoluzione del quadro pandemico complessivo ed a livello locale.

In tal senso, appare molto difficile, se non impossibile, fare previsioni a medio e lungo termine. Conseguentemente, data la varietà e l'imprevedibilità dei possibili scenari futuri, occorrerà, ove le condizioni lo richiederanno, procedere a futuri e progressivi adattamenti di questo piano alle varie mutazioni delle condizioni al contorno che potranno caratterizzare l'evoluzione dei vari fattori nel corso dell'anno 2021.

Tuttavia, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativo alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l'anno 2021 – deliberazione n.435 del 3 dicembre 2020 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

Valore della produzione	Valore previsto anno 2021
A.1) Contributi in c/esercizio	€ 73.068.514,72
A.2) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-€ 3.678.700,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati esercizi precedenti	€ 650.000,00
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	€ 93.619.627,24
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	€ 793.313,19
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	€ 1.286.241,38
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	€ 2.510.825,48
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
A.9) Altri ricavi e proventi	€ 150.332,49
Totale valore della produzione (A)	€ 168.400.154,50
Costi della produzione	Valore previsto anno 2021
B.1) Acquisti di beni	€ 40.512.357,95
B.2) Acquisti di servizi	€ 25.748.747,38
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	€ 4.759.999,10
B.4) Godimento di beni di terzi	€ 851.750,00
Totale costo del personale	€ 80.449.247,87
B.9) Oneri diversi di gestione	€ 2.053.802,16
Totale ammortamenti	€ 2.523.412,25
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	€ 58.373,89
B.13) Variazione delle rimanenze	-€ 996.704,97
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	€ 6.677.913,40
Totale costi della produzione (B)	€ 162.638.899,03
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-€ 12.531,68
Totale imposte e tasse (Y)	€ 5.748.723,79
Risultato d'esercizio	-

L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2020.

3.5 Mandato istituzionale e Missione

Mandato istituzionale

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

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

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

I principi istituzionali su cui si basa sono:

- la tutela della salute
- la centralità della persona
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Mission

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

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

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

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

Vision

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

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

Principi Ispiratori

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

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

criticità, affinché siano rimosse, e le eccellenze, affinché siano potenziate, contribuisce al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta.

- **EFFICIENZA ED EFFICACIA** del servizio.

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

3.6 *Albero della performance*



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

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

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

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

4 Analisi del contesto

Si riportano dei significativi indicatori di confronto ISTAT riferiti ad ambiti territoriali di interesse:

Seleziona periodo		2019				
Territorio	Campania	Campania				
		Caserta	Benevento	Napoli	Avellino	Salerno
Tipo indicatore						
tasso di natalità (per mille abitanti)	8,2	8,1	7,1	8,6	6,7	7,8
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,4	8,7	11,9	8,8	11,3	10,3
crescita naturale (per mille abitanti)	-1,2	-0,5	-4,8	-0,2	-4,5	-2,6
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	(p) 4	..	..	..	..	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-3,8	-2,5	-4,5	-4,5	-3,9	-2,6
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	1,1	1,8	0,9	1,2	0,8	0,7
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-1,3	-0,9	-2,9	-1,3	-1,9	-0,9
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-4	-1,6	-6,5	-4,6	-5	-2,8
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-5,2	-2,1	-11,3	-4,8	-9,5	-5,4
numero medio di figli per donna	(p) 1,31	..	..	..	..	..
età media della madre al parto	(p) 31,7	..	..	..	..	..
speranza di vita alla nascita - maschi	79,7	79,4	80,2	79,5	80	80,3
speranza di vita a 65 anni - maschi	18,5	18,2	19,2	18,3	18,8	19
speranza di vita alla nascita - femmine	83,9	84	85	83,5	84,9	84,4
speranza di vita a 65 anni - femmine	21,4	21,4	22,3	21,1	22,3	21,9
speranza di vita alla nascita - totale	81,7	81,6	82,5	81,5	82,4	82,3
speranza di vita a 65 anni - totale	20	19,8	20,8	19,7	20,6	20,5
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,5	15	12,2	15,3	12,2	13,4
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,7	67,6	65,2	67	65,8	66,1
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	18,8	17,5	22,7	17,8	21,9	20,6
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	49,9	48	53,5	49,4	51,9	51,4
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	28,2	25,8	34,8	26,6	33,3	31,1
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	129,6	116,4	186,2	116,5	179,3	153,9
età media della popolazione - al 1° gennaio	42,7	41,8	45,4	41,8	45,2	44,1
Dati estratti il 15 mar 2021 08:06 UTC (GMT) da I.Stat						
Legend:						
p: dato provvisorio						

4.1 Analisi del contesto esterno

L'A.O. di Caserta persegue da sempre un duplice mandato, essendo da un lato "l'ospedale" per la popolazione della città, dall'altro svolgendo la funzione di riferimento specialistico anche per il resto della provincia e per le zone limitrofe del napoletano. Infatti dati clinici ed epidemiologici mostrano che la domanda di servizio e prestazioni sanitarie cui deve far fronte l'azienda proviene dalla Città di Caserta e dalla sua provincia i cui abitanti si rivolgono all'Azienda certi di trovare un'offerta di elevata qualità e specialità. Numerosissimi sono i cittadini provenienti dalle altre province della Regione soprattutto per quelle prestazioni di elevata specializzazione per le quali questa Azienda ha sviluppato una capacità di attrazione. In realtà, l'Azienda è il punto di riferimento per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza di circa 1.000.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Caserta, comprendente i 104 Comuni. Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane, collinari e marine; Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del Casertano.

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

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

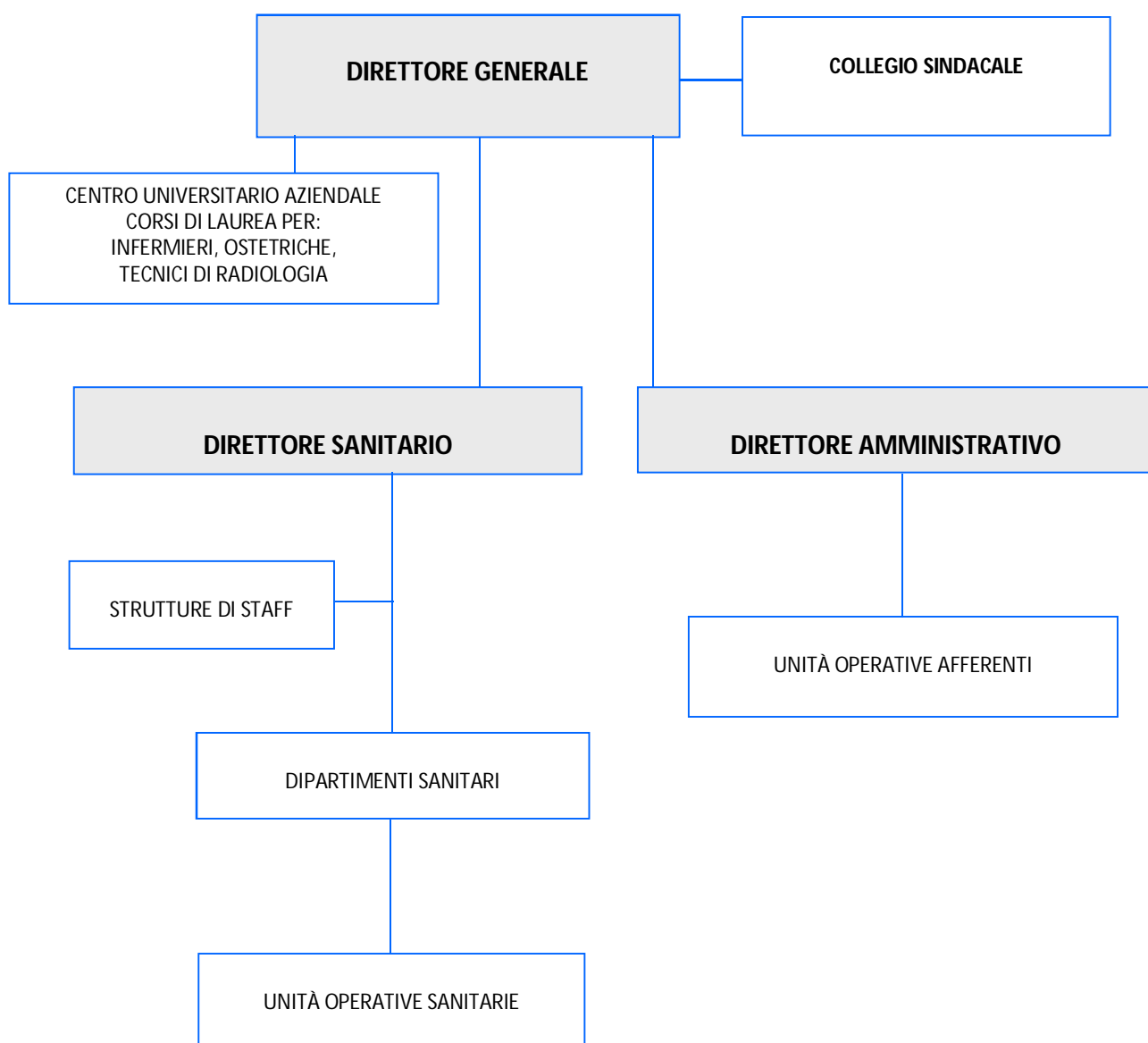
Il processo di cambiamento del contesto sanitario della Regione Campania, avviato con il Decreto Commissariale n. 49/2010 ed in prosecuzione oggi, attraverso il Piano Sanitario Regionale vigente, va nella direzione della progressiva deospedalizzazione e del potenziamento dei servizi territoriali. In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

4.2 Analisi del contesto interno

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

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

ORGANIGRAMMA GENERALE



4.3 Modello organizzativo: i dipartimenti

Nell'Azienda ospedaliera di Caserta l'organizzazione dell'attività è articolata nelle seguenti aree:

- **AREA DIREZIONALE,**

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

- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE,**

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

I dipartimenti attivi in Azienda sono 7, tutti nell'area sanitaria:

- Scienze Mediche;
- Scienze Chirurgiche;
- Cardio-Vascolare;
- Salute della Donna e del Bambino;
- Emergenza ed Accettazione;
- Servizi Sanitari;
- Oncologico.

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

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

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

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

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

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

Risorse finanziarie

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

Risorse umane

Il depauperamento progressivo del personale per cessazioni dal lavoro a vario titolo non sostituito, per molti anni, per il blocco delle procedure concorsuali, in ottemperanza alle direttive regionali e nazionali, risulta evidente se si analizza l'organico attuale; ciò ha creato disfunzioni sul versante assistenziale, rendendo, a volte, problematica anche la risposta all'emergenza.

Il tutto ha determinato un invecchiamento anagrafico del personale addetto all'assistenza, incrementando il ricorso ad assenze per malattia e la concessione di esoneri dalla turnazione e da compiti assistenziali per inidoneità al ruolo. Ovviamente la criticità assume contorni estremamente

rilevanti in quanto la natura propria di Azienda di Rilievo Nazionale non permette di dilazionare risposte di alta specialità, né permette di delegare ad altre strutture i compiti propri dall'AO.

Tuttavia, nell'ultimo anno, si è invertita questa tendenza grazie all'attivazione di diverse procedure di reclutamento del personale sanitario ed amministrativo.

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2019 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
Ruolo Sanitario	1569	1148	48	392
Ruolo Professionale	10	6	0	4
Ruolo Tecnico	340	152	18	170
Ruolo Amministrativo	148	49	31	68
Totale	2067	1335	97	634
Totale DIRIGENZA MEDICA	510	348	21	158
Totale DIRIGENZA SANITARIA	35	30	2	5
Totale DIRIGENZA P.T.A.	24	17	2	5
Totale COMPARTO	1498	960	72	466

Risorse tecnologiche

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomediche, consiste in circa 5.000 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 45.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N° 3 TC (una 256 slices, una 320 slices, una 16 slices);
- N° 1 RMN;
- N° 3 sistemi per angiografia (due per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- N° 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

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

5 Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori e target

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

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

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

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

5.1 Obiettivi strategici

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

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

1. **riaffermare il ruolo centrale dell'Azienda Ospedaliera di Caserta**, collocandola istituzionalmente come punto di riferimento dell'intero territorio provinciale;
2. **costruire un modello organizzativo** in grado di realizzare un sistema integrato con le altre aziende provinciali e campane per un efficace modello di rete in cui inserire le singole discipline:
 - rete dell'emergenza
 - rete dell'emergenza cardiologica
 - rete dell'ictus cerebrale acuto
 - rete del trauma grave
 - rete oncologica
 - rete materno infantile

- rete delle cure riabilitative tra fase acuta - bassa intensità della riabilitazione - lungodegenza

3. **realizzare il modello regionale ospedale in rete hub & spoke**, esso esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento, dopo aver stabilizzato il paziente, se trattasi di un caso urgente.

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

È, inoltre, **Centro Trauma di alta Specializzazione (CTS)** per il bacino d'utenza afferente alle macro-aree di Caserta, Benevento ed Avellino;

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

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

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

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

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

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

Area della qualità: migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni rese, concretizzando gli obiettivi generali già enunciati ed utilizzando due indirizzi tra loro complementari. Il primo è relativo alla

qualità percepita dal singolo utente, personalizzando il servizio e costruendo un rapporto fiduciario. Il secondo introduce, nell'ambito dell'organizzazione, i principi e i metodi dell'assicurazione di qualità al fine di garantire una operatività ottimale dell'organizzazione nel suo complesso.

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

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

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

Prevenzione della Corruzione in applicazione di quanto previsto dalla delibera CIVIT n.6/2013 e dalle successive raccomandazioni della stessa Commissione, poi Autorità Nazionale Anticorruzione, sono previsti obiettivi sia per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione che per i Direttori di UU.OO.CC. e per i Responsabili di UU.OO.SS.DD. Tali ultimi obiettivi sono corredati di indicatori e target riconducibili al Piano di Prevenzione della Corruzione. Essi incidono, in termini di peso, sulla misurazione e valutazione della performance in modo da mantenere invariato il valore di 75/100 per i comportamenti organizzativi, e 25/100 gli obiettivi individuali, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale – deliberazione n.262/2019.

5.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

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

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

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

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

5.3 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e risultato generale

Tutto il personale dirigente, il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità, nonché il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione della performance individuale codificata nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance – deliberazione n.262/2019 - di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

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

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

Relativamente al punto 1) per il Direttore di Dipartimento, per il Direttore di U.O.C. e per il Responsabile di U.O.S.D con attribuzione diretta delle risorse, la valutazione è determinata dal risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati; **per il restante personale dirigente, per il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché per il personale del comparto**, il Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovraordinata può individuare gli obiettivi che richiedono il coinvolgimento dei collaboratori e, quindi, individua i **dirigenti, personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché personale del comparto** che debbono concorrere e in quale misura al raggiungimento di uno o più dei citati

obiettivi strategici e/o operativi assegnati alla Struttura, con la facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti nella scheda della struttura, purché individuati in coerenza con gli obiettivi strategici e operativi stessi. Lo stesso Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente alla Struttura, provvederà a verificare il raggiungimento degli obiettivi singolarmente assegnati a **tutti i dirigenti, al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché al personale del comparto** afferenti all'articolazione diretta.

La valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere valutata con un punteggio massimo di **75 punti**.

