

Deliberazione n. 142 del gennaio 2017

OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2017 - 2019

**IL DIRETTORE U.O.C. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALORIZZAZIONE RISORSE
UMANE**

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;
- in particolare, l'articolo 10 comma 1 lettera a) del citato decreto prevede che le amministrazioni pubbliche redigano un documento programmatico triennale, denominato Piano delle Performance, da adottare coerentemente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi definendo, altresì, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori;
- il Piano delle Performance è dunque uno strumento di pianificazione e programmazione, di valutazione, di monitoraggio e di comunicazione di estrema rilevanza sul piano strategico;
- 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;
- 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;
- il rispetto dei principi in tema di misurazione, di valutazione e trasparenza della performance è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito e alla performance;

considerato

- che 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 delle 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 con delibera CIVIT n. 112/2010 "struttura e modalità di redazione del Piano delle Performance (art. 10 comma 1, lettera a), del D.lgs. N. 150/2009) vengono fornite indicazioni operative per la stesura del Piano delle 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";

visti

gli artt. 8 e 9 del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;

preso atto

- che con D.C.A. n. 102 del 29 settembre 2016, la Struttura Commissariale presso la Regione Campania, ha individuato le strutture sanitarie regionali da sottoporre ai Piani di Efficientamento e Riquilificazione di cui all'art.1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n.208
- che codesta Azienda, rientrando tra quelle individuate dal summenzionato D.C.A., ha provveduto a redigere il proprio Piano di Efficientamento e Riquilificazione della spesa ed alla successiva trasmissione in Regione con nota Pec del 17 marzo 2017;

tenuto conto

- che il Piano della Performance 2017-2019 è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento nonché in coerenza con gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale all'atto della nomina avuta con Delibera di Giunta Regionale n.297 del 23 maggio 2017;
- che le OO.SS. aziendali potranno formulare eventuali osservazioni durante il periodo di validità del Piano *de quo*;
- che gli obiettivi strategici aziendali per il triennio 2017-2019 sono strettamente correlati agli indirizzi operativi e alle direttive della regione Campania;

precisato

- che in data 21/07/2017, a seguito di debita convocazione del Direttore Generale, dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante, del 14/07/2017, prot. n.0014747, nell'Aula Magna dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, si è tenuta una riunione tematica nella quale, dopo ampio confronto, sono stati proposti ed attribuiti gli obiettivi operativi performance 2017;
- che gli obiettivi operativi di struttura per il 2017, allegati al Piano delle Performance, saranno negoziati con la scheda di budget in via di definizione;
- 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 sezione "Amministrazione trasparente", ai fini della sua consultazione da parte dei portatori di interesse interni ed esterni;
- che il Piano della Performance 2017-2019 si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;

ritenuto

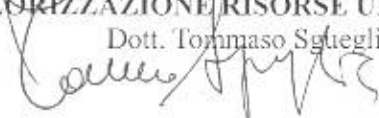
pertanto, di procedere alla formale adozione del Piano delle Performance per il triennio 2017/2019 come da testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento da diffondere mediante pubblicazione sul sito web aziendale;

PROPONE

- di adottare il Piano della Performance per il triennio 2017 – 2019 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;
- 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/o da indicazioni normative regionale o nazionali;
- di dare atto che il Piano di cui si tratta si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- di autorizzare la pubblicazione integrale della presente deliberazione;
- di trasmettere copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità (CIVIT);
 - al Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania;
 - all'Ufficio Relazioni con il Pubblico per la notifica al Presidente e ai componenti del Comitato Consultivo Misto;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV che notificheranno alla struttura di supporto;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ing. Vittorio Emanuele Romallo, 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;
 - al Direttore delle attività di Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie;
 - al Responsabile Relazioni Sindacali per la notifica alle OO.SS.;

IL DIRETTORE U.O.C. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E
VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE

Dott. Tommaso Scieglija





*Azienda Ospedaliera di Caserta “
Sant’Anna e San Sebastiano”*
di rilievo nazionale e di alta specializzazione

Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)

Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

PIANO DELLE PERFORMANCE 2017- 2019

Sommario

1	Presentazione del Piano	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	4
2.1	Chi siamo	4
2.2	Cosa facciamo	5
2.3	Come operiamo	6
3	Identità	7
3.1	L'amministrazione "in cifre"	8
3.2	Mandato istituzionale e Missione	12
3.3	Albero della performance	15
4	Analisi del contesto	17
4.1	Analisi del contesto esterno	17
4.2	Analisi del contesto interno	17
4.3	Il Piano di efficientamento	23
5	Obiettivi strategici	24
5.1	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	27
5.2	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	27
6	Il ciclo di gestione della performance	29
6.1	Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione	31
6.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	32
6.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	32
7	Allegati tecnici	33
8	La valutazione e la verifica dei risultati	178
	Note	179

1 Presentazione del Piano

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

Il Piano della performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto:

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

Esso contiene:

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

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

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

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

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

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

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

Secondo quanto previsto dall'articolo 10 comma 3 del decreto, eventuali variazioni, durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della *performance* organizzativa e individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano.

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 per i cittadini e gli stakeholder esterni

2.1 Chi siamo

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

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

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

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

I principali stakeholders dell'azienda sono:

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

2.2 Cosa facciamo

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

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

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

- rappresenta il III° livello della rete dell'emergenza, di riferimento per tutto l'ambito provinciale; - è individuata quale hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto, nonché hub di 2° livello per la rete cardiologica e centrale operativa cardiologica DIE CE; - è Trauma Center di zona (CTZ) e serve l'ambito territoriale della provincia di Avellino, Benevento e Caserta;
- è sede o centro di riferimento dei seguenti servizi: attualmente è sede della Centrale Operativa Emergenza 118 della provincia di Caserta - Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E.), con estensione del servizio alle province di Avellino, Benevento e Caserta; - Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti; - Bleeding Center; Centro di riferimento provinciale per le valutazioni immunoematologiche; - Centro di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta; - Centro di riferimento provinciale per gli impianti cocleari;
- ai sensi del D.C.A. n. 33 del 17/05/2016 questa AORN è – testuale – *“DEA di II° che è hub 2 per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS (serve anche l'area Avellino-Benevento e nord della*

provincia di Napoli) e CTZ per la rete trauma con istituzione della Unità spinale (cod. 28), sede di neuroriabilitazione (cod. 75) e riabilitazione intensiva (cod. 56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica. Presso questa AO si istituiscono la Chirurgia Pediatrica per bacino di utenza AV/BN/CE, la Radioterapia e la Medicina nucleare”.

- è sede dei Corsi di Laurea in “ Scienze Infermieristiche”, “Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia” ed “Ostetricia” della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”. La stessa, poi, oltre ad essere stata individuata dalla predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento delle attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è altresì parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli” (ex Seconda Università) che della Università di Napoli “Federico II”.
- in esecuzione del D.C.A. n. 60 del 15/10/2010, che a suo tempo disciplinò i rapporti tra Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora “Luigi Vanvitelli”), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria, l’Azienda Ospedaliera di Caserta ha avuto collocate al proprio interno, ex allegato A del citato DCA 60/2010, le seguenti UU.OO. in dotazione alla predetta A.O.U.: - Cardiologia con UTIC; - Malattie Infettive; - Pneumologia.

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 quanta 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 della zone periferiche del napoletano.

I Decreti del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n. 49 del 27/09/2010 e n. 38 del 25/05/2011 attribuiscono a questa Azienda 539 posti letto.

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

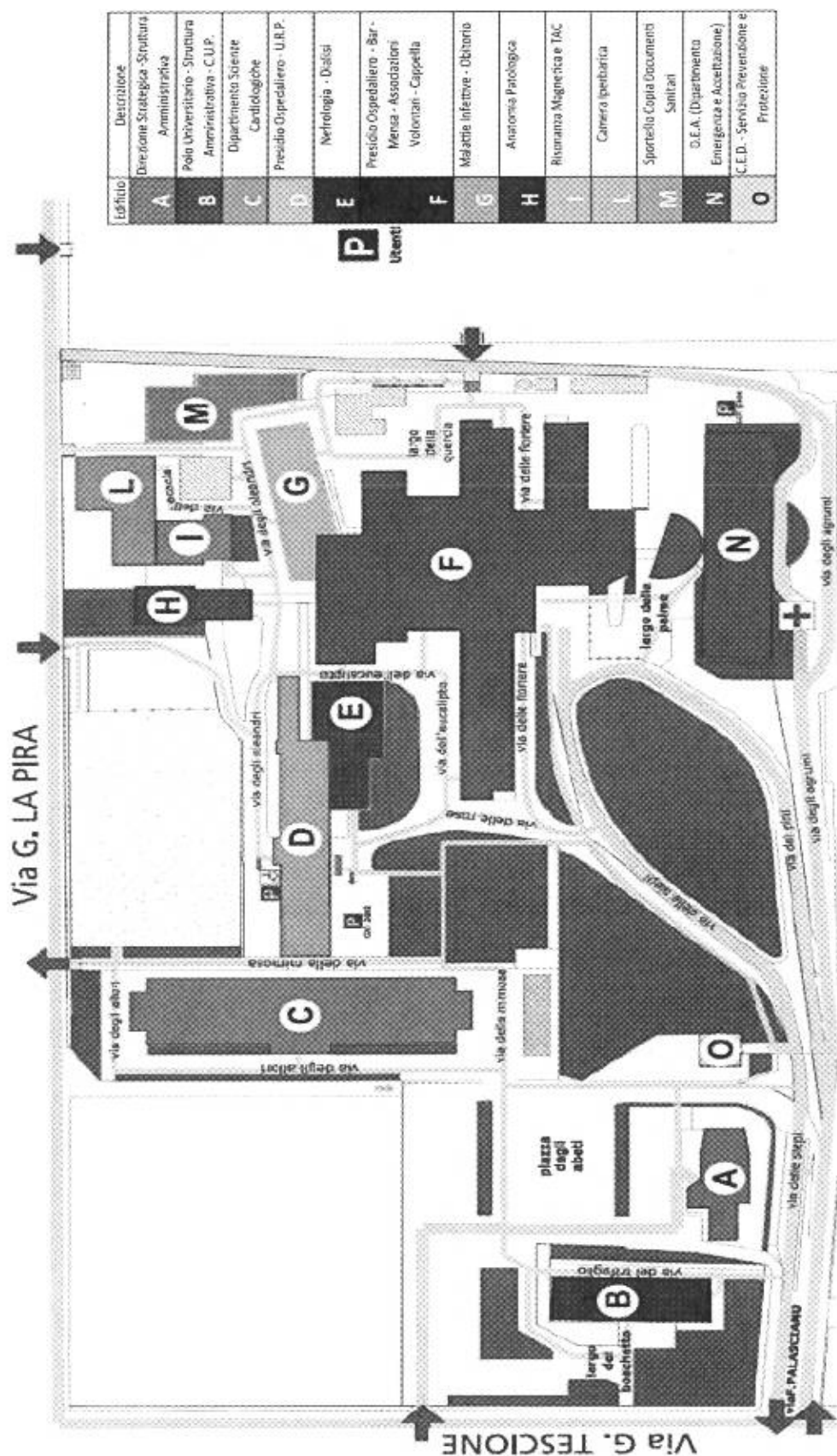
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche di area medica e chirurgica.