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

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

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

5.4 L'influenza dell'emergenza pandemica sul sistema delle valutazioni

Il perdurare dell'emergenza pandemica da Covid-19 e l'incertezza della durata del periodo emergenziale, allo stato fissato fino al 30.04.2021, impongono, sin d'ora, in via del tutto eccezionale, la previsione di apposite modalità di misurazione e di valutazione al verificarsi dei vari scenari, limitatamente alle UU.OO. riconvertite totalmente per il trattamento dei pazienti affetti da Covid-19. A tal proposito, si possono prevedere i seguenti casi:

caso "a") - *U.O. Covid attivata durante il 2021 riconvertendo una U.O. preesistente:*

in questo caso la valutazione della U.O. in merito agli obiettivi specifici assegnati verrà riferita al solo periodo di attività della U.O. ordinaria e, quindi, la valutazione di ciascuna

sarà data, come di consueto, dalla somma della valutazione attribuita alla U.O. e quella individuale; per il periodo di U.O. Covid si farà riferimento ai soli obiettivi individuali raggiunti dagli attori coinvolti che costituiranno, da soli, la valutazione complessiva individuale di ciascuno. Naturalmente, la valutazione complessiva individuale di ciascuno degli attori coinvolti per l'intero anno sarà data dalla sommatoria delle valutazioni relative ai due periodi, ponderate in funzione della durata di ciascuno di essi.

caso "b") - *U.O. Covid attivata già durante il 2020 riconvertita nella U.O. ordinaria preesistente:*

in questo caso, l'approccio sarà analogo a quello proposto al punto che precede, ma con l'inversione delle due fasi. Per cui, nel primo periodo di attività come U.O. Covid si farà riferimento ai soli obiettivi individuali raggiunti dagli attori coinvolti che costituiranno, da soli, la valutazione complessiva individuale di ciascuno; nel periodo successivo, caratterizzato dalla riattivazione della gestione ordinaria della U.O., la valutazione complessiva individuale di ciascuno sarà data dalla somma della valutazione assegnata agli obiettivi specifici raggiunti e della valutazione assegnata agli obiettivi individuali. Anche in questo caso, la valutazione complessiva individuale di ciascuno degli attori coinvolti per l'intero anno sarà data dalla sommatoria delle valutazioni relative ai due periodi, ponderate in funzione della durata di ciascuno di essi.

caso "c") - *U.O. Covid costituita già durante il 2020 ed attiva per tutto il 2021:*

in questo caso, si farà riferimento ai soli obiettivi individuali raggiunti dagli attori coinvolti che costituiranno, da soli, la valutazione complessiva individuale di ciascuno.

6 Il ciclo di gestione della performance

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

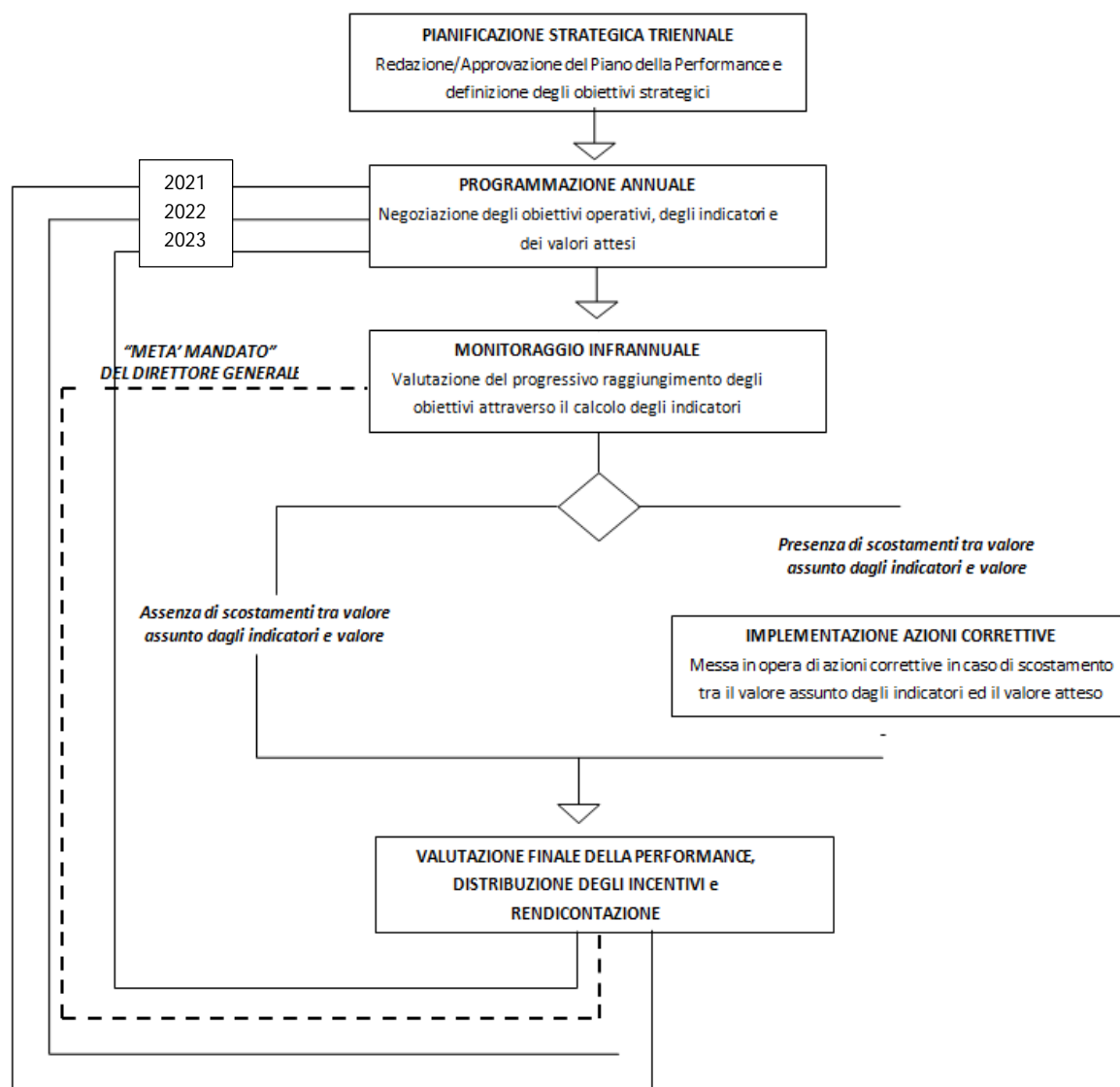
- PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE (definizione degli obiettivi strategici che l'Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE (negoiazione degli obiettivi – con conseguente allocazione delle risorse - che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi);
- MONITORAGGIO INFRANNUALE DELLA PERFORMANCE (monitoraggio in itinere del grado di

raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive);

- MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE (misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti);
- UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione del merito);
- RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholder del sistema in un'ottica di accountability).

Nel grafico seguente, attraverso l'utilizzo di uno specifico *flow-chart*, si descrive la successione delle varie fasi che compongono l'intero processo implementato in Azienda.

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



6.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione

Il Piano è redatto sulla base delle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite a partire dal Decreto Commissariale n. 49/2011 e dal Piano Sanitario Regionale vigente i quali, sulla scorta di alcuni principi di fondo come il miglioramento e il potenziamento della prevenzione e della promozione della salute, l'integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema e l'ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento, lo sviluppo della *clinical governance* e l'attenzione alla sicurezza delle cure, la realizzazione dei necessari investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico, la riorganizzazione del sistema informativo e lo sviluppo delle attività di monitoraggio, le politiche del farmaco, la cura delle formazioni e della qualificazione del personale, pongono il cittadino al centro del sistema, cercando di offrire risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici

bisogni di salute. L'attuazione della normativa regionale trova espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Sulla base degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale viene definito il presente Piano a conclusione di un processo articolato, **per fasi**, nel modo seguente:

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

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

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

Il collegamento obiettivi-risorse e l'assegnazione dei budget prevedono il coinvolgimento della U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria, Provveditorato-Economato e Gestione Risorse Umane.

I tempi di redazione del Piano sono dettati dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di

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

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

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

6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il piano della performance, oggi alla sua prima emissione, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

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

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

6.4 La valutazione della performance individuale

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

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, come noto, in precedenza la valutazione era limitata alla dirigenza e riguardava la verifica annuale del

raggiungimento degli obiettivi generali e individuali, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché le verifiche periodiche di fine incarico.

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

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

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

Gli indicatori previsti possono riguardare i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente:
 - al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi;
 - al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;
 - alla **flessibilità**, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
 - all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:

- la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
- l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
- l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
- la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e sull'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché sull'**ascolto** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziiazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso attraverso:
 - le **reti relazionali** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali;
 - la **gestione delle risorse umane**, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali;
 - l'**integrazione organizzativa** per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

7 Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione

DIRETTORI UU.OO.CC. e RESPONSABILI UU.OO.SS.DD

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

8 Allegati tecnici

- analisi SWOT
- analisi quali-quantitativa delle risorse umane
- schede di valutazione individuale anno 2021 – Area Dirigenza
- schede di valutazione individuale anno 2021 – Area Comparto
- schede di rilevazione obiettivi/indicatori/risultati attesi/pesi
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2021 (POLA)

Analisi S.W.O.T.

ANALISI S.W.O.T.	
Punti di forza	Punti di debolezza
Professionalità di elevata competenza	Scarsa implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio
Tecnologie di elevata specialità	Approccio inappropriato ed impegno insufficiente da parte di alcuni dirigenti verso l'implementazione di tutte le fasi previste dal ciclo della performance
Attività uniche nel bacino di utenza	Vetustà dei locali di alcune Unità Operative
Casistica trattata	Lavori di ristrutturazione in corso
Concentrazione delle attività in un unico presidio	Carenza di personale
Opportunità	Minacce
Implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio	Diminuzione del numero di ricoveri e dei PACC in conseguenza della diffusione del Covid-19
Incremento delle prestazioni ambulatoriali in luogo di ricoveri con DRG inappropriati	Necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità per inadeguatezza dell'offerta territoriale
Rapporto integrato e istituzionalizzato con le associazioni di volontariato	Anomalo incremento delle giornate di degenza per inadeguatezza dell'offerta territoriale

Tabelle analisi quali-quantitativa delle risorse umane

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI	
ANNO	2019
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	50
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	55
% DIPENDENTI IN POSSESSO DI LAUREA	33
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
ANNO	2019
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	3
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	3
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	7
INDICATORI	
ANNO	2019
% DI DIRIGENTI DONNE	40
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	49
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	58.000
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	29.000
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	49
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	26

Scheda di valutazione individuale – 2021

AREA DIRIGENZA

Valutato (Matricola, Cognome e Nome)	
Unità operativa	
Incarico / Ruolo	
Valutatore (Matricola, Cognome e Nome)	

Legenda valutazione:

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

1. CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Dimostra interesse, conosce le linee strategiche aziendali ed offre contributi specifici alla loro definizione: si informa sistematicamente ed è attento all'evoluzione dell'azienda.	1	2	3	4	5
2. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Partecipa attivamente alla definizione dei programmi dell'U.O. e agisce coerentemente ad essi.	1	2	3	4	5
3. RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DELLE DIRETTIVE AZIENDALI È attento a declinare i propri comportamenti professionali nel rispetto delle norme condivise.	1	2	3	4	5
4. FLESSIBILITA' Dimostra disponibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e in emergenza.	1	2	3	4	5
5. CASISTICA/ATTIVITA' SEMPLICE Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività semplice.	1	2	3	4	5
6. CASISTICA/ATTIVITA' COMPLESSA Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività complessa.	1	2	3	4	5
7. FORMAZIONE PROFESSIONALE Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno dell'U.O.. Rispetta	1	2	3	4	5

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

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 75	
-------------------------	-------------------	--

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

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

Scheda di valutazione individuale – 2021

AREA COMPARTO

Valutato (Matricola, Cognome e Nome)	
Unità operativa	
Incarico / Ruolo	
Valutatore (Matricola, Cognome e Nome)	

Legenda valutazione:

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

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

7. FLESSIBILITA' Indica il grado di apertura a diverse soluzioni, di disponibilità a ricercare alternative ai comportamenti e alle problematiche abituali.	1	2	3	4	5
8. SVILUPPO PROFESSIONALE Indica il contributo attivo alla manutenzione e innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale.	1	2	3	4	5
9. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro, nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, comportamenti per la tutela della sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA Indica il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto/ufficio.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 50	
-------------------------	-------------------	--

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

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

P.O.L.A.

Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2021

Premessa	
Riferimenti normativi.....	
Lo stato di attuazione.....	
Modalità attuative	
Gli obiettivi del lavoro agile.....	
Attività che possono essere svolte in modalità agile	
Sistema di misurazione e valutazione della performance	
Ulteriore sviluppo del lavoro agile nell'Azienda Ospedaliera	
Le condizioni abilitanti.....	
Salute organizzativa e Sistema di misurazione e valutazione della performance.....	
Salute professionale.....	
Salute digitale.....	
Aspetti economici.....	
Sviluppi tecnologici.....	
Introduzione indicatori di sviluppo.....	
Disciplina per il lavoro agile nell'Azienda Ospedaliera	
Art. 1 Definizioni	
Art. 2 Diritti e doveri del/della dipendente.....	
Art. 3 Destinatari.....	
Art. 4 Accordo Individuale	
Art. 5 Trattamento economico del personale.....	
Art. 6 Luoghi di lavoro	
Art. 7 Orario di lavoro e disconnessione	
Art. 8 Dotazione Tecnologica.....	
Art. 9 Formazione, comunicazione e supporto	
Art. 10 Potere direttivo, di controllo e disciplinare.....	
Art. 11 Privacy.....	
Art. 12 Sicurezza sul lavoro.....	
Art. 13 Norma generale.....	
Allegato: Accordo individuale per la prestazione in lavoro agile	

Premessa

L'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, ha avviato la sperimentazione del lavoro agile nel periodo iniziale della pandemia da Sars-COV2 dello scorso 2020.

Tale nuova modalità di lavoro si è comunque progressivamente inserita nel processo di innovazione dell'organizzazione del lavoro allo scopo di stimolare il cambiamento strutturale del funzionamento della pubblica amministrazione, in direzione di una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, della produttività del lavoro e di orientamento ai risultati e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Grazie a questa esperienza l'Azienda Ospedaliera ha potuto fronteggiare efficacemente, dal punto di vista strettamente amministrativo, l'emergenza sanitaria del 2020, consentendo di contemperare l'esigenza di contrasto alla pandemia con la necessità di continuità nell'erogazione dei servizi.

Su tali basi si è sviluppato il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile che si integra nel ciclo di programmazione dell'Amministrazione attraverso il Piano della Performance, come previsto dall'art.10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il Piano è redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124 attualmente vigente. A seguito dell'emanazione di misure di carattere normativo e tecnico per la disciplina del lavoro agile nelle Amministrazioni Pubbliche, in particolare attraverso l'adozione di ulteriori strumenti, anche contrattuali, si provvederà ad adeguare il presente documento.

Riferimenti normativi

Il lavoro agile nella pubblica amministrazione trova il suo avvio nella Legge 7 agosto 2015, n.124 *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* che con l'art. 14 *"Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"* stabilisce che *"le amministrazioni, ..., adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera"*.

La successiva Legge 22 maggio 2017, n.81, *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"* disciplina, al capo II, il lavoro agile, prevedendone l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa *"in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva"*.

Attraverso la direttiva n. 3/2017, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l'attuazione delle predette disposizioni attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro e la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

Nei primi mesi del 2020, a causa della situazione connessa all'epidemia da COVID-19, il lavoro da remoto si impone come una delle misure più efficaci per affrontare l'emergenza.

Le misure più significative riguardano:

- Prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione (Art 18 co. 5 del DL 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n.124/2015);
- Previsione del lavoro agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, al fine di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la

presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione (Art 87 co 1 e 2 del DL 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni);

- Introduzione del POLA: *"....., le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il **Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)**, quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità' attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività' che possono essere svolte in modalità' agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità' e della progressione di carriera, e definisce, altresì', le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché' della qualità' dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano". (Art.263 comma 4-bis DL 34 del 19 maggio 2020);*
- Indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale (Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020);
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le linee guida per il POLA;
- Ordinanza del Presidente della Regione Campania n.7 del 10/3/2021

Lo stato di attuazione

L'Azienda Ospedaliera avvia la sperimentazione -in fase emergenziale- per l'introduzione nell'Amministrazione del lavoro agile (Smart Working) attraverso la Direttiva del Commissario Straordinario di cui alla nota prot.n.9286/i del 16 marzo 2020.

La citata direttiva, prevedeva l'accesso al lavoro agile esclusivamente per particolari tipologie di dipendenti e precisamente:

- a) dipendente con figli minori di anni 12;
- b) dipendenti con gravi patologie, con pluri-patologie o con problemi immunologici;
- c) dipendenti conviventi con soggetti a rischio o ultrasessantacinquenni.

In merito all'utilizzo della forma del lavoro agile va, innanzitutto, evidenziato che quest'azienda, fino ad oggi, ha usufruito di tale istituto in forma del tutto marginale, considerato l'esiguo numero di dipendenti che ne hanno usufruito e soprattutto delle attività ivi svolte. Infatti, dai dati aggiornati acquisiti presso l'UOC Gestione Risorse Umane, risulta che, a fronte di un numero totale di dipendenti pari a 1368, più ulteriori 149 lavoratori somministrati, dall'inizio dell'epidemia, hanno usufruito di tale forma di lavoro in tutto 20 dipendenti, peraltro a tempo parziale.