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

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

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

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



Sono di seguito riportati dati sintetici di attività sanitaria riferiti agli anni 2015-2016

ANNO 2016	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	15.149
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	7.538
TOTALE DIMESSI	22.687
ANNO 2015	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	15.085
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	7.984
TOTALE DIMESSI	23.069

	GENNAIO/DICEMBRE 2015	GENNAIO/DICEMBRE 2016	VARIAZIONE %
VALORE ECONOMICO (ORDINARI e DH)	68.982.437,50	70.806.758,80	2,64%

LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

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

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

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

Per l'anno 2016 gli accessi al Pronto Soccorso sono stati oltre 75.000 pazienti, di cui 13.000 in età pediatrica e 5000 donne per urgenze ostetrico-ginecologiche. La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione efficiente sul territorio sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della a volte insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza. Questa situazione, inoltre, si aggrava in concomitanza di alcuni periodi dell'anno.

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

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

Le risorse finanziarie e i costi previsti per l'anno 2017 – deliberazione n. 77 / 2017 – sono i seguenti:

Valore della produzione

Valore della produzione	Valore previsto anno 2017
Totale	180.396.679

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

Valore della produzione	Valore previsto anno 2017
1) Contributi in c/esercizio	150.340.758
2) Ricavi per prestazioni sanitarie	27.387.575
3) Concorsi, Recuperi, Rimborsi	717.325

4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.322.409
5) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.065.887

I costi della produzione sono:

Costi della produzione	Valore previsto anno 2017
Costi della produzione totale	173.524.799
di cui, tra l'altro:	
Acquisto di beni sanitari e non	46.855.748
Acquisto di servizi sanitari	14.139.738
Acquisto di servizi non sanitari	21.952.295
Costi del personale	76.701.564

Risultato di esercizio 2017

L'Azienda prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2017

3.2 Mandato istituzionale e Missione

Mandato istituzionale

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

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

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

I principi istituzionali su cui si basa sono:

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

Mission

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

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

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

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

Vision

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

- soddisfazione degli utenti, attraverso una risposta che sia adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino e che sia capace di privilegiare:
 - un approccio di cura globale, indirizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona;
 - l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione dell'assistenza;
- soddisfazione degli operatori, attraverso la valorizzazione delle singole professionalità, la partecipazione ai processi decisionali, l'attuazione di politiche di benessere organizzativo;
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dei servizi erogati;
- adozione di formule assistenziali alternative, finalizzate a promuovere adeguatamente la salute pubblica e a favorire l'essenzialità e l'appropriatezza delle prestazioni;

- efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse umane ed economiche;
- collaborazione integrata e sinergica con le aziende sanitarie locali, enti territoriali e organismi no profit attivi in ambito sanitario e socio-assistenziale;
- potenziamento della comunicazione esterna e interna, come strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute e come attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e per l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

Principi Ispiratori

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

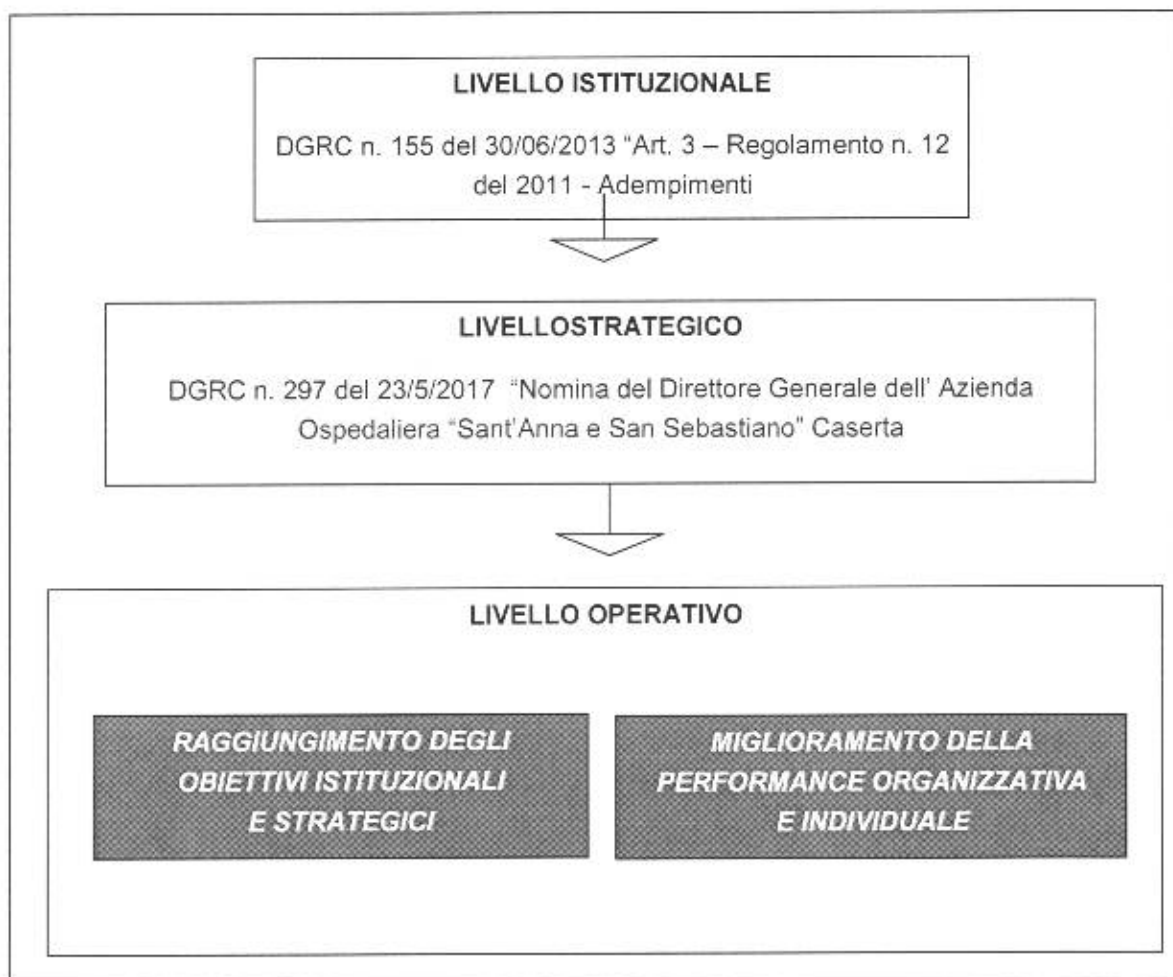
- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.
- **IMPARZIALITÀ** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti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

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

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

3.3 Albero della performance



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

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

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

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

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

4 Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

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

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

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

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

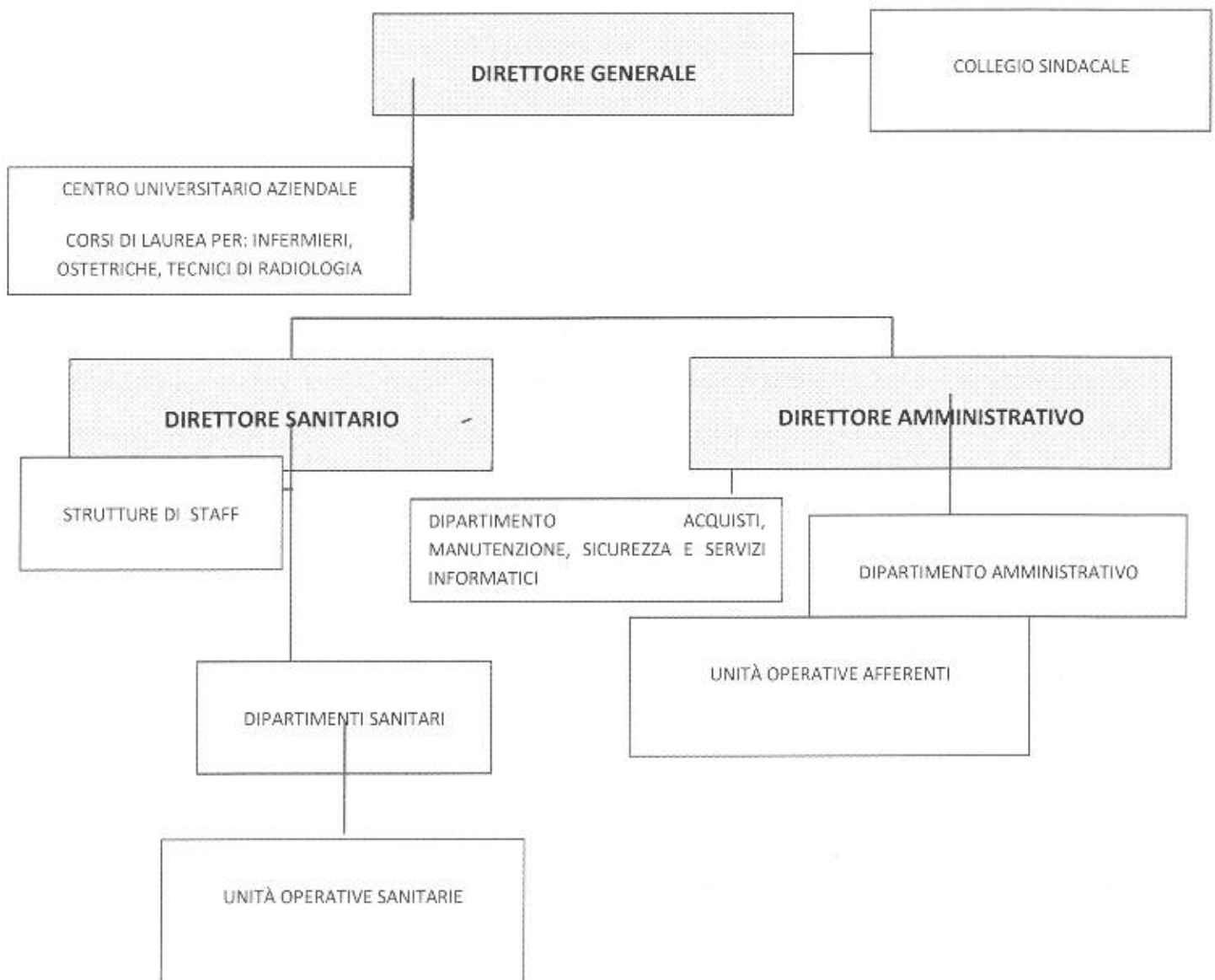
4.2 Analisi del contesto interno

Il blocco del turn over e le altre misure imposte dall'esigenza di contenimento della spesa di personale (blocco della mobilità, rideterminazione dei fondi contrattuali, limiti alle prestazioni

aggiuntive, ecc) hanno pesantemente inciso su questa Azienda, determinando carenze anche drammatiche di personale medico, infermieristico, ausiliario e tecnico amministrativo che per di più presenta un'età media piuttosto avanzata e con diffuse situazioni di esonero da certe e/o più pesanti funzioni.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dal Piano Attuativo Aziendale, adottato con deliberazione n. 2 del 23/03/2011, approvato dalla Regione Campania, con prescrizioni, con Decreto Commissariale n. 38 del 27/05/2011 e dalle successive deliberazioni aziendali di modifica, in particolare la deliberazione n. 26/2013. Tale struttura organizzativa subirà modificazioni a seguito della definitiva approvazione del nuovo "Atto Aziendale", già adottato con deliberazione n. 150 del 27/09/2017. La struttura organizzativa attuale è la seguente:

ORGANIGRAMMA GENERALE



MODELLO ORGANIZZATIVO: I DIPARTIMENTI

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

- **AREA DIREZIONALE,**
che aggrega la Direzione strategica (*Direzione generale, Direzione sanitaria, Direzione amministrativa*)
- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE,**
- **AREA AMMINISTRATIVA,**
- **AREA ACQUISTI, MANUTENZIONE, SICUREZZA E SERVIZI INFORMATICI**

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

I dipartimenti attivi in Azienda sono:

- **n.7 DIPARTIMENTI SANITARI,**
che aggregano le Unità operative sanitarie
- **n.1 DIPARTIMENTO (SETTORE) AMMINISTRATIVO,**
che aggrega le Unità operative di riferimento;
- **n.1 DIPARTIMENTO SICUREZZA, SERVIZI TECNICI E INFORMATICI, INNOVAZIONE TECNOLOGICA,**
che aggrega le Unità operative di riferimento.

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

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

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

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

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

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

- **Risorse finanziarie**

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

- **Risorse umane**

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

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

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

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2016 è così riassunta:

	Previsti	In Servizio	Tempo determinato	Posti vacanti
Ruolo Sanitario	1490	1122	6	362
Ruolo Professionale	15	3	0	12
Ruolo Tecnico	347	153	0	194
Ruolo Amministrativo	125	59	3	63

1977	1336	9	631
------	------	---	-----

Totale Dirigenza Medica	460	347	8	105
Totale Dirigenza Sanitaria	36	19	0	17
Totale Dirigenza P.T.A.	24	11	2	11
Totale Comparto	1457	960	0	497

Al momento si sta procedendo alla attuazione di concorsi, essendo vigente la norma che bloccava ogni forma di reclutamento del personale, pertanto si sta procedendo all'acquisizione di nuove risorse.

Per altro, la dotazione organica di cui alla tabella sopra riportata subirà modificazioni a seguito della definitiva approvazione del nuovo "Atto Aziendale", già adottato con deliberazione n. 150 del 27/09/2017.

- **Risorse tecnologiche**

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

In termini di grandi impianti, risultano installate:

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

N° 1 RMN;

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

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

OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI E TARGET

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

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

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

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

4.3 Il Piano di efficientamento

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

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, pari o superiori al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera a)

- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera b)

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

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

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

5 Obiettivi strategici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In specifico, si vuole tendere all'eccellenza qualitativa di ogni servizio, coerentemente con il bisogno assistenziale e con l'aspettativa dei cittadini, utilizzando con flessibilità le molteplici

tipologie organizzative dell'offerta: degenza a ciclo continuo per acuti e post-acuti, degenza a ciclo diurno medica e chirurgica, one day surgery, day service ed attività ambulatoriale.

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

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

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

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

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

5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

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

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

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

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

5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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

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

1. Valorizzazione dei risultati individuali

2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi

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

Relativamente al punto 1) per il Direttore di Dipartimento, per il Direttore di U.O.C. e per il Responsabile di U.O.S.D con attribuzione diretta delle risorse, la valutazione è determinata dal risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati; **per il restante personale dirigente, per il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché per il personale del comparto**, il Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata individua gli obiettivi che richiedono il coinvolgimento dei collaboratori e, quindi, individua **i dirigenti, personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché personale del comparto** che debbono concorrere e in 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 individuali può essere valutata con un punteggio massimo di 75 punti.

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

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

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

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

6 Il ciclo di gestione della performance

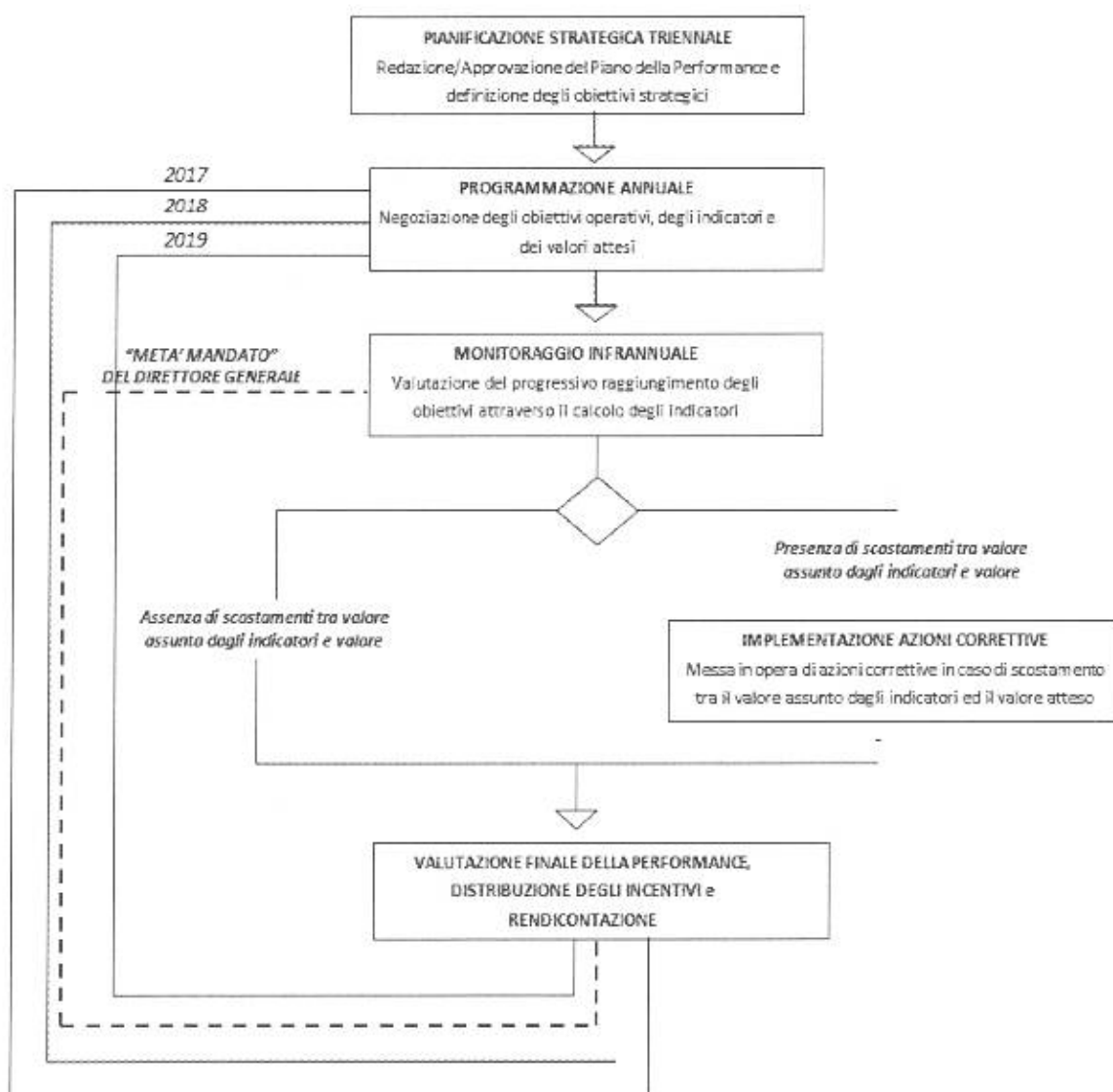
Il ciclo di gestione della performance consiste in un processo aziendale che, programmato su base triennale, ha durata annuale e si articola sinteticamente nelle fasi di:

- PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE (definizione degli obiettivi strategici che l'Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE (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 delle strutture e dei singoli professionisti);
- UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione del merito);
- RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholder del sistema in un'ottica di accountability).

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

Quest'ultimo, avviato con l'approvazione del presente Piano, sebbene abbia un respiro triennale essendo riferito al periodo 2016-2018, prevede che ogni anno venga riprogrammata la negoziazione degli obiettivi (con conseguente allocazione delle risorse) nonché la misurazione e la valutazione del raggiungimento degli stessi a 12 mesi, 24 mesi e 36 mesi. Ai tre momenti di misurazione e verifica infrannuale, se ne aggiungerà un quarto a metà mandato del Direttore Generale coincidente con la valutazione del suo operato che la Regione effettua a 18 mesi a partire dall'incarico conferito.

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



6.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione

Il Piano è redatto sulla base delle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite dal Decreto Commissariale n. 49/2011 e dal Piano Sanitario Regionale vigente i quali, sulla scorta di alcuni principi di fondo come il miglioramento e il potenziamento della prevenzione e della promozione della salute, l'integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema e l'ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento, lo sviluppo della clinical governance e l'attenzione alla sicurezza delle cure, la realizzazione dei necessari investimenti per l'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 e 3 le UU.OO.CC. Controllo di Gestione, Programmazione e Pianificazione Sanitaria, Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie, Sviluppo Organizzativo e Valorizzazione Risorse Umane in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 2 le UU.OO.CC di Staff delle Direzioni
- per la fase 4 le UU.OO.CC. Controllo di Gestione, Programmazione e Pianificazione Sanitaria, Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie, Sviluppo Organizzativo e Valorizzazione Risorse Umane in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 5 la U.O.C. SOVRU

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

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

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

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

6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il piano delle performance, 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.

7 Allegati tecnici

Costituiscono allegati tecnici:

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

Analisi S.W.O.T.

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	Scarsa implementazione di tutte le fasi previste dal vigente sistema di misurazione e valutazione della performance
Attività uniche nel bacino di utenza	Vetustà dei locali di alcune Unità Operative
Casistica trattata complessa	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 in conseguenza dell'applicazione dei decreti sull'appropriatezza
Incremento delle prestazioni ambulatoriali in luogo di ricoveri con DRG inappropriati	Necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità per inadeguatezza dell'offerta territoriale
Rapporto integrato e istituzionalizzato con le associazioni di volontariato	Anomalo incremento delle giornate di degenza per inadeguatezza dell'offerta territoriale

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2016 - ALLEGATO 2 TABELLE ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI	
ANNO	2016
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	52
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	57
% DIPENDENTI IN POSSESSO DI LAUREA	68
% DI DIRIGENTI IN POSSESSO DI LAUREA	32
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
ANNO	2016
% TASSO DI ASSENZE GIORNALIERO	48,98
TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	0
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	0,52
% DI PERSONALE ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	3
INDICATORI	
ANNO	2016
% DI DIRIGENTI DONNE	9
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	47
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	60.000
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	28.000
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	55
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	52

SCHEDE DI RILEVAZIONE

OBIETTIVI/INDICATORI

RISULTATI ATTESI/PESI

**SCHEDE DI RILEVAZIONE
OBIETTIVI/INDICATORI
RISULTATI ATTESI/PESI**

**DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI
SANITARI**

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E INTEGRATI

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Riduzione dei tempi di attesa "critici" degli esami diagnostici soprattutto per i degenti	Tempi di attesa "critici" degli esami diagnostici	Riduzione dei tempi di attesa "critici" delle prestazioni intermedie del 10%, per anno	25
	Utilizzo di Order entry – ove attivato - per accettazione e refertazione esami	Numero accettazioni/refertazioni con order entry – ove attivato -	Nel triennio 95% delle accettazioni e delle refertazioni con order entry – ove attivato	25
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	15
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	10

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO MATERNO – INFANTILE

Direttore Dipartimento : Dott. Pasquale Femiano

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Razionalizzazione richieste prestazioni intermedie	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi nonché richiesta informatizzata delle prestazioni intermedie da parte delle UU.OO. del Dipartimento (order entry)	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti Richiesta informatizzata per almeno l'85% delle prestazioni intermedie	10
		Utilizzo dei farmaci presenti nel PTO. Prescrizione farmaci secondo procedure aziendali	Almeno l'85% dei farmaci da PTO. Almeno il 85% delle prescrizioni da procedure aziendali.	

EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	10
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	5

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA E SPECIALITA' MEDICHE

Direttore Dipartimento Dott.ssa Ludovica d'Apice

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Razionalizzazione richieste prestazioni intermedie	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi nonché richiesta informatizzata delle prestazioni intermedie da parte delle UU.OO. del Dipartimento (order entry)	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti Richiesta informatizzata per almeno l'85% delle prestazioni intermedie	10

		Utilizzo dei farmaci presenti nel PTO. Prescrizione farmaci secondo procedure aziendali	Almeno il 85% dei farmaci da PTO. Almeno il 85% delle prescrizioni da procedure aziendali.	
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	10
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	5

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOLOGICHE E VASCOLARI

Direttore Dipartimento: Dotto. Franco Mascia

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Razionalizzazione richieste prestazioni intermedie	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi nonché richiesta informatizzata delle prestazioni intermedie da parte delle UU.OO. del Dipartimento (order entry)	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti Richiesta informatizzata per almeno l'85% delle prestazioni intermedie	10
		Utilizzo dei farmaci presenti nel PTO. Prescrizione farmaci secondo procedure aziendali	Almeno l'85% dei farmaci da PTO. Almeno l'85% delle prescrizioni da procedure aziendali.	
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area	10

	tecnologiche.	risorse.	dell'efficienza	
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	5

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE A BASSA INVASIVITA'

Direttore Dipartimento: Dott. Ortensio Marotta

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, Razionalizzazione richieste prestazioni intermedie	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi nonché richiesta informatizzata delle prestazioni intermedie da parte delle UU.OO. del Dipartimento (order entry)	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti Richiesta informatizzata per almeno l'85% delle prestazioni intermedie	10
		Utilizzo dei farmaci presenti nel PTO. Prescrizione farmaci secondo procedure aziendali	Almeno l'85% dei farmaci da PTO. Almeno l'85% delle prescrizioni da procedure aziendali.	
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno	10

	attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	nell'area dell'efficienza	
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	5

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO EMERGENZA, ACCETTAZIONE E TRAUMA CENTER

Direttore: dott. Brunello Pezza

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Razionalizzazione richieste prestazioni intermedie	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi nonché richiesta informatizzata delle prestazioni intermedie da parte delle UU.OO. del Dipartimento (order entry)	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti Richiesta informatizzata per almeno l'85% delle prestazioni intermedie	10
		Utilizzo dei farmaci presenti nel PTO. Prescrizione farmaci secondo procedure aziendali	Almeno il 85% dei farmaci da PTO. Almeno il 85% delle prescrizioni da procedure aziendali.	

EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	10
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	5

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA MEDICA E CHIRURGICA

Direttore Dipartimento: dott. Giovanni Pietro Ianniello

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rispetto degli obiettivi del Direttore Generale Come da delibera N.1 DEL 31/05/2017	Obiettivi del Direttore Generale	100%	50
	Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Razionalizzazione richieste prestazioni intermedie	Scarico informatizzato per farmaci, protesi e dispositivi nonché richiesta informatizzata delle prestazioni intermedie da parte delle UU.OO. del Dipartimento (order entry)	Scarico informatizzato di almeno l'85% dei prodotti Richiesta informatizzata per almeno l'85% delle prestazioni intermedie	10

		Utilizzo dei farmaci presenti nel PTO. Prescrizione farmaci secondo procedure aziendali	Almeno l'85% dei farmaci da PTO. Almeno l'85% delle prescrizioni da procedure aziendali.	
EFFICIENZA	Tendere ad una maggiore dipartimentalizzazione attraverso la gestione comune di risorse umane e tecnologiche.	Riorganizzazione di almeno 1 area dipartimentale nell'ottica della ottimizzazione delle risorse.	Realizzazione di almeno un progetto dipartimentale/anno nell'area dell'efficienza	10
QUALITA'	Miglioramento della qualità nella materia relativa alla sicurezza del paziente	Predisporre progetti di gestione del rischio clinico e/o prevenzione infezioni nosocomiale.	Realizzazione di almeno 1 progetto in materia di sicurezza del paziente, per anno.	5

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI INTEGRATI E DIAGNOSTICI

UU.OO.