Come si vede, la percentuale di lavoratori che hanno usufruito di questa forma lavorativa è estremamente limitata rispetto al totale dei dipendenti (inferiore all'1%). Ciò trova spiegazione nel fatto che, per la gran parte, i lavoratori dell'azienda concorrono alla produzione di servizi essenziali per i quali non è previsto il ricorso a tale forma di lavoro. Conseguentemente, anche gli impatti sulla produttività e sugli altri aspetti organizzativi conseguenti all'introduzione di tale forma di lavoro hanno avuto in azienda dei risvolti, praticamente, trascurabili.

Volendo essere più precisi, risulta che l'unica unità operativa che ha fatto maggiormente ricorso al lavoro agile è la UOC Gestione Economica Finanziaria.

Per quanto attiene agli interventi di competenza della UOC Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.), consultato il personale di questa UOC, risulta che ai dipendenti collocati in lavoro agile viene concessa una doppia possibilità a scelta: o viene configurato il pc aziendale con un apposito software che consente il collegamento a distanza col server aziendale e si autorizza il trasferimento momentaneo del pc presso la residenza del lavoratore; oppure, se il lavoratore mette a disposizione un pc portatile di sua proprietà, questo viene configurato dalla UOC S.I.A. con appositi software che consentono, dalla propria residenza, di poter gestire direttamente il pc aziendale.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

È evidente che, per il rispetto delle norme emanate nel tempo, soprattutto di quelle più recenti che hanno ulteriormente esortato verso una maggiore diffusione del lavoro agile, è necessario un maggior impegno nella gestione dell'organizzazione aziendale degli Uffici Tecnico-Amministrativi e delle relative attività.

Con la normativa emergenziale che ha caratterizzato il 2020, si è accelerato sulla necessità di adeguare l'organizzazione interna dell'Area Amministrativo-tecnica-contabile alle normative nazionali e regionali, nonché alle esigenze dell'Azienda, dei Dirigenti, dei dipendenti e dei cittadini.

Modalità attuative

Gli obiettivi del lavoro agile

Con il lavoro agile l'Azienda Ospedaliera persegue i seguenti obiettivi amministrativo-tecnico-contabili principali:

- ❖ Diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- ❖ Rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- ❖ Valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ❖ Promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- ❖ Promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- ❖ Razionalizzare le risorse strumentali;
- ❖ Riprogettare gli spazi di lavoro;
- ❖ Contribuire allo sviluppo sostenibile, attraverso la riduzione della mobilità e, conseguentemente, degli effetti sulla viabilità e sulla qualità dell'ambiente.

Attività che possono essere svolte in modalità agile

La normativa vigente prevede che almeno il 60% dei dipendenti assegnati allo svolgimento di attività che possono essere rese a distanza possa avvalersi della modalità di prestazione lavorativa agile (art. 263, comma 4 bis D.L. 34/2020).

Ad integrazione ed innovazione, facendo seguito alla recentissima evoluzione che si è registrata nella diffusione dei contagi da Covid-19, è stata emanata dal Presidente della Regione Campania l'Ordinanza n.7 del 10.03.2021, che sull'argomento, testualmente cita: " *Si richiamano le Pubbliche Amministrazioni all'obbligo di ricorso al lavoro agile nella percentuale più elevata possibile e si raccomanda tale modalità anche ai datori di lavoro private...* "

Come evidenziato nel periodo emergenziale del 2020, nonché in altre realtà della Pubblica Amministrazione dove si è maggiormente puntato sul lavoro agile, sia per prevenire eventuali contagi, sia per venire incontro alle aspettative dei cittadini per evitare una maggiore propagazione di contatti e, quindi, del "virus", è

evidente che potenzialmente tutte le persone dell'area Tecnico-amministrativa dell'Azienda possano accedere all'attività in lavoro agile.

Le condizioni standard sono le seguenti:

- + è possibile svolgere da remoto almeno parte dell'attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- + è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- + è possibile monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- + è nella disponibilità del dipendente, o in alternativa fornita dall'Amministrazione (nei limiti della disponibilità), la strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
- + non è pregiudicata l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini, altri dipendenti ed imprese che deve avvenire con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Non rientrano, pertanto, nelle attività che possono essere svolte in remoto, neppure a rotazione, quelle relative a:

- + personale Dirigente e del comparto del ruolo Sanitario, impegnato nei servizi da rendere necessariamente in presenza nelle Unità Operative dedicate all'assistenza, diagnosi e cura dei pazienti;
- + personale Dirigente e del comparto dei ruoli Professionale e Tecnico, impegnati nella gestione e nelle attività di supporto dell'assistenza sanitaria, nonché all'attività di manutenzione tecnica di impianti ed attrezzature, anche non prettamente sanitarie;
- + personale assegnato a servizi che richiedono presenza per controllo accessi.

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda Ospedaliera è caratterizzato da una mappatura di tutte le attività svolte all'interno dell'ente che sono ricondotte attraverso uno schema gerarchico a obiettivi di livello via via superiore, arrivando al livello strategico.

A tutti i dipendenti sono assegnati obiettivi riconducibili allo schema illustrato nelle linee guida del sistema di misurazione e valutazione.

Alla luce di quanto sopra, l'attuazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della Performance a cui il presente Piano è collegato.

Nella disciplina di dettaglio relativa alla performance per l'anno 2021 si è invece voluto sottolineare come il lavoratore agile sia portatore di comportamenti che caratterizzano tale modalità di lavoro e, pertanto, è prevista l'obbligatoria assegnazione del comportamento "smart worker" e "distance manager" per tutto il personale coinvolto.

Pertanto, l'esercizio del potere direttivo di cui alla L 81/2017 è esercitato anche con gli strumenti programmatori che riguardano la performance dei singoli dipendenti.

La valenza del sistema di misurazione e valutazione della performance in quanto fattore abilitante è approfondita nella successiva sezione dedicata.

Le condizioni abilitanti

Salute organizzativa e Sistema di misurazione e valutazione della performance

Come è da tempo esplicitato nel Piano della performance dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, il processo di misurazione implica la definizione di un sistema di misure e azioni adeguate a rilevare, in termini qualitativi, le dimensioni rilevanti di performance organizzativa e individuale.

Il processo di valutazione consegue dal processo di misurazione e consiste nel confrontare i livelli raggiunti di performance con i risultati attesi, identificando le cause dello scostamento rispetto al livello atteso.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance ha per oggetto:

- a) la valutazione della performance con riferimento all'Azienda nel suo complesso ("performance dell'Azienda");
- b) la valutazione della performance con riferimento agli obiettivi dell'Azienda, delle singole Unità Operative Aziendali e dei rispettivi Dirigenti ("performance organizzativa");
- c) la valutazione della performance dei singoli dipendenti ("performance individuale").

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale persegue il miglioramento continuo dell'organizzazione e lo sviluppo delle risorse umane dell'Azienda da realizzare attraverso la valorizzazione delle competenze professionali e la responsabilizzazione dei collaboratori verso obiettivi misurabili e verso una maggiore delega e autonomia nell'organizzazione delle proprie attività lavorative.

Il processo di valutazione delle performance individuali ha lo scopo di coinvolgere le persone nelle strategie e negli obiettivi dell'amministrazione, esplicitando il contributo richiesto ad ognuno per il raggiungimento di tali obiettivi; la definizione di un processo strutturato e formalizzato di assegnazione degli obiettivi, di verifica del loro stato di attuazione, di confronto fra i soggetti interessati, comporta uno scambio costante che consente di individuare percorsi di crescita delle competenze delle persone anche attraverso formazione ed attività dedicate.

Le finalità del processo di valutazione del personale sono:

- conoscitive: per conoscere il livello del raggiungimento degli obiettivi assegnati e il contributo quantitativo e qualitativo delle persone;
- la motivazione e l'engagement: per essere motivato ognuno deve conoscere e sentirsi coinvolto negli obiettivi dell'organizzazione in cui opera e per orientare i propri comportamenti deve avere feedback continui sul suo operato;
- il cambiamento e l'innovazione organizzativa;
- la crescita delle competenze. Si enfatizzano le conoscenze e i comportamenti del dipendente, per individuare spazi di miglioramento;
- lo sviluppo e la crescita delle persone meritevoli;
- la premialità e il riconoscimento in termini economici del contributo delle persone.

La valutazione individuale della performance è l'esito di un sistema articolato e di diversi ambiti di valutazione:

- la performance organizzativa misurata a livello di ente;
- la performance individuale che deriva dalla misurazione del raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e/o individuali;
- i comportamenti organizzativi che misurano come gli obiettivi sono stati raggiunti, attraverso il confronto tra comportamenti attesi e agiti;
- la presenza.

Da quanto sopra emerge chiaramente che i principali punti di forza dal punto di vista organizzativo sono i seguenti:

- ⊙ tutte le attività svolte nell'ente sono individuate all'interno del Sistema di misurazione e valutazione della performance in un sistema gerarchico di obiettivi;

⊙ tutti i dipendenti sono attribuiti a tali attività, e pertanto lavorano per obiettivi;

⊙ a tutti i dipendenti sono attribuiti comportamenti organizzativi, oggetto di verifica periodica da parte dei rispettivi responsabili.

La progressiva implementazione del ricorso al lavoro agile all'interno dell'Azienda Ospedaliera dovrà, in ogni caso, svilupparsi nel rispetto dell'organizzazione e dei processi aziendali preesistenti, in conformità all'impianto stabilito dal Piano della performance e dell'intero ciclo della performance.

Sviluppi tecnologici

Nel 2020, al fine di ottimizzare l'erogazione dei servizi durante il periodo dell'emergenza epidemiologica COVID-19, l'Amministrazione ha adottato una soluzione tecnica che consente tramite un accesso sicuro (VPN) ai dipendenti di accedere in modalità 'desktop remoto' al proprio PC di ufficio.

Il collegamento avviene utilizzando strumentazione messa a disposizione dall'Ente oppure con strumentazione nella disponibilità del dipendente.

Per il personale è possibile, fermo restando il rispetto delle disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, attivare la modalità agile anche usando strumentazione nella propria disponibilità.

Introduzione indicatori di sviluppo

Per meglio comprendere lo stato di avanzamento in cui l'Azienda si trova al momento della redazione del presente POLA, sono stati individuati i seguenti indicatori. La valorizzazione si riferisce alla data del **31/12/2020**. Si intendono "lavoratori agili" tutte le persone autorizzate al lavoro da remoto per il periodo emergenziale.

SALUTE ORGANIZZATIVA

a) Coordinamento organizzativo del lavoro agile	NO
b) Monitoraggio del lavoro agile	SI
c) Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	SI
d) % lavoratori autorizzati al lavoro da remoto nel periodo emergenziale	1,5% ca.

SALUTE PROFESSIONALE

Competenze direzionali:

a) corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia



di lavoro agile nell'ultimo anno (dirigenza)	NO
b) % dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale	100%

Competenze organizzative:

a) corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno (comparto)	NO
---	----

Competenze digitali:

a) corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	NO
b) lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	100%

SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA

- a) Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile: con eventuali fondi di finanziamento esterne o di bilancio ove necessario;
- b) Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile: con eventuali fondi di finanziamento esterne o di bilancio ove necessario;
- c) Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi: con eventuali fondi di finanziamento esterne o di bilancio ove necessario;

SALUTE DIGITALE

a) N. PC per lavoro agile forniti dall'Azienda Ospedaliera	0
b) Sistema VPN	SI
c) Intranet	NO
d) Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	SI
e) % Applicativi consultabili in lavoro agile	80%
f) Banche dati consultabili in lavoro agile	80%
g) Processi interni digitalizzati	75%
h) Interazione con i servizi digitalizzati sanitari aziendali	SI
i) Interazione con i servizi digitalizzati regionali e nazionali	SI

Disciplina per il lavoro agile nell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta

Art. 1

Definizioni

Ai fini della presente Disciplina, ai sensi del Capo II della legge del 22 maggio 2017 n. 81, si intende per:

"Lavoro agile": modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il prevalente supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano il collegamento con i dispositivi informatici dell'Azienda Ospedaliera nel rispetto delle norme in materia di sicurezza e trattamento dei dati personali.

La prestazione lavorativa è eseguita in parte o esclusivamente presso un luogo collocato al di fuori della sede dell'Amministrazione, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

"Lavoratore/lavoratrice agile": il dipendente, in servizio presso l'Azienda, che espleta parte della propria attività lavorativa in modalità agile secondo i termini stabiliti nell'accordo individuale;

"Accordo individuale": accordo concluso tra il dipendente ed il dirigente della Struttura a cui è assegnato il/la dipendente. L'accordo è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali.

L'accordo prevede, tra l'altro:

- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali;
- l'individuazione della giornata settimanale in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività;
- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;
- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- fascia/e oraria/e di contattabilità telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della salute psico-fisica del lavoratore, della sua efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;

➤ gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati.
All'accordo è allegata l'informativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori in lavoro agile.

"Sede di lavoro": la sede a cui il dipendente è assegnato.

"Luogo di lavoro": spazio nella disponibilità del dipendente (la propria abitazione/domicilio o altro luogo) ritenuto idoneo allo svolgimento della prestazione lavorativa.

Il luogo o luoghi prescelti devono essere indicati dell'Accordo individuale.

"Amministrazione": Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta.

"Dotazione tecnologica": la strumentazione costituita da personal computer, tablet, smartphone, applicativi software ecc.. forniti dall'amministrazione al dipendente e/o nella sua disponibilità, utilizzati per l'espletamento dell'attività lavorativa.

Art. 2

Diritti e doveri dei dipendenti

La presente Disciplina regola l'applicazione del lavoro agile all'interno dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, come disciplinato dalla L. del 22 maggio 2017 n. 81 quale forma di organizzazione della prestazione lavorativa del personale dipendente ed è emanato in attuazione delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia.

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del/della dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative.

Al/alla dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento.

Art. 3

Destinatari

L'attivazione della modalità di lavoro agile avviene su base volontaria.

Il presente disciplinare è rivolto a tutto il personale dipendente in servizio presso l'Azienda Ospedaliera, a tempo determinato (con contratti di minimo 6 mesi) e indeterminato, a tempo pieno o parziale e nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna.

Ai sensi del co.3 bis dell'art. 18 della L. 81/2017, è riconosciuta priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Art. 4

Accordo Individuale

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e il dirigente/datore di lavoro cui quest'ultimo è assegnato.

Il/la dipendente presenta la richiesta al proprio dirigente, precisando gli elementi fondamentali da riportare nell'accordo individuale ovvero l'individuazione delle giornate settimanali in cui si chiede di svolgere l'attività di lavoro agile, l'indicazione dei luoghi di lavoro prevalenti in cui verrà svolta l'attività e la strumentazione da utilizzare.

Il dirigente approva la richiesta, eventualmente apportando modifiche, o la respinge con valida motivazione, e la trasmette alla Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Umane che provvede alla predisposizione dell'accordo individuale che dovrà essere sottoscritto dal dirigente della Unità Operativa del richiedente e dal dipendente medesimo.

L'accordo dovrà essere trasmesso alla U.O.C. Gestione Risorse Umane per le conseguenti procedure di legge: dopo tali adempimenti provvederà a informare il dipendente e il dirigente dell'effettivo avvio del lavoro agile.

L'accordo può avere durata trimestrale, semestrale o annuale.

Nell'accordo devono essere definiti:

- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali;
- l'individuazione della/delle giornata/e settimanale/i in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività;
- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;

- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- fascia/e oraria/e di contattabilità, ovvero reperibilità, telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della salute psico-fisica del lavoratore, della sua efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati.

In caso di eventuali modifiche riguardanti il profilo professionale del dipendente o dell'attività svolta dal medesimo, la prosecuzione della prestazione in lavoro agile è condizionata alla sottoscrizione di un nuovo accordo individuale.

Art. 5

Trattamento economico del personale

È garantita parità di trattamento economico e normativo per il personale che aderisce alla sperimentazione.

Il lavoratore, nelle giornate di lavoro agile, non ha diritto al buono pasto.

Non sono configurabili permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario.

Non è applicabile l'istituto della turnazione e conseguentemente l'eventuale riduzione oraria e l'erogazione della relativa indennità nonché delle indennità, se previste, legate alle condizioni di lavoro.

Nelle giornate in cui l'attività lavorativa è prestata in modalità agile non è configurabile il lavoro straordinario, la maturazione di orario aggiuntivo e di riposi compensativi.

Le indennità relative a turno, disagio ed altre indennità giornaliere legate alle modalità di svolgimento della prestazione, non sono riconosciute.

Art. 6

Luoghi di lavoro

Nelle giornate di lavoro agile il/la dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi che, tenuto conto delle attività svolte e secondo un criterio di ragionevolezza, rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e, quindi, siano idonei all'uso abituale di supporti informatici, non mettano a rischio la sua incolumità, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

In particolare, il luogo di lavoro deve essere tale da garantire la necessaria riservatezza delle attività, evitando che estranei possano venire a conoscenza di notizie riservate.

È inoltre necessario che il luogo ove si svolge l'attività non metta a repentaglio la strumentazione dell'Amministrazione.

Nelle giornate di lavoro agile i/le dipendenti utilizzeranno prioritariamente spazi chiusi privati (in primo luogo il proprio domicilio abituale, ma non esclusivamente), spazi in strutture pubbliche attrezzate per l'accoglienza (es.: biblioteche pubbliche o private) e il collegamento da altri luoghi, preservando sempre la riservatezza e la sicurezza dei dati.

È necessario fornire un'indicazione del luogo prevalente (o dei luoghi) al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni sul lavoro. Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per le necessarie denunce.

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Il lavoratore agile può chiedere di poter modificare, anche temporaneamente, il luogo di lavoro presentando richiesta scritta (anche a mezzo e-mail) al proprio Dirigente di riferimento il quale, valutatane la compatibilità, autorizza per scritto (anche a mezzo e-mail) il mutamento o l'integrazione; lo scambio di comunicazioni scritte, in tal caso, è sufficiente ad integrare l'accordo individuale, senza necessità di una nuova sottoscrizione.

Ogni modifica temporanea o permanente del luogo di lavoro deve essere prontamente comunicata dal lavoratore alla propria Unità Operativa o direttamente al proprio Direttore di U.O.C..

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali come previsto dall'art 12 della presente disciplina.

Il luogo di lavoro individuato dal lavoratore di concerto con il Dirigente, non può, in nessun caso, essere collocato al di fuori dei confini nazionali.

Art. 7

Orario di lavoro e disconnessione

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al/alla dipendente, il/la quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto comunque dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione.

Nell'ambito delle modalità di esecuzione della prestazione, definite nell'accordo individuale, sono individuate le giornate della settimana in cui l'attività è svolta in modalità lavoro agile, che potranno comunque essere oggetto di modifica nel corso di validità dell'accordo.

L'eventuale ed imprevisto malfunzionamento delle dotazioni tecnologiche, che renda impossibile la prestazione lavorativa in modalità agile, dovrà essere tempestivamente segnalato dal/dalla dipendente sia al fine di dare soluzione al problema che di concordare con il proprio responsabile le modalità di completamento della prestazione, eventualmente assegnando l'attività sospesa ad altro dipendente, ovvero, ove possibile, il rientro nella sede di lavoro.

L'amministrazione, per esigenze di servizio rappresentate dal Responsabile di riferimento, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento, in particolare per situazioni di emergenza.

In particolare, **nelle giornate di lavoro agile**, per il personale valgono le seguenti regole:

- ⊙ Fascia di svolgimento attività standard: quella corrispondente all'orario di lavoro del dipendente. Durante tale fascia di attività il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di reperibilità telefonica, al fine di garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi.
- ⊙ Per effetto della distribuzione discrezionale del tempo di lavoro, non sono configurabili permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario, parimenti non è applicabile l'istituto della turnazione e conseguentemente l'eventuale riduzione oraria e l'erogazione della relativa indennità, nonché delle indennità, se previste, legate alle condizioni di lavoro.
- ⊙ Il dipendente, nelle giornate di lavoro agile, non matura il diritto al buono pasto.
- ⊙ Al/alla dipendente è garantita la copertura dell'intero debito orario dovuto per la giornata e non è previsto il riconoscimento di prestazioni straordinarie, aggiuntive, notturne e festive.
- ⊙ Qualora nella giornata definita in lavoro agile il/la dipendente debba essere presente nella sede di lavoro per ragioni di servizio e formazione, in via generale effettua un cambio di giornata all'interno della stessa settimana. Qualora ciò non fosse possibile, la presenza nella sede per parte del tempo deve essere attestata con l'utilizzo del badge per ragioni di controllo degli accessi e sicurezza, senza effetto ai fini del controllo dell'orario di lavoro ma con il diritto alla maturazione del buono pasto.

- ◎ Il/la dipendente è tenuto/a ha rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza. In particolare, l'obbligo di pausa è obbligatorio e corrisponde a 15 minuti ogni due ore ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e successive integrazioni e modificazioni.

Art. 8

Dotazione Tecnologica

L'Amministrazione, nel caso in cui il numero di adesioni ed il protrarsi nel tempo di tale modalità di lavoro lo giustifichi, prevede una progressiva sostituzione delle postazioni informatiche di lavoro fisse con dispositivi portatili, da completarsi su base pluriennale.

Il/la dipendente può tuttavia espletare la propria prestazione lavorativa in modalità agile anche avvalendosi di supporti informatici quali personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto idoneo dall'Amministrazione, per l'esercizio dell'attività lavorativa, anche di sua proprietà o nella sua disponibilità.

Nell'accordo individuale viene precisato se il/la dipendente utilizza strumentazione propria o dell'Amministrazione.

Se successivamente alla sottoscrizione dell'accordo il/la dipendente viene dotato di strumentazione di proprietà dell'Amministrazione, è necessario sottoscrivere un nuovo accordo individuale.

Dotazione di strumentazione da parte dell'Amministrazione

L'Amministrazione garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza.

Il/la dipendente si impegna a custodire con la massima cura e a mantenere integra la strumentazione che sarà fornita, in modo tale da evitarne il danneggiamento, lo smarrimento e a utilizzarla in conformità con le istruzioni ricevute. Gli strumenti di lavoro affidati al personale devono essere utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nel rispetto della disciplina legale e contrattuale applicabile.

La manutenzione della strumentazione e dei relativi software è a carico dell'Amministrazione.

Ai fini di garantire le comunicazioni telefoniche, nelle giornate di lavoro agile il/la dipendente è tenuto ad attivare la deviazione di chiamata sul cellulare di servizio o di proprietà o su altra utenza fissa indicata nell'accordo individuale.

Utilizzo di strumentazione del/la dipendente

Il dipendente può aderire all'accordo individuale anche nel caso in cui l'Amministrazione non sia in grado di provvedere alla fornitura dell'attrezzatura

tecnologica, utilizzando strumenti nella propria disponibilità, se ritenuti idonei dall'Amministrazione. A tal scopo, il dispositivo da utilizzare dovrà essere sottoposto alla verifica di conformità da parte della U.O.C. Servizi Informativi Aziendali, che provvederà anche all'installazione dei necessari softwares utili allo svolgimento del lavoro agile.

Il/la dipendente dichiara di utilizzare strumentazione a propria disposizione e in particolare computer con sistema operativo adeguato alle caratteristiche necessarie all'uopo, connessione internet adeguata e si dichiara disponibile a installare sul proprio computer il software di connessione alla rete dell'Azienda Ospedaliera e il software di autenticazione. La mancata sottoscrizione di tale previsione non consente di procedere all'attivazione dell'accordo.

I costi relativi a tali utenze per linea dati e telefonica sono a carico del/la dipendente.

Disposizioni comuni

Ulteriori costi sostenuti dal/dalla dipendente direttamente e/o indirettamente collegati allo svolgimento della prestazione lavorativa (elettricità, linea di connessione, spostamenti etc.) o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile **non** sono a carico dell'Amministrazione.

Eventuali impedimenti tecnici (come malfunzionamenti della linea dati o problemi di comunicazione telefonica) allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati al fine di dare soluzione al problema secondo i consueti canali. Qualora ciò non sia possibile, dovranno essere concordate con il proprio Responsabile le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro del/della dipendente nella sede di lavoro.

Art. 9

Formazione, comunicazione e supporto

Per i dipendenti in lavoro agile è prevista specifica formazione.

La partecipazione agli interventi di formazione predisposti dall'Amministrazione per i lavoratori agili è obbligatoria.

Sulla pagina Web aziendale, nella sezione relativa alla U.O.C. Servizi informatici aziendali, è possibile rinvenire approfondimenti e risposte ai quesiti più frequenti.

Art. 10

Potere direttivo, di controllo e disciplinare

La modalità di lavoro in lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del Datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente in lavoro agile e diretto responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa in lavoro agile. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e responsabile si confronteranno almeno con cadenza mensile/bimensile sullo stato di avanzamento. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento dell'Azienda Ospedaliera.

Le parti si danno atto che, secondo la loro gravità e nel rispetto della disciplina legale e contrattuale vigente, le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, così come individuate nel regolamento disciplinare.

Il mancato rispetto delle disposizioni previste dal presente disciplinare, può comportare l'esclusione dal successivo rinnovo dell'accordo individuale.

Art. 11

Privacy

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il/la dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati, analogamente all'attività espletata in presenza, nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016- GDPR e dal D.Lgs. 196/03 e successive modifiche.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

Art. 12

Sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D.Lgs. n. 81 del 09 aprile 2008 e successive integrazioni e modificazioni.

Relativamente alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- ✓ garantisce il buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati;
- ✓ consegna, prima dell'avvio della sperimentazione, un documento scritto informativo dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il/la dipendente è, a sua volta, tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione al proprio responsabile di riferimento, per gli adempimenti di legge.

Art. 13

Norma generale

Per tutto quanto non previsto dalla presente direttiva o dall'accordo individuale, per la regolamentazione dei diritti e degli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, si rinvia alla disciplina contenuta nelle disposizioni legislative, nei contratti collettivi nazionali di lavoro e negli eventuali contratti decentrati integrativi nonché a quanto previsto nel Codice di comportamento dell'Azienda Ospedaliera di Caserta.

Allegato: Accordo individuale per la prestazione in lavoro agile

La/Il sottoscritta/o _____,
matricola n. _____, nata/o il _____, in
_____, C.F.: _____

E

La/il sottoscritta/o _____
Direttore Dipartimento/Direttore della U.O.C./Dirigente/Responsabile

dichiarano di ben conoscere ed accettare la Disciplina per il lavoro agile nell'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale "Sant'Anna e San Sebastiano" di cui al Piano Organizzativo per il lavoro agile attualmente vigente e

CONVENGONO

che il/la dipendente è ammesso/a a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile nei termini ed alle condizioni di seguito indicate ed in conformità alle prescrizioni stabilite nella Disciplina sopra richiamata stabilendo altresì:

- ❖ Data di avvio prestazione lavoro agile: _____
- ❖ Data di fine della prestazione lavoro agile: _____
- ❖ Giorni/o settimanali/e per la prestazione in modalità agile

_____ - _____ - _____ -

_____ - _____

Ai fini dello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile da remoto, si prevede l'utilizzo della seguente dotazione:

Dotazione tecnologica di proprietà/nella disponibilità del dipendente conforme alle specifiche tecniche richieste **IN ALTERNATIVA**:

Dotazione tecnologica fornita dall'Amministrazione: cellulare, personal computer portatile e relativa strumentazione accessoria

Luoghi di lavoro:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____



Fascia di contattabilità obbligatoria del dipendente: mattina dalle _____ alle _____ e, in caso di giornata con rientro pomeridiano, dalle _____ alle _____.

Potere direttivo, di controllo e disciplinare

La modalità di lavoro in lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del Direttore della U.O.C., che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si esplicherà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente in lavoro agile e diretto responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa in lavoro agile. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e responsabile si confronteranno almeno con cadenza mensile/bimensile sullo stato di avanzamento. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento.

Le parti si danno atto che, secondo la loro gravità e nel rispetto della disciplina normativa e contrattuale vigente, le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, così come individuate nel regolamento disciplinare.

Il mancato rispetto delle disposizioni previste dal presente disciplinare, con particolare riguardo all' "Orario di lavoro e disconnessione", può comportare l'esclusione dal successivo rinnovo dell'accordo individuale.

Il dipendente ed il Dirigente Responsabile della Struttura si impegnano al rispetto di quanto previsto nell'Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile di cui, con la sottoscrizione del presente accordo, confermano di avere preso visione.

Data

Firma del Dirigente della U.O.C. _____

Firma del dipendente _____

SCHEDE DI RILEVAZIONE OBIETTIVI SPECIFICI PER STRUTTURA

Attribuzione obiettivi anno 2021

U.O.C. Gestione Risorse Umane - Direttore: dott.ssa Luigia Infante

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Reclutamento personale anno 2021: attuazione modalità operative delle autorizzazioni Regionali	Procedure di reclutamento (mobilità, avvisi a tempo determinato, concorsi) e attività di monitoraggio dei reclutati.	Report annuale e periodici come richiesto dalla Regione	10%
	Attuazione Piano Ospedaliero	Conferimento incarichi Dirigenziali, procedure incarichi comparto	Relazione al 30/06 a al 31/12	10%
	Attuazione nuovo CCNL, area Comparto	Partecipazione a contrattazione Integrativa	Proposte e Verbalì, riunioni sindacali	10%
	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e relazioni di competenza	Aggiornamento al 31/10 con relazione finale al 31/12	5%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica del Regolamento Aziendale per il reclutamento del personale dirigente e non dirigente per selezione pubblica (misura n° 1 del PTPCT 2021/2023). Anno 2021 - 100%	Proposta Regolamento	5%
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza assegnate con Del. N. 190/2021	N.2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	15%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica in raccordo con i Direttori di Dipartimento, di un Piano di rotazione del personale, ordinaria e straordinaria (misura n° 11 del PTPCT 2020/2023). Anno 2021 - 100%	Proposta Regolamento	5%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica in raccordo con i Direttori di Dipartimento, di un Piano di rotazione del personale, ordinaria e straordinaria (misura n° 11 del PTPCT 2021/2023). Anno 2021 - 100%	Proposta Piano	5%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica in raccordo con i Direttori di Dipartimento, per l'aggiornamento del Regolamento Aziendale Incarichi Dirigenziali Area Sanitaria Incarichi Dirigenziali Area PTA	Proposta Piano	5%
	Trasparenza (D.Lgs. 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021/2023 - 100%.	Verifica da parte del RTPC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5%

Il Direttore P.P. U.O.C. Programmazione e CIG

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

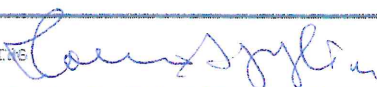
Il Direttore U.O.C.

Attribuzione obiettivi anno 2021

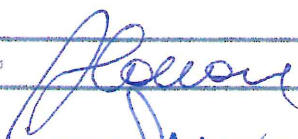
U.O.C. Sistemi Informativi Aziendale - Direttore: Dott. Giovanni Sferragatta

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Progetto Art.79 L. 133/2008 linea 3: prosecuzione implementazione SIAC	Coordinamento attività informatica e supporto operativo	Relazione, implementazione raggiunta al 31/12	10%
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza assegnate con Del. N.190/2021	N.2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	10%
	Sistema informatico e di telecomunicazioni (connessione dati - reti): partecipazione attiva alla realizzazione delle gare e/o acquisizioni di specifica competenza	Gare e ulteriori attività collegate con particolare riferimento a gare di informatizzazione, ampliamento rete, completamento videosorveglianza, gestione CUP	Relazione aggiornata al 30/09 e finale al 31/12	10%
	Prevenzione della Corruzione	Integrazione del software informativo aziendale inserendo un alert sui contratti in scadenza per evitare un uso distorto della proroga (misura 3 del PTPCT 2021/2023). Target anno 2021 - 100%	Report	10%
	Trasparenza (D LGS 33/2003)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021 - 100%	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet Aziendale.	10%
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.	Tempi di liquidazione fatture dalla ricezione	Liquidazione fatture entro 10 gg.	15%
	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e relazioni di competenza	Aggiornamento al 31/10 e relazione finale al 31/12 sulle attività poste in essere	10%

Il Direttore F.F. U.O.C. Programmazione e C.R.S.



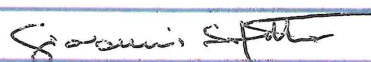
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.C.