- Anatomia Patologica
- Angiologia Interventistica
- Immunoematologia e Centro Trasfusionale
- Diagnostica per Immagini
- Ecografia Interventistica
- Farmacia
- Attività e Monitoraggio Attività Sanitarie
- Medicina Legale
- Neuroradiologia
- Patologia Clinica

U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

DIRETTORE: DOTT. SSA CARMELA BUONOMO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Potenziamento dell'attività diagnostica	Riduzione dei tempi di attesa reiterazione degli esami Diagnostici soprattutto per i degenti	Riduzione del 10% nel primo anno rispetto all'anno precedente, del 5% negli anni successivi rispetto all'anno precedente	50
	2 Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	
	3 Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	2 Documenti/Anno	
Efficienza	4 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	2 documenti anni di verifica sul ritiro delle prestazioni eseguite (luglio – dicembre) – Al fine di consentire chiusura SDO	25

U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

DOTT. GIOVANNI MOGGIO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDTA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDTA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDTA anno	50
	2 Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	1 Documenti/Anno	
	3 Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di interventistica istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	1 AUDIT anno	
Efficienza	4 Partecipazione o proposta di 1 piano formativo aziendale	1 piano Formazione personale UOC rivolto a Medici e/o TSRM e/o Infermieri	Partecipazione o proposta/realizzazione di 1 piano formativo per anno	25

U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

DIRETTORE: DOTT. SONIA RAIMONDI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività in adesione all'Accreditamento Istituzionale	Documenti prodotti o revisionati	Due documenti/anno Produzione del manuale per l'accreditamento istituzionale	50
	Order entry - ove presente - per accettazione e refertazione esami	numero accettazioni/refertazioni con order entry - ove presente -	Nel triennio 95% delle accettazioni e delle refertazioni con order entry - ove presente -	
	Comitato buon uso del sangue	Riunione Comitato	Almeno n. 2 riunioni del Comitato/anno	
Efficienza	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	25

U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

DIRETTORE: PROF. DOTT. LUIGI MANFREDONIA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Potenziamento dell'attività diagnostica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni dei degenti in elezione	Riduzione del 10% nel primo anno rispetto all'anno precedente, del 5% negli anni successivi rispetto all'anno precedente	50
	2 Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	
	3 Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	2 Documenti/Anno	
Efficienza	4 Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne e predisporre percorsi diagnostici assistenziali (PDA)	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di Diagnostica per Immagini istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza e programmando PDA	Istituzione di 1 PDA anno	25

U.O.S.D. ECOGRAFIA INTERVENTISTICA

DOTT. LUIGI MANFREDONIA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	50
	2 Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	1 Documenti/Anno	
	3 RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA	TEMPI DI ATTESA	>10% RISPETTO AL 2016	
Efficienza	4 Partecipazione o proposta di 1 piano formativo aziendale	1 piano Formazione personale UOC rivolto a Medici e/o TSRM e/o Infermieri	Partecipazione o proposta/realizzazione di 1 piano formativo per anno	25

U.O.C. FARMACIA

DIRETTORE: DOTT.SSA ANNA DELLO STRITTO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Adempimento dei debiti informativi istituzionali - aziendali, regionali, nazionali-	corretta compilazione dei documenti istituzionali richiesti	100% di conformità nei contenuti dei documenti richiesti verificata dal richiedente	50
	Consegna dei documenti dei quali all'obiettivo precedente nei tempi previsti dal richiedente	compilazione nei tempi previsti dei documenti istituzionali richiesti	100% di consegna dei documenti istituzionali richiesti nei tempi previsti verificata dal richiedente	
	Gestione Magazzino	Carico e scarico farmaci e presidi	100% carico informatizzato dei documenti di trasporto entro 5 gg. lavorativi dall'arrivo dei prodotti 100% scarico informatizzato dei prodotti ai centri di costo entro 5 gg. Lavorativi dalla consegna dei prodotti agli stessi	
	ANALISI E MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA	RELAZIONE E REPORT	RELAZIONE E REPORT TRIMESTRALE	
	IMPLEMENTAZIONE FARMACOVIGILANZA	Verifica presso le UU.OO.	n. 2 verifiche per ciascuna U.O. per ciascun anno	
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	15

PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	RIUNIONI	N. 3 RIUNIONI/anno	10
	REALIZZAZIONE PIANO FORMATIVO AZIENDALE	FORMAZIONE PROPOSTA	REALIZZAZIONE DEL 50% DELLE PROPOSTE FORMATIVE	

U.O.C. ANALISI E MONITORAGGIO

ATTIVITA' SANITARIA

DIRETTORE: DOTT.TOMMASO SGUEGLIA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	MONITORAGGIO ATTIVITA' SANITARIA LEA OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE	REPORT TRIMESTRALE	4 REPORTS ANNUALI	50
	ANALISI DEI RISULTATI	RELAZIONI SEMETRALI	2 RELAZIONI ANNUALI	
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	25

U.O.C. MEDICINA LEGALE

DIRETTORE: PROF. DOTT.CARMINE LISI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Valutazione sinistrosità e contenzioso	Numero valutazioni effettuate / totale sinistri del contenzioso	Annualmente 90% valutazioni effettuate / Totale	50
	2 Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	Documenti prodotti e/o revisionati	Istituzione e/o modificazioni di 2 documento anno	
Efficienza	3 Valutazione sinistrosità e contenzioso	Numero valutazioni effettuate/totale sinistri del contenzioso	Annualmente 90% valutazioni effettuate/Totale	25

U.O.S.D. NEURORADIOLOGIA

DOTT. EUGENIO MARIA COVELLI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	50
	2 Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	1 Documenti/Anno	
	3 Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di Neurodiagnostica con RMN istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	1 AUDIT anno	
Efficienza	4 Partecipazione o proposta di 1 piano formativo aziendale	1 piano Formazione personale UOC rivolto a Medici e/o TSRM e/o Infermieri	Partecipazione o proposta/realizzazione di 1 piano formativo per anno	25

U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

DIRETTORE: DOTT.SSA SCHIOPPA MADDALENA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	1 Potenziamento dell'attività diagnostica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni dei degenti in elezione	Riduzione del 5% anno rispetto all'anno precedente	50
	2 Creare percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	Permettere mediante istituzione di PDA a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN di accedere a prestazioni della UOC	Istituzione di 1 PDA anno	
	3 Protocolli e procedure riguardanti le principali attività in esame	Documenti prodotti o revisionati	2 Documenti/Anno	
Efficienza	4 Controllo sull'appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Rimodulare la modalità di accesso alle prestazioni di istituendo AUDIT	1 documento anno sul controllo sulla appropriatezza delle richieste di esami di laboratorio	25

DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE

UU.OO.

- Medicina Perinatale
- Neonatologia I° Livello – Assistenza Neonatale
 - Neonatologia II° Livello
 - Ostetricia e Ginecologia
 - Pediatria
- Terapia Intensiva Neonatale

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D. MEDICINA PERINATALE

DOTT. MICHELE SERAO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Parti cesari primari	Parti	% parti cesarei primari < 24%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ore CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna	

		mancato rispetto dei tempi	SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%
--	--	-----------------------------------	--

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. ASSISTENZA NEONATALE

E NEONATOLOGIA I° LIVELLO

DIRETTORE: DOTT. ATTILIO ROMANO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Asma pediatrica	Ricoveri ordinari	Riduzione del 30% anno precedente	
	Gastroenterite pediatrica	Ricoveri ordinari	Riduzione del 30% anno precedente	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ore CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	25
--	---	--	---	----

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C.NEONATOLOGIA II° LIVELLO

DIRETTORE: DOTT. ATTILIO ROMANO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Asma pediatrica	Ricoveri ordinari	Riduzione del 30% anno precedente	
	Gastroenterite pediatrica	Ricoveri ordinari	Riduzione del 30% anno precedente	

EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ore CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DIRETTORE: PROF. DOTT. LUIGI COBELLIS

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Parti cesari primari	Parti	% parti cesarei primari < 24%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna	

		mancato rispetto dei tempi	SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	
--	--	-----------------------------------	--	--

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. PEDIATRIA

DIRETTORE: DOTT. PASQUALE FEMIANO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Asma pediatrica	Ricoveri ordinari	Riduzione del 30% anno precedente	
	Gastroenterite pediatrica	Ricoveri ordinari	Riduzione del 30% anno precedente	

EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ore CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

DIRETTORE: DOTT. ATTILIO ROMANO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Razionalizzazione consumo dei farmaci	Adesione ai protocolli aziendali di utilizzo degli antibiotici; implementazione di protocolli di utilizzo dei farmaci più frequentemente usati.	Adesione ai protocolli aziendali nel 90% delle prescrizioni di antibiotici e antitrombotici; realizzazione di protocolli per l'utilizzo dei farmaci di uso più frequente.	50
	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	Consulenze non urgenti entro 24 ore. Consulenze Urgenti immediate	25
EFFICIENZA	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100	

DIPARTIMENTO

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE

UU.OO.