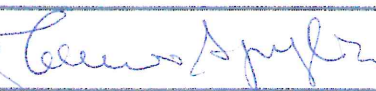


Attribuzione obiettivi anno 2021

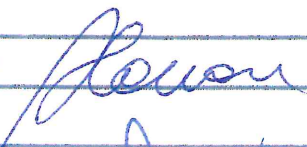
U.O.C. Ingegneria Ospedaliera
Direttore: Arch. Virgilio Patitucci

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Programmazione delle attività e dei contratti di manutenzione ordinaria e straordinaria impianti ed edifici	Procedure e gestione contratti di manutenzione in essere e da avviare con scadenza interventi posti e/o da porre in essere	Corretta e completa attuazione degli adempimenti - Relazione al 30.09 ed al 31.12	10%
	Art.20 legge 67/88 e III fase I stralcio e completamento	Predisposizione schede, proposta delibere e monitoraggio stato avanzamento	Avvio lavori III fase I stralcio Ammissione a Finanziamento III fase completamento	20%
EFFICIENZA	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e Relazioni di competenza	Aggiornamento al 31/10 con relazione finale al 31/12	5%
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza assegnate con Del. N.190/2021	N.2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	10%
	Adempimenti in Materia di Trasparenza	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021 - 100%	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5%
	Adempimenti DGRC 378/2020	Affidamento incarichi professionali e lavori - Monitoraggio mensile	Completamento lavori interventi previsti	25%

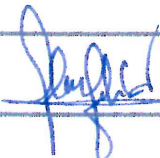
Il Direttore F.F. U.O.C. Programmazione e CdG



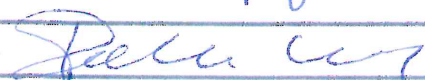
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.C.



data di assegnazione

Attualizzazione obiettivi anno 2021

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	1) Flussimetro; 2) N. 1 Microscopio per Neurochirurgia; 3) N. 2 Riuniti Dentistici; 4) N. 20 Defibrillatori; 5) N. 2 Videolaparoscopi; 6) N. 1 Agitatore Piastrinico; 7) N. 1 Laser Neurochirurgia; 8) N. 12 Isole Neonatali; 9) Noleggio N. 1 Portatile per Radioscopia; 10) N. 1 Centrale di Monitoraggio Pneumologia; 11) N. 8 Pompe Infusionali; 12) N. 6 Microscopi Anatomia Patologica; 13) N. 11 Incubatrici Neonatali; 14) Lavori Installazione N. 4 Telecomandati Digitali in Radiologia e P.S.	Indagini di mercato, gestione procedure di acquisto	Raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12	20%
	1) Manutenzione Full-Risk TC Toshiba "Aquilone One"; 2) Accessorio "Cone Beam" per la Risonanza Magnetica Philips mod. "Allura FD20"; 3) Capitolato PET/TC; 4) Capitolato SPECT; 5) Capitolato TC Centraggio per Acceleratore Lineare; 6) Capitolato N. 2 Acceleratori Lineari		100%	20%
EFFICIENZA	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.	Tempi di liquidazione fatture dalla ricezione	Liquidazione fatture entro 20 gg.	25%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021 - 100%	Trasparenza e tempistiche	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%

Il Direttore P.F. U.O.C. Programmazione e C&G

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.

Attribuzione obiettivi anno 2021

U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione
Direttore f.f. Dott. Tommaso Sgueglia

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio erogazione dei LEA previsti nell'allegato A della Delibera G.R. Campania n° 297 del 23/05/2017 unitamente alla U.O. AMAS	Indicatori relativi ai LEA così come previsti nell'allegato A sui dati forniti trimestralmente dalla U.O. AMAS	Scheda trimestrale riepilogativa	25%
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020	Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza	10%
EFFICIENZA	Art. 79 L. 133/2008: Linea Progettuale 2 Implementazione monitoraggio SSR con aggiornamento CdC	Collaborazione con RTI in tutte le fasi del progetto	Aggiornamento CdC	20%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021 - 100%	Assolvimento degli adempimenti di cui all'allegato 3 del PTPCT	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	20%

Il Direttore F.F. U.O.C. Programmazione e CdG

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

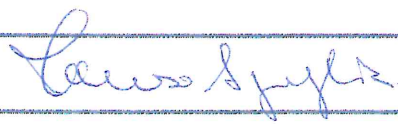
Il Direttore U.O.C.

Attribuzione obiettivi anno 2021

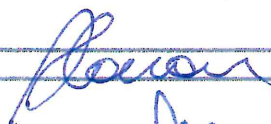
U.O.C. Affari Generali - Direttore: Dott. Eduardo Chianese

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza assegnate con Del. N.190/2021	N.2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	15%
	Miglioramento della Gestione delle Convenzioni attive e passive	Rivisitazione delle procedure operative e regolamentari	Numero convenzioni attive e passive gestite e report semestrale aggiornato - Rispetto tempi per il Convenzionamento	10%
EFFICIENZA	Realizzazione Piano Anticorruzione e Trasparenza 2021-2023	Proposta Regolamentazioni gestione e monitoraggio delle attività previste dal piano	Raggiungimento delle attività previste per il 2021	15%
	Rispetto delle Procedure del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione.	Verifica e controllo sulla corretta attuazione del PTPCT 2021/2023. Realizzazione di incontri, singoli e collettivi, almeno bimestrali con i referenti delle varie UOCo, in alternativa, monitoraggio scritto sempre con cadenza bimestrale. Anno 2021 - 100%	report incontri/relazioni di monitoraggio	15%
	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021/2022 - 100%	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Ottimizzazione organigramma funzionale e operativo dell'Unità Operativa	Assegnazione carichi di lavoro a tutte le risorse dell'Unità Operativa.	Proposta trasmessa alla Direzione Amministrativa entro il 31/05/2021	10%

Il Direttore F.F. U.O.C.
 Programmazione e CdG



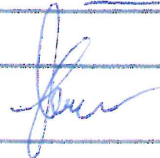
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.C.



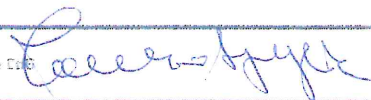
Data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2021

U.O.C. Provveditorato - Economato - Direttore: Dott.ssa Antonietta Costantini

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gare: ricognizione periodiche e costanti dei contratti in essere con indicazione delle scadenze ed azioni da intraprendere a seconda della priorità di intervento. Accelerazione iter procedurale gare da espletare	Riduzione numero di gare/contratti in proroga	Numero gare concluse con aggiudicazione e/o adesioni SORESA	10%
	Chiusura di almeno 3 procedure su piattaforma telematica SIAPS avviate nel 2020	Adempimenti collegati	Aggiornamenti ogni mese dal 30/04	5%
	Progetto art.79 L. 133/2008 linea 3 SIAC	Implementazione procedura per attività di approvvigionamento	Relazione su attività al 30/06 e al 31/12	5%
	Rispetto delle Procedure del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione.	Verifica e controllo sulla corretta attuazione del PTPCT 2021/2023. Monitoraggio scritto sempre con cadenza bimestrale	report di monitoraggio	10%
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza assegnate con Del. N.190/2021	N.2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	15%
	Trasparenza	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021 - 100%	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%
	Tempestività dei pagamenti nel rispetto della normativa.	Liquidazione delle forniture e dei servizi nei tempi contrattuali	100% - Relazione al 30/6 e al 31/12	20%

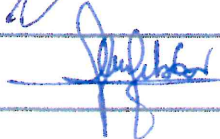
Il Direttore F.F. U.O.C. Programmazione e Dig



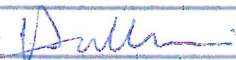
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.C.



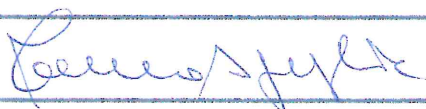
Atribuzione obiettivi anno 2021

U.O.C. Gestione Economico - Finanziaria

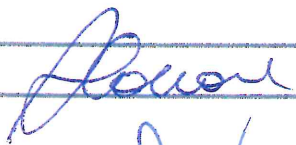
Referente: dott. Eduardo Scarfiglieri

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Prosecuzione Circolarizzazione crediti debiti_ Adempimenti DCA 23/2018	Report dettagliato relativo al fatturato ante 2021 liquidato e pagato. Risoluzione situazioni irrisorie	Report analitico aggiornato trimestralmente della riduzione situazione debitoria.	5%
	Tempestività dei pagamenti nel rispetto della normativa.	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC	60 gg. 100%	30%
	Art.79 L.133/2008. Linea Progettuale 3 Passaggio a SIAC	Completamento attività di bonifica dati, migrazione, implementazione evolutiva e gestione a regime nuovo sistema contabile	Reportistica e relazione al 30/06 e al 31/12	5%
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021	Attuazione delle azioni di competenza assegnate con Del. N.190/2021	N.2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	25%
	Trasparenza	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2021/2023. Target 2021 - 100%	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%

Il Direttore F.F. U.O.C. Programmazione e CdG



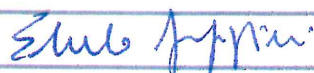
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Generale



Il Direttore U.O.C. F.F.



Atribuzione obiettivi anno 2021

U.O.C. Affari Legali - Direttore: Avv. Chiara Di Biase

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Regolamentazione processi di competenza della funzione affari legali	Predisposizione proposta di regolamento aziendale per l'applicazione dell'istituto del patrocinio legale ex CCNL	Proposta Atto Deliberativo	10%
EFFICIENZA	Gestione rapporti con legali esterni per la riduzione della spesa	Riconduzione della spesa nei valori previsti dai regolamenti aziendali approvati con le deliberazioni n. 185/2017 e n. 477/2020	Quantificazione della richiesta/liquidazione da regolamento	15%
	Digitalizzazione procedimenti giudiziari e stragiudiziali pendenti	Registrazione dei procedimenti e scansione dei relativi documenti sull'applicativo in uso Pa-legal	Elaborazione report con indicazione numero procedimenti aperti/numero procedimenti registrati e scansati	10%
	Contenimento della spesa per affidamento incarichi esterni	Assunzione e gestione da parte dell'avvocatura dei procedimenti giudiziari e stragiudiziali di cui è investita limitando il ricorso ad avvocati esterni. Restano esclusi gli affidamenti disciplinati dalla polizza RTC/RCO ed i procedimenti per i quali sussiste conflitto di interesse	Numeri degli affidamenti ad avvocati esterni/numero dei procedimenti assegnati al Servizio in misura non superiore al 15%	15%
	Attività di supporto giuridico alla Direzione ed alle articolazioni aziendali nella gestione di procedimenti rispetto ai quali si presentino aspetti di dubbia interpretazione o applicazione della normativa, al fine di prevenire il contenzioso giudiziario ovvero al fine di affrontare i contenziosi inevitabili con maggiore consapevolezza delle ragioni addotte	Pareri scritti, verbali di incontri, autocertificazioni delle attività espletate con la partecipazione a incontri e gruppi di lavoro	Numero delle richieste di consulenza/numero delle consulenze scritte o autocertificate, 100% = 100%; da 70% a 99% = 50%; <70% = 0	15%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Trasparenza dell'azione amministrativa - ottemperanza alle prescrizioni della Corte dei Conti di cui alla nota prot. n. 66-14/10/2016-PROCCAM-P58-P attraverso l'individuazione delle sentenze di condanna e degli atti transattivi aventi i caratteri descritti e definiti ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 174/2016	Numero delle sentenze e delle transazioni inoltrate alla Corte dei Conti/numero delle sentenze pubblicate e delle transazioni concluse	100% = 100%; da 70% a 99% = 50%; <70% = 0	10%

Il Direttore F.F. U.O.C. Programmazione e EdG

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Il Direttore U.O.C.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - 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 2021	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.	2021	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 5 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la redazione e l'implementazione di PDTA specifici	Numero di PDTA implementati	2021	5	12	Delibere pubblicate sui PDTA nell'anno 2021	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Rispetto della tempistica di trasmissione dell SDO in ottemperanza alla normativa vigente	Monitoraggio del rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero di contestazioni di ritardo di trasmissione	2021		16	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche,cliniche,organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annicchiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore : Dott. Gaetano Bruno

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	100	6	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. 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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere una percentuale pari o superiore al 60% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Interventi eseguiti entro ≤ 2 GG di pz ricoverati per frattura collo femore di età maggiore di 65 anni	Pazienti ricoverati con diagnosi di frattura del collo del femore (età 65+) operati entro 2 giorni/ n Pazienti ricoverati con diagnosi di frattura del collo del femore (età 65+) operati	2021	(≥60%)	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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 "chiusure" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione di un ambulatorio dedicato alla fragilità ossea (arruolamento dei pazienti 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'Azienda 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	2021	100	4	Dati CUP e relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

69

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

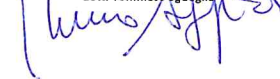


Il Direttore Generale

Gaetano Guaita



Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sguella



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	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 di 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	2021	Elaborazione cronoprogramma	7	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SICUREZZA DELLE CURE - ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Assicurare la compilazione della Check list di sala operatoria per tutti gli interventi chirurgici effettuati dall'U.O. diretta	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in cui sia presente e debitamente compilata la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche	2021	≥ 70%	8	Cartelle Cliniche da CSA; 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito	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 2020	2021	100%	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							68		

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario



Il Direttore Generale

Gaetano Subito



Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. SALE OPERATORIE

Responsabile : Dott. ssa Concetta Gallo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	SICUREZZA DELLE CURE - ADEMPIMENTO LEA -	Aumentare il livello di sicurezza degli interventi chirurgici: Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Attuare azioni di formazione e motivazione alla compilazione delle Chek List, nonché azioni di verifica e controllo	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)	2021	≥ 70%	15	Cartelle Cliniche da CSA; 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - AUDIT -	Formare il personale di sala operatoria su argomenti di interesse specifico al fine di migliorare le competenze e l'efficacia delle attività	Effettuare auditsu argomenti di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	n di verbali di audit effettuati	2021	Almeno 3 verbale di audit	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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. -	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 anestesilogico - verbale operatorio)/N. interventi chirurgici effettuati (non urgenti)	2021	100%	15	QUANI/SoWEB	U.O.C. Appropriatelyzza, 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. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	presenza del flusso alimentato su portale SoWEB nei tempi stabiliti	2021	95% entro il 10° giorno del mese successivo	15	F.I.S.O. /SoWEB	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre almeno 1 innovazione tecnologica,clinica,organizzativa sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di una innovazione	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	1	10	Relazione	U.O.C.Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa,Formazione, Qualità e Performance.

PUNTEGGIO

75

Il Responsabile della U.O.S.D.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico



Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa



Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. NEUROCHIRURGIA

Direttore : Dott. Pasqualino De Marinis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	100	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	8	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	202-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" 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	2021	100	5	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annetichiaro

Il Direttore Generale

Gaetano Gubbiore

Il Direttore ad interim della U.O.C.

Programmazione e controllo di gestione dott. Tommaso Scudella

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Direttore : Dott. Pasquale De NEGRI

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	Assicurare quantità e qualità delle attività erogate in relazione agli obiettivi assegnati	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	N. di protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	2021	Almeno n.4 protocolli/procedure	10	Relazione del Direttore	Direzione Sanitaria/U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Audit: Coordinamento, organizzazione e svolgimento di attività al fine di conseguire l'umanizzazione delle cure conforme agli standard stabiliti con il gradimento dell'utenza	Creazione di modelli innovativi	Modelli innovativi	2021	Assenza contestazioni e gradimento utenza- inclusione dei familiari nell'assistenza del paziente di T.I. (rianimazione aperta)	5	Relazione del Direttore/dati URP	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTIFORME PRODUTTIVE	Trasmissione dati di attività (attività pre- operatoria e operatoria)	Caricamento ed invio flusso informativo sale operatorie mediante applicativi informatici aziendali (Invfio FISO - Utilizzo SoWEB)	Tempestività e correttezza delle informazioni	2021	100% dei dati entro il 10 del mese successivo	12	Applicativi informatici	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Completezza, tempestività e qualità dei flussi informativi SDO	Compilazione e chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 7 del mese successivo del report dei dimessi mensili relativo alle SDO "chiusure" e registrate; eventuali SDO ancora da chiudere inerenti a pazienti già dimessi devono essere motivate con idonea relazione	2021	100% delle SDO entro il 7 del mese, relative a pazienti dimessi nel mese precedente al netto di quelle non chiuse con relativa motivazione	14	QUANI/ Relazione Direttore	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA GESTIONALE E INNOVAZIONI	EFFICIENZA	Equilibrio della Gestione del Budget assegnato entro il limite della pressione economica prevista per la gestione annuale dei fattori produttivi rientranti nelle voci che compongono il budget delle risorse.	Rispetto del budget assegnato	Report analisi scostamento annuale mediante Co.An.	2021	Equilibrio economico	8	Co.An.	Controllo di Gestione
		Riorganizzazione della U.O.C. attraverso un modello flessibile e l'adozione di procedure innovative per la razionalizzazione delle risorse	Proposizione e Attuazione modello organizzativo	Presentazione proposta alla direzione sanitaria	2021	Proposta mirata all'efficienza in termini di minori risorse impiegate	5	Relazione del Direttore	Controllo di Gestione
	EFFICIENZA GESTIONALE	Promozione del potenziamento della cura del dolore acuto e cronico in quanto SPOKE di II livello nella rete di terapia del dolore regionale	Potenziamento ambulatorio e attività di assistenza	Numero dei casi trattati	2021	Incremento del N. dei casi trattati sull'anno precedente	5	Relazione del Direttore	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Promozione della donazione di organi	Attività di informazione e sensibilizzazione	Incremento del numero delle donazioni per annualità (20%-40%-60%-80%-100%)	2021	Incremento del 20% delle donazioni sull'anno precedente	5	Relazione del Direttore	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
ATTIVITA' FORMATIVA	FORMAZIONE	Promuovere la crescita professionale del personale assegnato mediante individuazione di piani formativi in linea con gli indirizzi aziendali	Potenziamento delle competenze	Progetti formativi specifici	2021	Almeno 2	3	Progetti formativi	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance/U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.