- Appropriatelyzza e Innovazione dell'antibiotico-terapia
 - Dermatologia Oncologica
 - Dermatologia Pediatrica
 - Dermatologia
 - Fisiopatologia Respiratoria
- Recupero e Riabilitazione Funzionale
- Geriatria, Endocrinologia e Malattie del Ricambio
 - Malattie Infettive
 - Medicina Interna
 - Nefrologia con Dialisi
 - Neurologia
 - Pneumologia
 - Reumatologia

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

DOTT. DOMENICO DI CAPRIO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Appropriatezza prescrittiva	Esiti e contenimento della spesa	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno	50
	Riduzioni infezioni nosocomiali	Eventi infettivi nosocomiali	<10%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Realizzazione piano formativo aziendale	Formazione proposta	Realizzazione del 50% delle proposte formative	

U.OS.D. DERMATOLOGIA ONCOLOGICA**DOTT.VINCENZO CLAUDIO BATTARRA****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA	CONSULENZE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	< 5% RISPETTO ALL'ANNO 2016	50
	PREVENZIONE E GESTIONE DEI TUMORI CUTANEI	MONITORAGGIO DERMATOLOGICO DEI PAZIENTI TRAPIANTATI	AZZERAMENTO LISTE D'ATTESA	
EFFICIENZA	CONSULENZE INTERNE	ORDER ENTRY PER TRACCIABILITÀ , MODALITÀ DELLA RICHIESTA ED ADEMPIMENTO DELLA STESSA.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

U.OS.D. DERMATOLOGIA PEDIATRICA**DOTT.LUIGI BOCCIA****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Abbattimento liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali esterne fino all'età di 16 anni	Liste di attesa dermatologia pediatrica	Azzeramento liste di attesa	50
	Valutazione malattie genetiche dermatologiche	Gonodermatosi	Azzeramento liste di attesa	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

U.OS.D. DERMATOLOGIA**DOTT.UMBERTO RAIMONDO****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri ARI e non ARI	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	50
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro	

			20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	
--	--	--	---	--

U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

DIRETTORE: DOTT. PASQUALE SALZILLO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine)	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per BPCO	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	

	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	$\leq 5\%$	
	Tasso di ricovero per influenza dell'anziano	Numero di soggetti con età ≥ 65	$\leq 9\%$	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

DOTT. MICHELE FUSCO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Presa in carico dei pazienti ricoverati che necessitano di riabilitazione	Tempi di attesa tra la richiesta di presa in carico e l'erogazione della prestazione	Almeno mantenimento, nell'anno in corso, dei tempi di attesa dell'anno precedente	62
	Piano Riabilitativo Individuale (PRI)	Tempi di elaborazione dei Piani Riabilitativi Individuali	Almeno mantenimento, nell'anno in corso, dei tempi di elaborazione del PRI dell'anno precedente	
Efficienza	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	10
Part. e Val. Prof.	Realizzazione piano formativo aziendale	Formazione proposta	Realizzazione del 50% delle proposte formative	3

**U.O.S.D. GERIATRIA, ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL
RICAMBIO**

DIRETTORE: DOTT.MARIO PARILLO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per BPCO	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	

	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
	Tasso di ricovero per influenza dell'anziano	Numero di soggetti con età ≥65	≤ 9%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C.MALATTIE INFETTIVE

DIRETTORE: PROF. DOTT. PIETRO FILIPPINI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per BPCO	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
	Tasso di ricovero per influenza dell'anziano	Numero di soggetti con età ≥65	≤ 9%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI:	

			IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. MEDICINA INTERNA

DIRETTORE: DOTT.SSA ANNA GARGIULO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine)	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per BPCO	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	

	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
	Tasso di ricovero per influenza dell'anziano	Numero di soggetti con età ≥65	≤ 9%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. NEFROLOGIA CON DIALISI

DIRETTORE: DOTT.SSA LUDOVICA D'APICE

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti don età ≥65	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI:	

			IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. NEUROLOGIA

DIRETTORE: DOTT.ROBERTO ROSATO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
	Tasso di ricovero per influenza dell'anziano	Numero di soggetti con età ≥65	≤ 9%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE	

		stessa.	CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. PNEUMOLOGIA

DIRETTORE: DOTT. PASQUALE SALZILLO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine)	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per BPCO	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	

	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
	Tasso di ricovero per influenza dell'anziano	Numero di soggetti con età ≥65	≤ 9%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.S.D. REUMATOLOGIA**DOTT.SALVATORE LUPOLI****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Abbattimento liste di attesa ambulatoriali reumatologiche	Liste di attesa ambulatoriali	>50%	50
	Percorso diagnostico e terapeutico per artriti	Pazienti trattati	Arruolamento pazienti	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE CARDIOLOGICHE E VASCOLARI

UU.OO.

- Cardiologia Clinica
- Cardiologia d'Emergenza
- Cardiologia Interventistica
- Cardiologia Invasiva a Supporto della Formazione Universitaria
- Riabilitazione Cardiologica
- Cardiologia Clinica a Direzione Universitaria
- Cardiochirurgia
- Chirurgia dell'Aorta Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione
- Prevenzione Secondaria e Riabilitazione del Cardiopatico Acuto
- Rivascolarizzazione Percutanea delle Sindromi Coronariche
Acute
- UTIC

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C CARDIOLOGIA CLINICA

DIRETTORE: DOTT. FRANCO MASCIA

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti don	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C CARDIOLOGIA D'EMERGENZA

DIRETTORE: DOTT. FRANCO MASCIA

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

DIRETTORE : GREGORIO SALVAROLA

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Razionalizzazione consumo di dispositivi	Implementazione di protocolli di utilizzo dei dispositivi di uso più comune	Realizzazione di almeno un protocollo/anno sull'utilizzo dei dispositivi di uso più comune e adesione agli stessi almeno nel 75% dei casi	50
	Protocolli e procedure di cardiologia interventistica riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	3 documenti, 1 per ciascun anno	
	Potenziamento dell'attività diagnostica - interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche interventistiche	Riduzione del 10% per anno	
Efficienza	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	15
	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	10

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D. CARDIOLOGIA INVASIVA A SUPPORTO DELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA

DOTT. FRANCESCO CESARO

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Razionalizzazione consumo di dispositivi	Implementazione di protocolli di utilizzo dei dispositivi di uso più comune	Realizzazione di almeno un protocollo/anno sull'utilizzo dei dispositivi di uso più comune e adesione agli stessi almeno nel 75% dei casi	50
	Protocolli e procedure di cardiologia interventistica riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	3 documenti, 1 per ciascun anno	
	Potenziamento dell'attività diagnostica - interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche interventistiche	Riduzione del 10% per anno	
Efficienza	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	15
	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	10

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

DIRETTORE: DOTT. FRANCO MASCIA

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti don	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA

DIRETTORE: DOTT. PAOLO GOLINO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione;	

			ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	
--	--	--	--	--

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. CARDIOCHIRURGIA

DIRETTORE: DOTT. LUIGI PIAZZA

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di	

			es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	
--	--	--	--	--

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D. CHIRURGIA DELL'AORTA TORACICA

DOTT. FRANCESCO LONGOBARDI

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	$\leq 0,21\%$	50
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	$< 25\%$	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE

DIRETTORE: DOTT. FEDERICO NARDI

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con	≤ 5%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	

	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D. ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE

DOTT. M. VISCUSI

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ottimizzazione degenza media	Degenza media	= anno precedente	
	Miglioramento Peso Medio	Peso medio ricoveri ordinari	≥ anno 2016	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci (pacemaker, defibrillatori, holter impiantabili)	Dispositivi cardiaci	≥ 5%	

	Codifica SDO	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%
--	--------------	--	---

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D. PREVENZIONE SECONDARIA E RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO POST ACUTO

DOTT. CARMINE RICCIO

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D. RIVASCOLARIZZAZIONE PERCUTANEA DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE

DOTT. ROCCO PERROTTA

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Razionalizzazione consumo di dispositivi	Implementazione di protocolli di utilizzo dei dispositivi di uso più comune	Realizzazione di almeno un protocollo/anno sull'utilizzo dei dispositivi di uso più comune e adesione agli stessi almeno nel 75% dei casi	50
	Protocolli e procedure di cardiologia interventistica riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	3 documenti, 1 per ciascun anno	
	Potenziamento dell'attività diagnostica - interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche interventistiche	Riduzione del 10% per anno	
Efficienza	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	15
	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	10

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.C. UTIC

DIRETTORE: DOTT. FRANCO MASCIA

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima	≤ ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Riduzione dei ricoveri ordinari per BPCO in età adulta ≥18 anni per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco	Schede di Dimissione Ospedaliera	Riduzione del 10% anno precedente	
	Migliorare gli esiti dell'area clinica dell'apparato cardiocircolatorio	% trattati con PTCA entro 2 giorni da un IMA	41,40%	
	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza anziani.	Numero di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti don	≤ 5%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità, modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE A BASSA INVASIVITA'

UU.OO.