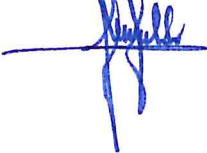
Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anecchiarico



Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa



Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione

dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PRONTO SOCCORSO)

Direttore : Dott. Diego Paternosto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE 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 diagnostiche strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore; livello assistenziale e organizzativo tale da garantire visite, ammissioni e dimissioni tempestive; formalizzazione e regolamentazione esplicita dell'attività (autorizzazione aziendale, definizione del numero di Posti Letto di O.B.I., adozione di documenti, protocolli e linee guida comportamentali per la definizione dei livelli di gravità e dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti, ecc.); documentazione dell'attività (compilazione 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 O2, 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.	2021	80% per ciascun indicatore	9	Relazione del Direttore di UOC	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA DI EFFICIENZA	Debiti informativi	Trasmissione dati EMUR	Alimentare correttamente, completamente e e tempestivamente il flusso relativo all'Emergenza-Urgenza	n. schede non trasmesse nei tempi dovuti/n totale schede	2021	0	8	Segnalazioni da parte della Regione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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 documento di identità e della tessera sanitaria del paziente, inclusi quelli degli stranieri (TESSERA TEAM) dei 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	2021	80%	6	Controlli a campione su cartelle	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
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	2021	<10% anno precedente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	QUANI
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 "chiusure" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	Relazione	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Migliorare l'accoglienza degli utenti/ricoverati e familiari	Individuare e porre in essere almeno una azione di miglioramento dei processi di accoglienza e di informazione ad utenza e familiari anche attraverso incontri periodici con il personale	numero di attività effettuate e documentate con tale finalità	2021	almeno 1 attività implementata	6	Relazioni	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Guastella

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Spadella

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D.COORDINAMENTO TRAUMA CENTER
Responsabile : Dott. Donato Sciano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE TRAUMA Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.3 LA RETE PER IL TRAUMA	Redigere ed implementare il PDTA per Traumi	Costituire ed implementare un Gruppo di Lavoro per Traumi e all'elaborazione dei PDTA	Realizzazione del PDTA	2021	Sottomissione di 1 PDTA	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - AUDIT-	Formare il personale su argomenti di interesse aziendale Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Effettuazione di almeno 1 audit/anno su argomenti di interesse aziendale (es. Rete Trauma, PDTA)	Verballi di audit	2021	Almeno 1 verbale di audit	25	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e
EFFICIENZA	ATTIVITA' SPECIFICA - TRAUMI -	Implementare almeno una innovazione tecnologica, clinica o organizzativa	Implementare innovazioni tecnologiche, cliniche o organizzative	n innovazione implementata	2021	1	30	Relazione del Direttore di Dipartimento	Dipartimento DEA
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gobitoso

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sguella

Il Capo Dipartimento



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

-Anno2021 -

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

Direttore : Dott. Vincenzo Andreone

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 5 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la redazione e l'implementazione di PDTA specifici	Numero di PDTA implementati	2021	5	12	Delibere pubblicate sui PDTA nell'anno 2021	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Rispetto della tempistica di trasmissione dell SDO in ottemperanza alla normativa vigente	Monitoraggio del rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero di contestazioni di ritardo di trasmissione	2021		16	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/opprocedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
PUNTEGGIO MAX							75		

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

Dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale

Gaetano Subitosa

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. MEDICINA INTERNA
Direttore : Dott. ssa Anna Gargiulo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	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.	2021	100	5	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	2021	100	6	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	2021	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione degli esami ecografici (Ecocardio, Ecocolordoppler TSA ed ecotiroide) per i degenti del Dipartimento	Incremento prestazioni e riduzione degenza media e liste di attesa	Report	2021	Report	8	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

77

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annechiarico

Il Direttore Generale
Gaetano Rubito

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

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. GERIATRIA
Direttore : Dott. ssa Gina Varricchio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DELIBERA N 259/26.11.2019	Rispetto delle liste di attesa e dei tempi di attesa	Monitorare le liste di attesa e porre in essere azioni correttive tempestive per il rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità	n. pz presi in carico nel rispetto dei tempi stabiliti per classe di priorità/ n. pz ricoverati per classe di priorità	2021	0	9	liste di attesa	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	2021	100	6	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	2021	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriately, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriately, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriately, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriately, 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	2021-2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Istituzione di un diario giornaliero della scheda dell'assistito sul quale apportare tutte le informazioni inerenti gli esami diagnostici effettuati. Le consulenze richieste ed effettuate, la terapia, e le informazioni ottenute e trasferite ai familiari	Istituzione del diario giornaliero	Relazione sull'argomento	2021	100	6	Relazione	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							85		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiario

Il Direttore Generale
Gaetano Gubbiola

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

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. GASTROENTEROLOGIA

Direttore : Prof. Dott. Rosario Cuomo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	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.	2021	100	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	2021	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%) AD ESCLUSIONE DEGLI ACCESSI DEL SATTE.	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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021 - 2023	100	2	Relazione	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa della "Polipectomia Endoscopica del Colon"	Monitoraggio quantitativo e qualitativo degli esami con dati istologici	Relazione sull'argomento	2021	100	8	Report sui pazienti trattati	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							76		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

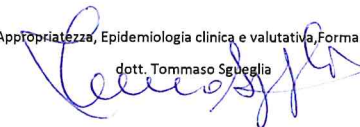


Il Direttore Generale
Gaetano Gubitoso

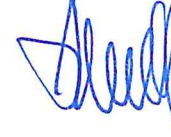


Il Direttore della U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento





ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D.ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE

Responsabile : Dott. Mario Parillo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	almeno 1 procedura	15	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	100	25	Report monitoraggio o sui tempi di attesa	Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
FORMAZIONE	Formazione ed informazione	Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziativa	Trasmissione iniziative interne realizzate	2021	100	10	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Percorso per la diagnostica e terapia della patologia della Tiroide	Protocollo (con altri specialisti : Radiologo interventista,Anatomo patologo e Chirurgo)	N. Prestazioni ambulatoriali e riduzione accessi in ospedale	2021	Report Mensile	25	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anecchiario

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitoso

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

dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI ASSISTENZA PER I TRAPIANTATI E I TRAPIANTANDI EPATICI (SATTE)

Responsabile : Dott. Rosaria Focareta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE 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	2021	max 7 giorni	25	Relazione	DIREZIONE SANITARIA - LISTE D'ATTESA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA Rif: 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	2021	100	15	report	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	100	20	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
Obiettivi specifici	Obiiettivo specifico di reparto	PDTA del trapianto del fegato	Corretta applicazione del PDTA - Registrazione analitica delle modalità di accesso degli utenti trapiantati	Relazione/Report finale	2021	100	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi

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

dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI A DIREZIONE UNIVERSITARIA

Direttore : Prof. Dott. Paolo Maggi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	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.	2021	100	5	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	2021	100	6	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	2021	<10% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	GESTIONE DELLE CO-MORBILITÀ IN HIV	Ambulatorio Ge-Co	Prestazioni erogate	2020	Report	6	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

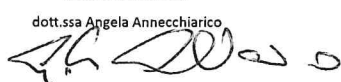
75

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico



Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa



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

dott. Tommaso Scudaglia



Il Capo Dipartimento





ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. STROKE UNIT

Responsabile : Dott. Giocchino Martusciello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete 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	2021	Criteri	25	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziativa	Trasmissione iniziative interne realizzate	2021	100	15	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Istituzione di un'attività di Ecodoppler dei tronchi sopraortici ed Eco color doppler transcranico con test alle microbolle per le UU.OO. Del dipartimento	Riduzione tempi di Degenza	Rispettare e ridurre tempi di attesa	2021	100	35	Report monitoraggio sui tempi di attesa/riduzione etempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi

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

dott. Tommaso Sguella

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI
Direttore : Dott. Domenico Caserta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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.	2021	100	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	2021	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	12	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione Accessi venosi long-term(cateteri venosi centrali tunnellizzati cuffiati) in giugulare e in femorale per i trattamenti emodialitici dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica	Attivazione procedure per accessi venosi long-term - Pianificazione liste operatorie	Relazione/Report	2021	100	3	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annechiarico


Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa


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


Il Capo Dipartimento


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. DERMATOLOGIA E MALATTIE VENEREE

Responsabile : Dott.

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	100	15	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA ED 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	2021	100	20	Report monitoraggio sui tempi di attesa	Direzione Sanitaria - Referente 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	2021	≤ 48h	25	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione e potenziamento dell'offerta per prestazione specialistica dermatologica	Osservazione dermatologica di epiluminescenza delle lesioni cutanee pigmentate e non pigmentate, nell'ambito di un ambulatorio di secondo livello	Report	2021	Report	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

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

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Annecchiarico

Gaetano Gubitosa

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. NEUROLOGIA
Direttore : Dott. Vincenzo Andreone

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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.	2021	100	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	2021	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	9	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021- 2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Percorso dedicato per i pazienti con ICTUS ISCHEMICO acuto in finestra terapeutica per trombosi endovenosa	Riduzione dei tempi door to needle; miglioramento prognosi e aumento pazienti candidabili ad interventi di rivascolarizzazione	Report periodici	2021	100	6	Report inviati	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi

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

dott. Tommaso Sguerra

Il Capo Dipartimento

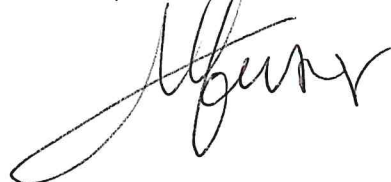
ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. NEURORIABILITAZIONE E UNITA' SPINALE RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Responsabile : Dott. Michele Fusco

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	almeno pari vs 2020	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	100%	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, 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.	2021	Report Mensile	20		Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
Obiettivi specifici	Obiettivo specifico di reparto	Miglioramento del trattamento dei pazienti terminali, senza fissa dimora ed extracomunitari	Realizzazione del progetto "Dimissioni Difficili"	Relazioni/Report periodici	2021	100	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO 75

Il Responsabile della U.O.S.D.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anzicchiario

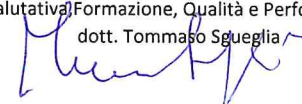


Il Direttore Generale

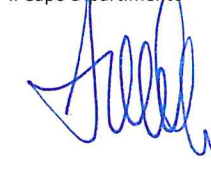
Gaetano Subitosa



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



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
Direttore : Prof. Dott. Antonio Ponticello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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.	2021	100	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	2021	100	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	2021	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Diagnostica e trattamento della Sindrome delle apnee notturne e della sindrome da ipoventilazione/obesità	Attività ambulatoriale e ricoveri (ordinari e DH)	SDO e dati CUP	2021	100	7	SDO e relazioni UOC	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annechiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Rubino

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

dott. Tommaso Sguiglia

Il Capo Dipartimento



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

Direttore : Dott. Ferdinando Salzano de Luna

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 5 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la redazione e l'implementazione di PDTA specifici	Numero di PDTA implementati	2021	5	12	Delibere pubblicate sui PDTA nell'anno 2021	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Rispetto della tempistica di trasmissione dell SDO in ottemperanza alla normativa vigente	Monitoraggio del rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero di contestazioni di ritardo di trasmissione	2021		16	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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 2021	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.	2021	Rispetto tempi di attesa	4	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	2021	Rispetto tempi di attesa	4	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	>10%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2021	< 3GG	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021		4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021 -2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento della Chirurgia Endocrina	Ottimizzazione delle tecniche diagnostico - terapeutiche avanzate di sala operatoria	Relazione	2021	100	5	Relazione Annuale	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

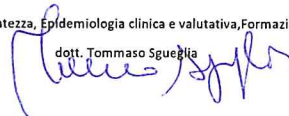
PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Anneschiarico


Il Direttore Generale
Gaetano Subitosa


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

dott. Tommaso Sgueglia


Il Capo Dipartimento


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore : Dott. Marco Manola

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	Rispetto tempi di attesa	5	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	2021	Rispetto tempi di attesa	5	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	2021	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021 -2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento dell'attività oncologica	Incrementare il numero di pazienti con carcinoma della laringe valutati dal gruppo multidisciplinare di chirurgia testa collo	Relazione sull'argomento	2021	100	5	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annetichiaro



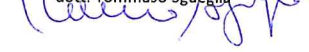
Il Direttore Generale

Gaetano Gubitoso



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

Qualità e Performance
dott. Tommaso Sguaglia



Il Capo Dipartimento




ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. SENOLOGIA

Responsabile : Dott. Gianpaolo Pitruzzella

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	100	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	QUANI	15	Verbali	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENZA	Trasmissione report attività chirurgiche	Report di attività	INVIO REPORT TRIMESTRALI	2021	100	15	Report trimestrali	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	100%	15	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento dell'attività (>150 casi/anno) - Incremento della ricostruzione in un tempo dopochirurgia demolitiva della mammella	Report delle azioni attuate e dei risultati conseguiti per il raggiungimento dell'obiettivo	Report/Relazione	2021	>150 casi rispetto al 2019	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico



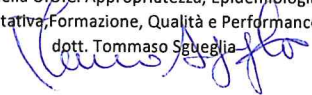
Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa



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

dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento

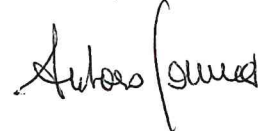


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

Responsabile : Dott. Antonio Iannucci

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	1 documento	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	>10%	25	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2021	100%	25	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	100%	10	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento della percentuale di interventi oncologici laparoscopici	Incremento interventi oncologici laparoscopici	Pazienti oncologici trattati in laparoscopia	2021	> 50% rispetto al 2020	5	Relazione Annuale	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.