- Chirurgia Colonproctologica
- Chirurgia Laparoscopica ad Indirizzo Oncologico
 - Day Surgery
 - Oculistica
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia del Segmento Anteriore dell'Occhio
 - Urologia

U.O.S.D. CHIRURGIA COLONPROCTOLOGICA**DIRETTORE DOTT. ALFONSO ALDERISIO****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE	

		stessa.	CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

DOTT. ANTONIO IANNUCCI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Percentuale ricoveri con degenza post Colectomia laparoscopica < a 3 giorni	Interventi Di Colectomia	66,55%	50
	Percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate in day surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	Interventi Di Colectomia	10%	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

U.O.S.D.	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO
DAY SURGERY DIRETTORE: DOTT. SALVATORE MASSA	AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Trasmissione dati attività	Invio F.I.S.O.	100% entro il 10° giorno del mese successivo	50
		Ottimizzazione utilizzo Sale Operatorie	Ore di attività /ore disponibili	80%	
		Ottimizzazione utilizzo Sale Operatorie	N. pazienti inseriti in lista e operati/sospesi mattina	95%	
		Ottimizzazione utilizzo Sale Operatorie	Ora ingresso 1° paziente in Sala Operatorie ore 8,30	90% del 1° intervento	
	Efficienza	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Da quantificare nel corso della 1° verifica	25

		Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	
--	--	---	--	---	--

U.O.S.D OCULISTICA**DIRETTORE DOTT. FERDINANDO ROMANO****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed	CONSULENZE NON URGENTI:	

		adempimento della stessa.	entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA**DIRETTORE DOTT. ORTENSIO MAROTTA****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	

EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.S.D. CHIRURGIA DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO**DIRETTORE DOTT. ALFONSO LA BANCA****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE	

		stessa.	CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. UROLOGIA**DIRETTORE DOTT. SERGIO CAGGIANO****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	

EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

DIPARTIMENTO DEA

UU.OO.

- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Rianimazione ed Anestesia d'Urgenza
- Coordinamento Donazione Organi e Tessuti
- Neurochirurgia
- Ortopedia e Traumatologia
- Pronto Soccorso, Accettazione e Osservazione Breve Intensiva (OBI)
- Rianimazione ed Anestesia d'Urgenza
- Terapia Intensiva Post-Operatoria

U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

DIRETTORE: DOTT. FRANCO PELUSO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	

	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.S.D. COORDINAMENTO DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

DOTT. SSA ANNA FABRIZIO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Prelievi Incremento donazione cornee	Schede di dimissione ospedaliere	>10% rispetto all'anno precedente	50
	Prelievi Incremento donazione tessuti ed organi	Schede di dimissione ospedaliere	>10% rispetto all'anno precedente	
	Riduzione opposizione	Numero delle opposizioni	>10% rispetto al 2016	
	Progetti formativi	Documenti prodotti e/o revisionati	2 documenti	
	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Anno 2017 < anno2016	

Efficienza	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	25
	Audit clinico	Verbal di audit clinico effettuati	Almeno 2 audit/anno - 1 ogni 6 mesi -	

U.O.C NEUROCHIRURGIA

DIRETTORE: DOTT. PASQUALINO DE MARINIS

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico (SOLO PER I REPARTI	DRG MEDICI	< 25%	

EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%,il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DIRETTORE: DOTT. GAETANO BRUNO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
	Fratture del femore età >64 anni	Interventi chirurgici al femore	% pazienti in regime ordinario operati entro 2 giorni >60%	

	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	25

**PRONTO SOCCORSO, ACCETTAZIONE E OSSERVAZIONE BREVE
INTENSIVA (OBI)**

DIRETTORE: DOTT. DIEGO PATERNOSTO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO MASSIMO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Migliorare i tempi di processazione e gestire i tempi medi di attesa in linea con gli standard nazionali	Tempi medi di attesa	< 5 ore per tutti gli accessi	50
	Protocolli e Procedure	Documenti forniti in maniera corretta e secondo i criteri di qualità ISO – Prodotti/revisionati	1.Uno per il primo anno; 2.Due per il secondo anno; 3.Due per il terzo anno.	
QUALITÀ	RECLAMI	N° di reclami all'URP o ad associazioni a tutela del cittadino utente	< 2% degli accessi	25

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

DIRETTORE: DOTT. BRUNELLO PEZZA

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Trasmissione dati attività (Sale operatorie d'urgenza)	Invio F.I.S.O.	95% entro il 10° giorno del mese successivo	50
	Pulizia e Sanificazione Ambientale	Conformità ai parametri dell'ente convenzionato per la rilevazione	conformità per l' 85% dei parametri	
	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	Documenti prodotti e/o revisionati	2 documenti	
	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	Anno 2017 < anno2016	
Efficienza	Codifica SDO e archiviazione cartella	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione	25

	clinica		per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	
	Audit clinico	Verbali di audit clinico effettuati	Almeno 2 audit/anno - 1 ogni 6 mesi -	

U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA

DOTT. SSA PATRIZIA VESTINI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Gestione dei pazienti post-operati in fase critica	n. pazienti gestiti	Assenza di complicanze post operatorie infettive	50
Efficienza	Organizzazione di almeno un corso interno di gestione pazienti T.I.P.O. nel 2011	n. di iscritti al corso	1 piano formativo annuale	25
	Ottimizzazione tempi di recupero dei pazienti T.I.P.O. riduzione del carico lavorativo della rianimazione	n. pazienti e tempi di recupero		
	Maggiore contatto assistenziale-informativo con i familiari e miglioramento immagine aziendale	Compilazione fogli di gradimento		

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA E CHIRURGICA

UU.OO.

- Breast Unit
- Chirurgia Generale 1 a Indirizzo Oncologico
 - Gastroenterologia
 - Oncoematologia
 - Oncologia Medica
 - S.A.T.T.E.

U.O.S.D. BREAST UNIT**DIRETTORE DOTT. GIAN PAOLO PITRUZZELLA****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	

				25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE 1 A INDIRIZZO ONCOLOGICO**DIRETTORE DOTT. FERDINANDO SALZANO DE LUNA****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	% dei ricoveri con DRG medico da reparto chirurgico	DRG MEDICI	< 25%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	Interventi Di Colecistectomia	10%	
	Percentuale ricoveri con degenza post Colecistectomia laparoscopica < a 3 giorni	Interventi Di Colecistectomia	66,55%	
	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento	Dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,4	

	chirurgico			
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%.Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. GASTROENTEROLOGIA**DIRETTORE DOTT. PIETRO ROCCO****ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017**

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	

				25
	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. ONCOEMATOLOGIA

DIRETTORE DOTT. FERDINANDO FRIGERI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA

DIRETTORE DOTT. GIOVANNI PIETRO IANNIELLO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

<u>OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE</u>	<u>OBIETTIVO SPECIFICO</u>	<u>INDICATORI</u>	<u>VALORE ATTESO</u>	<u>PESO</u>
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la stessa MDC	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima dell'anno in corso/ anno precedente	≤ANNO 2016 diminuzione del 5% all'anno se i ricoveri avvengono in elezione	50
	Ricoveri ARI e non ARI in regime ordinario	Rapporto ARI e non ARI	≤ 0,21%	
	Ricoveri diurni diagnostici	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 30% anno precedente	
	Numero accessi di tipo medico	Schede di Dimissione Ospedaliera IN DH	Pari al 25% anno precedente	
EFFICIENZA	Consulenze interne	Order entry per tracciabilità , modalità della richiesta ed adempimento della stessa.	CONSULENZE NON URGENTI: entro 24 ORE CONSULENZE URGENTI: IMMEDIATE	25

	Codifica SDO e archiviazione cartella clinica	Assenza di rilevazione da parte degli uffici di mancato rispetto dei tempi	Il primo anno 90% dei casi chiusura cartella e consegna SDO ENTRO 10 giorni dalla dimissione; ENTRO 20 giorni dalla dimissione per le cartelle cliniche in attesa di es. istologico; il restante 10% entro 20 giorni dalla dimissione. Il secondo anno 95%. Il restante 5% entro 20 giorni dalla dimissione. Il terzo anno 100%	

U.O.S.D. S.A.T.T.E.

DOTT. GUIDO PIAI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ANNO 2017

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

Attribuzione obiettivi anno 2017

U.O.C. Affari Generali e Legali
Direttore ad interim: Dott. Gaetano Gubitosa

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Gestione dei rapporti assicurativi, dei rapporti con i legali nelle cause di responsabilità civile, con riduzione della spesa precedentemente sostenuta	Riduzione della spesa sostenuta nell'anno 2016	riduzione del 20%	30%
	Regolamento, gestione e aggiornamento periodico del repertorio generale e fiscale dei contratti e delle convenzioni	Redazione Regolamento e almeno un aggiornamento annuale	90%	20%
EFFICIENZA	Istituzione elenco e monitoraggio mensile, a cura dell'U.R.P., dei recapiti telefonici e di posta elettronica di ciascun dipendente e di ciascuna Struttura, con costante pubblicazione sul sito web aziendale e contestuale invio del file (Excel) a tutte le Strutture dell'Azienda	Redazione e Pubblicazione elenco ed aggiornamenti	3 pubblicazioni per anno	30%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Riorganizzazione e sistematizzazione di un archivio generale della documentazione aziendale	Redazione elenco in formato digitale di tutti gli atti archiviati, alfabeticamente e per materia	1 / anno	20%

Attribuzione obiettivi anno 2017

U.O.C. Controllo di Gestione Direttore Dott. Massimo Barresi

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio erogazione dei LEA previsti nell'allegato A della Delibera G.R. Campania n° 297 del 23/05/2017 unitamente alla U.O. AMAS	Indicatori relativi ai LEA così come previsti nell'allegato A sui dati forniti trimestralmente dalla U.O. AMAS	Scheda trimestrale riepilogativa	30%
	Piano di efficientamento: monitoraggio dei costi	Analisi trimestrale dei costi sostenuti	Scheda trimestrale di verifica	40%
EFFICIENZA	Collaborazione al processo di implementazione dell'informatizzazione del processo di contabilità analitica, unitamente alla U.O.C. G.E.F. (per la parte di Contabilità Analitica) e alla U.O.C. S.I.A. (per gli aspetti di natura amministrativa in campo informatico)	Adempimento cronoprogramma delle attività	Rispetto del cronoprogramma, per la parte esclusivamente amministrativa	30%

Attribuzione obiettivi anno 2017

U.O.C. Formazione e Performance – S.O.V.R.U.