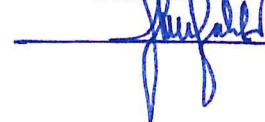
Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico



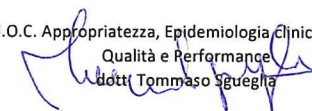
Il Direttore Generale

Gaetano Gubitoso



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

dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE

Direttore : Dott. Salvatore Massa

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	Rispetto tempi di attesa	5	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	2021	Rispetto tempi di attesa	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Trasmissione dati attività	Inviare mensilmente e sistematicamente il Flusso Informativo Sale Operatorie all'UOC U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Utilizzo SoWEB	2021	100% entro il 10° giorno del mese successivo	10	F.I.S.O. E DATA DI INVIO	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	$\leq 0,21\%$	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	$< 25\%$	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	$>10\%$	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2021	100%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento attività chirurgiche in regime di Day-Service (PACC chirurgici) - Attivazione PDTA per i tumori della cute	<ul style="list-style-type: none"> INCREMENTO ATTIVITA' CHIRURGICA (Day Service e PACC Chirurgici) Attivazione PDTA per i tumori della cute 	Relazioni e report	2021	100	7	Dati CUP per attività chirurgica. Relazione PDTA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anecchiarico



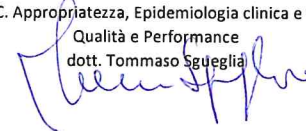
Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi



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

Qualità e Performance
dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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 2021	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.	2021	Rispetto tempi di attesa	6	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	2021	Rispetto tempi di attesa	6	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	2021	MAGGIORE ANNO PRECEDENTE	6	DATI CUP	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021 -2023	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	●Ottimizzazione dei percorsi di accesso dei pazienti soprattutto relativi al distacco di retina ● Riduzione tempi di attesa per interventi di cataratta	Incremento attività DS/Ch. Ambulatoriale PACC Chirurgici	Relazione/Report	2021	100	4	QUANI/CUP	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale
Gaelano Gubitoso

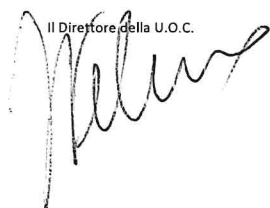
Il Direttore della U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

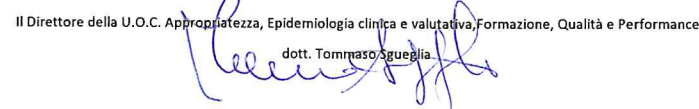
Direttore : Dott. Franco Peluso

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	Rispetto tempi di attesa	5	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	2021	Rispetto tempi di attesa	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Migliorare l'appropriatezza con l'incremento dell'attività ambulatoriale attraverso l'attivazione di PACC chirurgici	Incrementare l'attività chirurgica ambulatoriale attraverso l'attivazione di PACC chirurgici	Dati CUP	2021	Confronto dati CUP	5	DATI CUP	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annetichiaro


Il Direttore Generale
Gaetano Gubiosa


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


Il Capo Dipartimento


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. UROLOGIA
Direttore f.f. : Dott. **FERDINANDO FUSCO**

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	Rispetto tempi di attesa	6	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	2021	Rispetto tempi di attesa	6	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	2021	<10% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021 - 2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Riduzione della degenza media	Ridurre la degenza media <2020	SDO	2021	< ANNO 2020	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

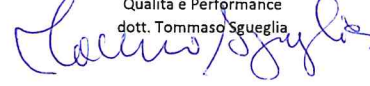


Il Direttore Generale

Gaetano Quattrone



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



Il Capo Dipartimento





REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE

RIFORMULAZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE
Direttore : Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 5 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la redazione e l'implementazione di PDTA specifici	Numero di PDTA implementati	2021	5	12	Delibere pubblicate sui PDTA nell'anno 2021	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Rispetto della tempistica di trasmissione dell SDO in ottemperanza alla normativa vigente	Monitoraggio del rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero di contestazioni di ritardo di trasmissione	2021		16	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Scuglia

Il Direttore Generale
Gaetano Gullotta

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Capo Dipartimento

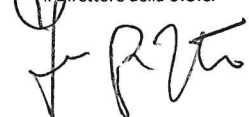
ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. CARDIOCHIRURGIA

Direttore : Dott. Francesco Paolo Tritto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DELIBERA N 259/26.11.2019	Rispetto delle liste di attesa e dei tempi di attesa	Monitorare le liste di attesa e porre in essere azioni correttive tempestive per il rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità	n. pz presi in carico nel rispetto dei tempi stabiliti per classe di priorità/ n. pz ricoverati per classe di priorità	2021	0	9	liste di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
OBIETTIVI LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatazza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere una percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Aumentare l'appropriatazza dei ricoveri anche attraverso meccanismi di selezione di accesso più attenti	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2021	< 25%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Portare ad un valore max di 1,4 i giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2021	1,4	8	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, 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	2021-2023	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, 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"	2021	100	5	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario



Il Direttore Generale

Gaetano Guadagnoli



Il Direttore ad interim della U.O.C. Programmazione e controllo di gestione

dott. Tommaso Sguella



Il Capo Dipartimento





ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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 2021	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	2021	Elaborazione sistema di monitoraggio	12	Relazione	
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	2021	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità
	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 "chiusure" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	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	2021	100	7	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							72		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA CON UTIC

Direttore : Prof. Dott. Paolo Calabrò

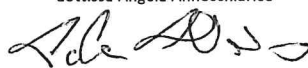
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DELIBERA N 259/26.11.2019	Rispetto delle liste di attesa e dei tempi di attesa	Monitorare le liste di attesa e porre in essere azioni correttive tempestive per il rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità	n. pz presi in carico nel rispetto dei tempi stabiliti per classe di priorità/ n. pz ricoverati per classe di priorità	2021	0	9	liste di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'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	2021	<10% anno precedente	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato / Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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 "chiusure" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021/2023	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Istituzione ambulatorio per la diagnosi, il management e la terapia dello scompenso cardiaco cronico (rete cronicità)	Attivazione ambulatorio per la diagnosi, il management e la terapia dello scompenso cardiaco cronico (rete cronicità)	Verifica attivazione	2021	100	5	Monitoraggio	U.O.C. O.P.S.O.S.
PUNTEGGIO MAX							67		

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annetichiarico



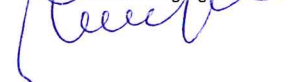
Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa



Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione

dott. Tommaso Sgueglia



Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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 2021	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	Redazione ed implementazione PDTA per percorso IMA STEMI	Identificazione dei processi, costituzione del Gruppo di Lavoro ed elaborazione dei PDTA con relativi indicatori	Stesura PDTA	2021	Elaborazione PDTA	15	Relazione	U.O.C. Risk Management
	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	2021	Elaborazione sistema di monitoraggio	15	Relazione	
FORMAZIONE	Attuazione dei percorsi formativi	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche specifiche	stesura ed implementazione di almeno 3 corsi di formazione	numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	20	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	20	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

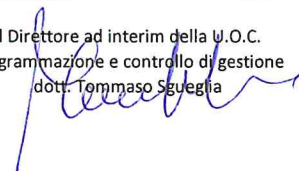


Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi



Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia



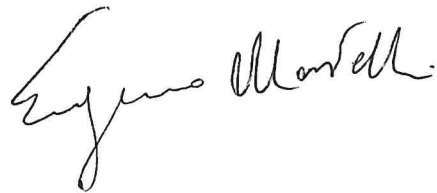
Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE
Direttore : Prof. Dott. Eugenio Martelli

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DELIBERA N 259/26.11.2019	Rispetto delle liste di attesa e dei tempi di attesa	Monitorare le liste di attesa e porre in essere azioni correttive tempestive per il rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità	n. pz presi in carico nel rispetto dei tempi stabiliti per classe di priorità/ n. pz ricoverati per classe di priorità	2021	0	9	liste di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Riduzione del 30% dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Ridurre i ricoveri inappropriati raggiungendo un tasso inferiore allo 0,21% tra ricoveri inappropriati e ricoveri appropriati	Implementare regimi assistenziali alternativi per ridurre i drg ad elevato rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2021	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere una percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Aumentare l'appropriatelyzza dei ricoveri anche attraverso meccanismi di selezione di accesso più attenti	Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici) *100	2021	< 25%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Portare ad un valore max di 1,4 i giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2021	1,4	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Raggiungere un valore max del 3,7% il num di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	Migliorare i sistemi di comunicazione e di informazione con il pz e con il MMG nella post dimissione	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC nell'anno in corso/ anno precedente	2021	≤ 3,7%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	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 dello Screening carotideo di tutti i pazienti coronaropatici afferenti al Dipartimento	Attivazione dello Screening carotideo di tutti i pazienti coronaropatici afferenti al Dipartimento	Verifica attivazione	2021	100	3	Monitoraggio	U.O.C. O.P.S.O.S.
PUNTEGGIO MAX							77		

Il Direttore della U.O.C.



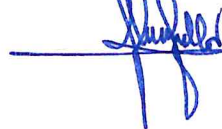
Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico



Il Direttore Generale

Gaetano Guadagno



Il Direttore ad Interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Squaglia



Il Capo Dipartimento





ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. FOLLOW UP DEL PAZIENTE POST ACUTO

Responsabile : Dott. Carmine Riccio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	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 letTera	2021	Sottomissione della procedura e distribuzione format di lettera	20	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Semestrale	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	MANTENIMENTO NELL'EROGAZIONE DEI LEA Rif: GRIGLIA LEA	Aumento livelli di sicurezza per paziente post acuto	Riduzioni tempi di effettuazione visite cardiologiche	tempi di attesa	2021	<2020	20	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore ad interim della U.O.C.

Programmazione e controllo di gestione

dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA

Responsabile : Dott. Miguel Viscusi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	100	25	Report monitoraggio 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	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	2021	almeno 1 procedura	25	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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)	Verbal di audit	2021	Almeno 1 verbale di audit	25	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE EMERGENZE CORONARICHE

Responsabile : Dott. Rocco Perrotta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	100	27	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)	Verbal di audit	2021	Almeno 1 verbale di audit	16	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	almeno 1 procedura	16	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Riduzione del 10% vs 2020	16	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



Attribuzione obiettivi anno 2021

U.O.S.D TERAPIA INTENSIVA DEL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE
Responsabile: Dott.

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO%	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	SICUREZZA DELLE CURE	WHO ALLEANZA MONDIALE SICUREZZA PAZIENTI	Partecipazione al sistema di infection Control secondo le linee guida WHO adottate dal CIO aziendale	Va garantita l'adesione del personale al processo di implementazione operativa del lavaggio delle mani. Secondo il programma di Infection Control aziendale, un Team appositamente addestrato (Team Infection Control) condurrà delle "osservazioni" strutturate sui comportamenti del personale baseline e dopo formazione	Percentuale di Adesione (%) = Azioni x 100 / Opportunità	2021	Miglioramento di almeno il 15% dell'indicatore tra l'osservazione base-line e l'osservazione post-formazione	25	Relazione su schede di osservazione allegate al Manuale Operativo WHO	UOC Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari con il supporto dell'UOC malattie Infettive e CIO
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbal di audit	2021	Almeno 1 verbale di audit	25	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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. appropriatezza dell'antibioticoterapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2021	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	25	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE						PUNTEGGIO MAX		75		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore ad interim della U.O.C. Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sguella

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Annecchiario

Gaetano Gubitosa



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - 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 2021	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.	2021	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 3 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la redazione e l'implementazione di PDTA specifici	Numero di PDTA implementati	2021	5	12	Delibere pubblicate sui PDTA nell'anno 2021	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Rispetto della tempistica di trasmissione dell SDO in ottemperanza alla normativa vigente	Monitoraggio del rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero di contestazioni di ritardo di trasmissione	2021	0	16	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzative gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore ad interim della U.O.C. Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgilella

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosi

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIREZIONE UNIVERSITARIA

Direttore : Prof. Dott. Luigi Cobellis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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 prestazioni non traccianti.	2021	Rispetto tempi di attesa	4	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	2021	Rispetto tempi di attesa	4	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Gestione del Rischio Clinico ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 6	Per ciascun parto vanno compilati 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	2021	≥ 70%	4	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
	Gestione del Rischio Clinico ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilati i gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilate la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	2021	≥ 70%	4	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
OBIETTIVI LEA	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	2021	Pari al 30% anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei LEA	Percentuale parti cesarei primari (≤ 24%)	Riduzione dei tagli cesarei primari	(Num. dimissioni con parto cesareo primario/Num. dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo)*100	2021	<24%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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)	2021	1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	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 Percorso di Gestione della Gravidanza a Termine con Personale Medico e Ostetrico	Percorso da attivare con modalità on -line (da remoto), con un corso di accompagnamento alla nascita e supporto telefonico, per eventuali direttive da seguire alla gestante a fine gravidanza	Attività ambulatoriale	2021	100	3	n. 1 Relazione anno da inviare a U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

Il Direttore Generale

Gaetano Cusumano

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

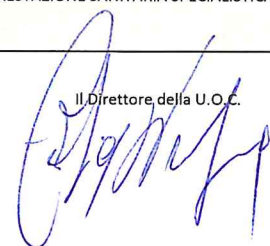
dott. Tommaso Sguegli


Il Capo Dipartimento

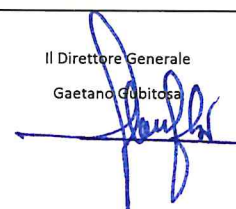
ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. PEDIATRIA
Direttore : Prof. Dott. Felice Nunziata

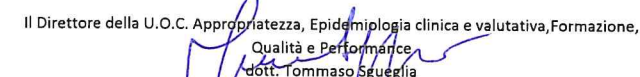
AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA Rif: DECRETO 34/2018	Indice di performances tempi di attesa 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.	2021	Rispetto tempi di attesa	9	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	2021	Rispetto tempi di attesa	9	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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	2021	Riduzione 10%	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Pari al 30% anno precedente	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	≤ 25% rispetto all'anno precedente	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 inappropriatezza 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	2021	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	(Rif. 3,7%) se i ricoveri avvengono in elezione	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	6	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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 "chiusure" e registrate ed eventuali SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi con relativa motivazione	2021	Trasmissione SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento dell'attività ambulatoriale di Diabetologia ed Endocrinologia	Incremento del 20% delle prestazioni ambulatoriali di Diabetologia pediatrica e potenziamento del team multidisciplinare	Incremento attività ambulatoriale	2021	100	7	dati cup	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico


Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa


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


Il Capo Dipartimento


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. T.I.N. E T.N.E. - NEONATOLOGIA II° LIVELLO

Direttore : Dott. ITALO Bernardo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE Neonatologica e i Punti Nascita Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 11.2.3 LA RETE di Neonatologia e delle Terapie Intensive Neonatali e DCA 62_2018	Sicurezza, qualità e tempestività nella rete STEN	Elaborazione di protocolli per trasporto inter-secondario e per back transport ai sensi del DCA 68_2018	Sottomissione del Protocollo	2021	Protocollo	15	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Gestione del Rischio Clinico - ADEMPIMENTO LEA -	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilati i gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' 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	2021	≥ 70%	10	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	12	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Trasmissione e SDO entro 10 giorni dalla dimissione del paziente	18	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Follow-up del neonato pre- termine	Attivazione di n. 2 posti letto in regime di DH per follow-up del neonato pre - termine	Attivazione posti letto	2021	100	15	RELAZIONE SULL'ATTIVITA'	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annerchiarico

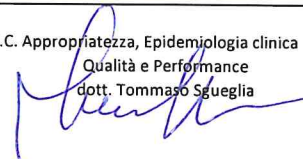
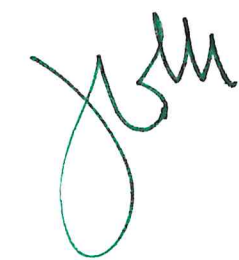
Il Direttore Generale

Gaetano Cubitosa

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

Il Capo Dipartimento





REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore : Dott. Giovanni Pietro Ianniello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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.	2021	100	10	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 5 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la redazione e l'implementazione di PDTA specifici	Numero di PDTA implementati	2021	5	12	Delibere pubblicate sui PDTA nell'anno 2021	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Rispetto della tempistica di trasmissione dell SDO in ottemperanza alla normativa vigente	Monitoraggio del rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero di contestazioni di ritardo di trasmissione	2021		16	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosi

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annetichiarico


Il Capo Dipartimento
AORN Sant'Anna e San Sebastiano
CASERTA
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
Direttore
Dr. Giovanni Pietro Ianniello
Codice O.M.: BN 1117

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. EMATOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

Direttore : Dott. Ferdinando Frigeri

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	"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)	Rispetto del tempo di ricovero indicato nelle prenotazioni ricoveri ciclici ripetuti	Num. ricoveri dalla lista di ricoveri ciclici ripetuti alla data indicata /num pz inseriti nella lista di ricoveri ciclici ripetuti	2021	> o = 80%	10	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo delle Liste d'Attesa - DECRETO 34/2017	Indice di performances tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D) in base al monitoraggio trimestrale fornito dalla direzione	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità./ totale pz con stesso codice di priorità X 100	2021	> o = 80%	8	Report	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Rispetto dei tempi di attesa prestazioni ambulatoriali: prime visite 10 gg urgenze 72 ore	monitoraggio liste di attesa tramite report fornito dal cup mensilmente	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità/ pazienti della stessa categoria x 100	2021	> o = 80%	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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)	Mantenimento dei ricoveri diurni tipo diagnostico anno corrente uguale o inferiore al 30%	2021	< o = 30%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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%)	monitoraggio tempi di degenza su report trimestrali forniti dalla direzione	Numero di drg medici oltre soglia negli pz oltre 65 anni / n. drg totali di pz ricoverati con età superiore a 65 anni x 100	2021	≤ 5%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione o da ricevimento dell'esame istologico)	Chiusura tempestiva SDO	numero di SDO chiuse entro 10 giorni dalla dimissione o ricevimento esame istologico/n. di Sdo prodotte x 100	2021	100%	15	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	si	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Garantire la sicurezza delle terapie oncologiche, con conseguente riduzione degli stravasi e dei danni ad essi correlati con il posizionamento e la gestione di un accesso venoso centrale a tutti i pazienti programmati per chemioterapia sia in D.O. e D.H.	Posizionamento di un accesso venoso centrale a > 90% dei pazienti che effettuano CT.	n pz con accesso venoso centrale/ n pz candidabili alla chemioterapia	2021	>90%	10	Report /anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.

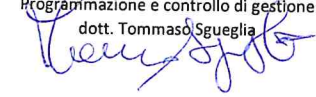

A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano
CASERTA
U.O.C. Ematologia ad Indirizzo Oncologico
Direttore: Dott. Ferdinando Frigeri
NA 22042

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario


Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi


Il Direttore ad interim della U.O.C.
Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sguelia


Il Capo Dipartimento

AORN Sant'Anna e San Sebastiano
CASERTA
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
Direttore
Dr. Giovanni Pietro Ianniello
Codice O.M.: BN 1117

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA
Direttore : Dott. Giovanni Pietro Ianniello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - DECRETO 34/2017	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./ totale pz con stesso codice di priorità X 100	2021	> o = 80%	10	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	monitoraggio liste di attesa tramite report fornito dal cup mensilmente	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità/ pazienti della stessa categoria x 100	2021	> o = 80%	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	
OBIETTIVI LEA	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)	mantenimento dei ricoveri diurni tipo diagnostico anno corrente = o inferiore al 30%	2021	Pari al 30%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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%)	monitoraggio tempi di degenza su report trimestrali forniti dalla direzione	Numero di drg medici oltre soglia negli pz oltre 65 anni / n. drg totali di pz ricoverati con età superiore a 65 anni x 100	2021	≤ 5%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	migliorare la performance del personale assegnato	Implementare sistemi di motivazione del personale	n di azioni poste in essere per migliorare il benessere organizzativo	2021	3	8	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione o da ricevimento dell'esame istologico)	Chiusura tempestiva SDO	numero di SDO chiuse entro 10 giorni dalla dimissione o ricevimento esame istologico/n. di Sdo prodotte x 100	2021	100%	15	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	si	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA 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	2021	si	14	PDTA	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.

U.O.C. ONCOLOGIA
IL DIRETTORE
Dr. Giovanni Pietro Ianniello

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annerchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi

Il Direttore ad interim della U.O.C.

Programmazione e controllo di gestione
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

AORN Sant'Anna e San Sebastiano
CASERTA
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
Direttore
Dr. Giovanni Pietro Ianniello
Codice O.M.: BN 1117



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

Direttore : Dott. ssa Sonia Anna Raimondi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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	2021	max 12 ore nel 90% delle risposte	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità 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	2021	almeno trimestrale	15	Report	U.O.C. O.P.S.O.S
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	>10% vs 2020	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALITA'	Attività trasfusionali ai fini della qualità del Servizio Trasfusionale e per l'accreditamento istituzionale	Mantenere i requisiti do accreditamento	Procedure attività trasfusionali ai fini della qualità del Servizio Trasfusionale e per l'accreditamento istituzionale	2021	>2021	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento attuività (gel piastrinico) rigenerazione tissutale	Attuare tutte le azioni necessarie per il potenziamento dell'ambulatorio	Relazione sull'argomento	2021	100	10	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi

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

dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

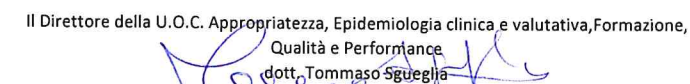
Direttore : Dott.ssa Lucia Potenza

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
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	2021	Adozione criteri di refertazione standard per almeno	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	almeno 1 AUDIT	8	Verbal	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Report Mensile	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	> 10% vs 2020	20	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Verifica appropriatezza delle richieste specialistiche degli esami di diagnostica di TACe RM	Verifiche sulle dagnostiche di TAC ed RM	Relazione sull'argomento	2021	100	13	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico


Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosi


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


Il Capo Dipartimento


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

Direttore : Dott. Pasquale Orabona

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2021	Report Mensile	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Attività di formazione	Attività formativa interna alla U.O.	Incontri/Iniziativa	Trasmissione iniziative interne realizzate	2021	100	9	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Riduzione del 10%	16	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	1 documento	16	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021 - 2023	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Caratterizzazione Immunoistochimica dei marcatori molecolari PD-L1, ALK e ROS 1 nella valutazione del tumore del polmone e della mammella, finalizzata al raggiungimento di un referto istopatologico pienamente rispondente ai criteri di adeguatezza diagnostica attualmente richiesti.	Attuare tutte le azioni necessarie per l'implementazione di tali metodiche	Relazione sull'argomento	2021	100	10	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

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

dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2021 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Direttore : Dott. Arnolfo Petruzzello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	Riduzione dei tempi di attesa/refertazioni per i pazienti ricoverati	Riduzione tempi di refertazione esami per pazienti ricoverati	revisione modello organizzativo	media orario arrivo richieste- media orario refertazione sul totale delle richieste anno in corso rispetto all'anno precedente	2021	0	16	Relazioni	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2021	1	10	Delibera specifica pubblicata nell'anno	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Condivisione obiettivi	Recepimento direttive aziendali	Condivisione delle direttive aziendali all'interno del Dipartimento	Numero di direttive emanate di recepimento ed attuazione/numero direttive aziendali	2021	100%	5	Verbal di dipartimento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo ...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2021	3	4	Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 di riorganizzazione per efficientare i processi	2021	10	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	2021-2023	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	Obiettivo specifico	Intridurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2021	2	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
PUNTEGGIO MAX							53		

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

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiario

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPRRPRIATEZZA	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	2021	in linea con la progettualità regionale	10	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, 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	2021	rispetto della tempistica regionale	10	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, 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 antibiogramma	Potenziamento Laboratorio di Microbiologia; condivisione con le UUOCC di Malattie Infettive e T.I. dei test prioritari da applicare su pazienti specifici	Turn Around Time per pazienti target	2021	Riduzione TAT su pazienti target a 24/48h	10	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, 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	2021	1 per semestre 1 annuale	10	REPORT	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento della FAST Microbiology per la ricerca dei principali batteri in particolare multiresistenti e virus responsabili delle malattie infettive sistemiche e invasive (Sepsi, Polmoniti, Meningoencefaliti. Etc.)	Miglioramento delle performanceprestazionali della U.O.S.D. Microbiologia attraverso una rimodulazione dell'utilizzo delle risorse tecnologiche disponibili, sia tradizionali sia su "Fast lab" e una riorganizzazione h12 delle attività di servizio	Relazione sull'argomento	2021	100	11	Relazione	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Potenziamentodelle attività di segnalazione dei Germ alert e di reportistica microbiologica al CIO e ai repartim in orttempereanza agli obiettivi del PNCAR	Miglioramento delle modalità di segnalazione informatica dei Germ alert tale da essere più evidente agli operatori sanitari. Realizzazione di Report epidemiologici microbiologici di I livello (frequenze e distribuzioni) di II livello (frequenze temporali) e di III livello (incrocio di dati microbiologici con dati di categorie diverse) in collaborazione con il CIO	realizzazione di report	2021	100	12	Relazione	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Studio ed analisi in associazione di molecole antimicrobiche di ultima generazione, attive in particolare su microrganismi multiresistenti	Studio molecole antimicrobiche di ultima generazione	Report	2021	100	12	Relazione	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il Responsabile della U.O.S.D.



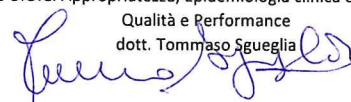
Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiario



Il Direttore Generale
Gaetano Gullotta



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



Il Capo Dipartimento

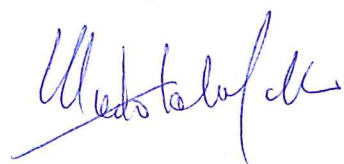


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE

Responsabile : Dott. ssa Maddalena Schioppa

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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 UUOCC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2021	1 per anno	12	Relazione su attivazione del test	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Adozione criteri di refertazione standard	11	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALIFICAZIONE AZIENDALE - QUALITA' SICUREZZA	Implementazione attività di biologia molecolare infettivologica	Condivisione con le UUOCC di Malattie Infettive dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2021	1/anno	12	Relazione su attivazione del test	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	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	2021	Riduzione del 5% anno rispetto all'anno precedente	20	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	n° report	2021	1 trimestre e 1 annuale	10	REPORT	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Introduzione di test molecolari per un corretto inquadramento diagnostico dei pazienti oncologici ai fini della prognosi e del trattamento	test molecolari per un corretto inquadramento diagnostico dei pazienti oncologici ai fini della prognosi e del trattamento	Test realizzati	2021	relazione	10	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.



Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annetichiarico

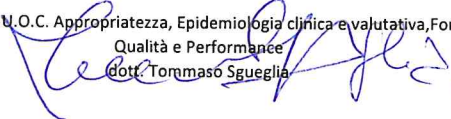


Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi



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



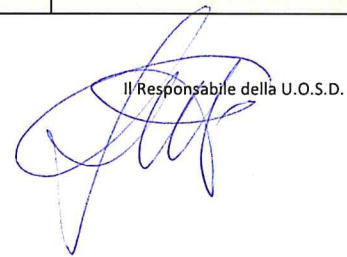
Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

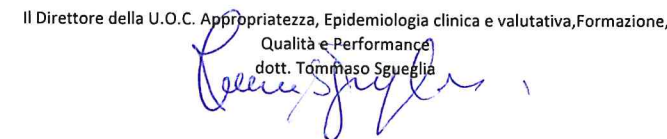
Responsabile : Dott. Giovanni Moggio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE ICTUS Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	PDPA per percorso ICTUS	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro ICTUS e all'elaborazione dei PDPA	Sottomissione di PDPA	2021	Almeno 1 PDPA su Ictus ischemico	20	Documenti	U.O.C. Risk Management
	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI Rif: 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	2021	>10% vs 2020	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	100	20	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	almeno 1 report	10	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione di un report per una migliore valutazione dell'appropriatelyzza del campione biotipico	implementazione Report	Reportistica	2021	almeno 1 report/Anno	10	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO							75		

Il Responsabile della U.O.S.D.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico


Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa


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


Il Capo Dipartimento


ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

Direttore : Dott. Arnolfo Petruzzello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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	2021	>10% vs 2020	13	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	almeno 2 AUDIT	8	Verbal	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	Report Mensile	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	> 10% vs 2020	20	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	4	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Monitoraggio della terapia vaccinale anti Sars - Cov 2 mediante dosaggio anti proteine spike	Attuare tutte le azioni necessarie per l'implementazione di tali metodiche	Relazione sull'argomento	2021	100	10	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

PUNTEGGIO MAX 75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiario

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

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

dott. Tommaso Sgarella

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - 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
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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	2021	100	25	Documento	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico
	D.Lgs 81_2008 Rif: SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	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	2021	Almeno 1	10	REPORT	U.O.C. Organizzazione e Programmazione
	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	2021	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	2021	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	POTENZIAMENTO ATTIVITA'	Monitoraggio delle infezioni ospedaliere: sviluppo di un protocollo per il monitoraggio delle aree critiche in collaborazione con l'U.O.S.D. MICROBIOLOGIA per l'abbattimento delle infezioni ospedaliere	Sviluppare un protocollo per il monitoraggio delle aree critiche in collaborazione con l'U.O.S.D. MICROBIOLOGIA per l'abbattimento delle infezioni ospedaliere	Protocollo da eseguire	2021	100	10	Documenti	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MAX							75		


Il Responsabile della U.O.S.D.



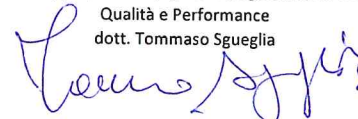
Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiario



Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa



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



Il Capo Dipartimento





REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023

OBIETTIVI 2021

- Anno 2021 -

UU.OO.DIREZIONE SANITARIA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, FORMAZIONE, QUALITA' E PERFORMANCE

Direttore : Dott. Tommaso Sgueglia

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio attività sanitaria LEA Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio Lea e attività di ricovero	Report trimestrale	2021	4 reports annuali	20	RELAZIONE	Direzione sanitaria
		Analisi dei risultati	Attività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri	Relazioni semestrali	2021	2 relazioni annuali	20	RELAZIONE	Direzione sanitaria
EFFICIENZA	EFFICIENZA	Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera	Controlli delle SDO e debito informativo	Rilevazione debito informativo	2021	verifica settimanale	20	Report	Direzione sanitaria
TRASPARENZA			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)	2021-2023	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)	2021-2023	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	2021-2023	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	Relazione sull'argomento	2021-2023	100	6	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anneschiario

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosi

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

dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. FARMACIA

Direttore : Dott. Anna Dello Stritto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	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	2021	Almeno 1 ispezione /U.O. nel semestre	10	Verbalì	UOC Risk Management
OBIETTIVI LEA		Attività formativa interna alla U.O.C.	Attività formative interne alla U.O.C.	Iniziativa interne realizzate	2021	100	10	Verbalì degli incontri	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA Rif:DECRETI SPESA FARMACEUTICA	Analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica	Analisi dei trend di consumo con particolare riferimento ai consumi di antibiotici, biosimilari ed off label per UO	Report di consumo	2021	Almeno 1 report per biosimilari, per off label e antibiotici	10	Report	UOC APPROPRIATEZZA
	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	2021	100	20	Segnalazioni regionali/mini steriali	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA Rif:GRIGLIA LEA	Gestione Magazzino	Gestione efficiente delle scorte e degli ordini	Valore scaduti	2021	<10% vs 2020	12	Report	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno	Valore straordinario e/o convenzionamento interno	2021	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in	5	Relazione	UOC APPROPRIATEZZA
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriately, 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	2021-2023	100	3	Relazione	RPCT
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

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

dott. Tommaso Sguiglia

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. MEDICINA LEGALE

Direttore f.f : Dott. Pasquale Giugliano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio sinistrosità e certificazioni medico-legali	Valutazione sinistrosità. Contenzioso e certificazioni medico legale	Monitoraggio continuo sinistrosità e certificazioni medico-legali	Numero valutazioni effettuate /totale dei sinistri e del contenzioso e certificazioni medico legali	2021	90% di valutazioni/ totale	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	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	2021	Istituzione e/o modificazioni di 2 documenti	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021	100	15	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	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 della U.O.C. 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	Relazione sull'argomento	2021	100	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	5	Relazione	RPCT
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annicchiarico

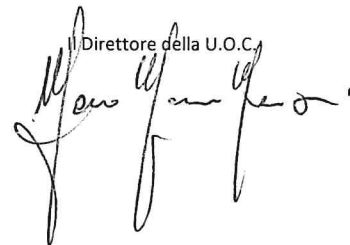
Il Direttore Generale
Gaetano Gubitoso

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

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

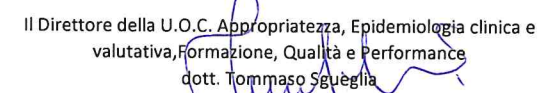
Direttore : Dott. Mario Massimo Mensorio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI	Percorsi procedure organizzative	Elaborazione di n.3 percorsi procedure organizzative	Relazione	2021	Relazione	10	Adozione	UOC Appropriatelyzza, 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	2021	Report	15	Report	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo prestazioni erogate	Rendicontazione delle prestazioni in ALPI rispetto alla attività istituzionale	Valutazione prestazioni ALPI	Prestazioni erogate in ALPI	2021	Relazione	7	Relazione	UOC Appropriatelyzza, 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	2021	Report	15	Report Mensile	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Valutazione della Performance	Monitoraggio indicatori per valutazione Performance	Trasmettere relazioni e report periodici di competenza alla U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Relazioni e report	2021	Report	20	Report periodici	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	Relazione	3	Relazione	RPCT
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.


Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Ampeghiarico


Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosi


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




ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2021 - U.O.C. RISK MANAGEMENT

Direttore : Dott. Danilo Lisi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Attuazione programmi Enti sovraordinati	Adempimenti scaturenti da programmazioni regionali e ministeriali	Applicazioni	Documenti e relazioni	2021	100% Documenti richiesti elaborati/anno	20	Rilevazione firma di presenza	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
	Attuazione programmi aziendali	Adempimenti scaturenti da programmazioni aziendali	Applicazioni	Documenti Prodotti /Relazioni	2021	2 documenti prodotti/anno	20	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
	Miglioramento della performance	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Incontri	Numero incontri	2021	100	20	Verbal degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE	Schede di valutazione del personale assegnato	2021	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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	2021-2023	100	10	Relazione	RPCT
PUNTEGGIO MAX							75		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

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