Direttore: Dott. Tommaso Sgueglia

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Piano della Performance: aggiornamento annuale, elaborazione degli indicatori, monitoraggio obiettivi	Redazione annuale Piano della Performance e degli indicatori standard	Pubblicazione e aggiornamento annuo del Piano della Performance e degli indicatori standard - elaborazione scheda di monitoraggio trimestrale	50%
	Monitoraggio erogazione dei LEA previsti nell'allegato A della Delibera G.R. Campania n° 297 del 23/05/2017 unitamente alla U.O. Controllo di Gestione	Indicatori relativi ai LEA così come previsti nell'allegato A	Scheda trimestrale riepilogativa	35%
	Gestione amministrativa dei tirocini, frequenze volontarie e borse di studio, stages con le Università e/o gli Istituti di istruzione riconosciuti, con redazione e aggiornamento annuale del regolamento delle medesime.	Regolamento	Aggiornamento annuale	15%

Attribuzione obiettivi anno 2017

U.O.C. Gestione Economico - Finanziaria
Direttore: Dott. Eduardo Chianese

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Circularizzazione crediti debiti ed accelerazione risoluzione debitoria pregressa	Report analitico contenente anagrafe clienti e fornitori riconciliati rispetto al numero totale. Report dettagliato relativo al fatturato ante 2017 liquidato e pagato.	Riconciliazione partitari creditori e debitori pari al 25% dei medesimi.	40%
	PAC: Azioni di specifica competenza e coordinamento degli adempimenti inerenti tutte le strutture aziendali con monitoraggio trimestrale- Stato di avanzamento contabilità analitica.	Relazione sul monitoraggio degli adempimenti previsti dal P.A.C.	n.2 Relazioni trimestrali.	30%

	Attuazione e monitoraggio mensile delle azioni previste dal Decreto Commissariale n.102 del 29/9/2016 inerenti il Piano di Rientro Aziendale;	Report e Relazione mensile.	Report bimestrale (agosto-ottobre-dicembre) e contestuale relazione di accompagnamento.	20%
EFFICIENZA	Regolarizzazione e carte contabili in entrata ed uscita.	N° provvisori in entrate ed uscita da chiudere per consentire allineamento con il saldo del tesoriere.	Report di conferma della riconciliazione al 31/12 con il saldo del tesoriere da produrre entro il 31/01.	10%

Attribuzione obiettivi anno 2017

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 2017: attuazione modalità operative delle autorizzazioni Regionali	Numero arruolamenti rispetto alle autorizzazioni concesse	Report annuale	40%
	Adozione e monitoraggio sugli adempimenti inerenti i Regolamenti sull'orario di servizio e sulla mobilità interna per le diverse Aree contrattuali;	Redazione relativa Regolamenti e/o aggiornamenti conseguente monitoraggio adempimenti e Report	Relazione trimestrale per ciascun atto regolamentare	30%
EFFICIENZA	Monitoraggio del contenimento fondi accessori del personale con particolare riferimento al fondo del disagio	Previsione ore di lavoro straordinario per ciascuna struttura, sulla base dello storico dell'anno precedente, relazionato al n. di personale in servizio dei periodi confrontati	Report bimestrali	30%

Attribuzione obiettivi anno 2017

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	Report contratti di manutenzione in essere con scadenza interventi posti e/o da porre in essere	Relazione al 30.09 ed al 31.12	40%
	Art.20 legge 67/88	Ripresa lavori e stato avanzamento come da cronoprogramma	Proposta deliberazioni e rendicontazioni S.A.L	40%
EFFICIENZA	Realizzazione impianto videosorveglianza in tutti i punti strategici di accesso	Copertura di tutte le aree di accesso esterne e di accesso a ciascun edificio	Copertura tramite videosorveglianza del 70% il primo anno e del 100% del triennio	20%

Attribuzione obiettivi anno 2017

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gare: ricognizione contratti in essere con indicazione delle scadenze ed azioni da intraprendere a seconda della priorità di intervento	Elenco gare scadute e in scadenza con avvio gare progressivamente autorizzate e regolarizzazione eventuali proroghe	Avvio del 30% gare sopra soglia e del 50% gare sotto soglia	50%
	Programmazione acquisti: ricognizione del fabbisogno annuale e pluriennale con particolare attenzione agli acquisti SORESA	Compilazione prospetto programmazione SORESA	Proposta deliberazione entro il 10.09	30%
	Alimentazione monitoraggio piattaforma spending-review	Compilazione piattaforma con alimentazione contratti e monitoraggio costi	Stampa report attività	20%

Attribuzione obiettivi anno 2017

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Documento di Valutazione dei rischi	Redazione e aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi (da esposizione ad agenti fisici acqua, rifiuti, parcheggi)	Documento Valutazione dei Rischi	40%
	Regolamento aziendale per l'applicazione delle Norme contenute nel Decreto Legislativo 81/08 e s.m.i. Procedure di sicurezza	Esecuzione di prove in situs per verifiche parametri ambientali, microclima, acque, campi elettromagnetici. Redazione ed aggiornamento procedure di sicurezza aziendali	Sviluppare e diffondere i livelli di responsabilità per le varie articolazioni organizzative aziendali- Procedure di sicurezza per le attività soggette a rischi normati	45%
EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario	da verificare nel corso della prima verifica	15%

Attribuzione obiettivi anno 2017

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Implementazione e potenziamento sistema informatico con particolare riferimento alle procedure COGE-COAN e magazzino	Coordinamento attività informatica e supporto operativo	Relazione implementazione raggiunta al 31.12	30%
	Programmazione acquisti: individuazione beni e servizi informatici- collaborazione con altre Unità operative	Collaborazione alla compilazione dei tabulati della specifica programmazione	Relazione attività svolta annuale	20%
	Evoluzione sistema informativo e di telecomunicazioni (connessioni dati - reti)	Predisposizione capitolato appalto gara sistema informatico - esecuzione contratti informatici esistenti con eventuale adesione a nuova convenzione S.P.C.	Aggiudica gara informatizzazione e risoluzione problematica documentazione documentabile da relazione annuale	40%
	Completamento percorso informatizzato degli atti amministrativi (Delibere e Determine)	Relazioni trimestrali attività raggiunte	Relazione conclusiva annuale	10%

Attribuzione obiettivi anno 2017

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	Programmazione acquisto apparecchiature elettromedicali critiche e di area critica, previste nel Piano di Rinnovo approvato con delibera n° 58 del 31/01/2017.	Redazione Schede tecniche per l'acquisto delle apparecchiature elettromedicali critiche e di area critica	Relazione trimestrale Schede tecniche per l'acquisto del 100% nel triennio e 33% annuo del totale delle apparecchiature elettromedicali critiche e di area critica	40%
	Aggiornamento tecnologico delle apparecchiature esistenti aggiornamento tecnologico hardware e software dei due angiografi, in dotazione alla uoc cardiologia interventistica, secondo le esigenze prospettate dal direttore della stessa.	Aggiornamento tecnologico hardware e software dei due angiografi, in dotazione alla uoc cardiologia interventistica, secondo le esigenze prospettate dal direttore della stessa.	Relazione trimestrale dell'atto di adozione (aggiornamento di un'apparecchiatura all'anno sino al completamento delle tre nel triennio)	30%
	Individuazione del numero minimo degli addetti di comparto per i singoli reparti ospedalieri, in osservanza ai contenuti di cui all'allegato V del DM 19/03/2015. Predisposizione degli atti propedeutici alla relativa formazione degli stessi.	Pianificazione individuazione e formazione del personale addetto	Relazione trimestrale sull'individuazione e formazione degli addetti di comparto entro l'anno e successivo aggiornamento degli stessi rispetto alle singole scadenze previste.	30%

Attribuzione obiettivi anno 2017

Ufficio Prevenzione Corruzione - Trasparenza Dott. Vittorio Emanuele Romallo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gestione e verifica pubblicazione dei dati obbligatori previsti nell'area "Amministrazione Trasparente", accessibile tramite il link situato nell'home page del sito web dell'Azienda	Relazione trimestrale sull'attività di verifica dei dati e tipologia dei medesimi pubblicati	Relazione trimestrale	30%
	Predisposizione Piano annuale sulla Prevenzione della Corruzione e sulla Trasparenza	Redazione Piano	Piano di Aggiornamento per anno entro il 31 dicembre precedente	40%
EFFICIENZA	Organizzare corsi di formazione anticorruzione per i referenti della prevenzione della corruzione e i responsabili e dipendenti delle Unità operative ad alto rischio corruzione	Pianificazione di corso/i di formazione	N° 2 Edizioni	30%

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

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

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

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

Gli indicatori previsti riguardano i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi; al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi; alla **flessibilità**, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione; ed infine all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili; la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri; l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema; l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi; e la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;

- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e l'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo; l'**ascolto** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziiazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso; le **reti relazionali** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali; la **gestione delle risorse umane**, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali; l'**integrazione organizzativa** per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

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

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

10. concorrere, con il Responsabile della prevenzione della corruzione e con il Responsabile della trasparenza, ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

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

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE - COMPARTO**AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E SAN SEBASTANO****DIPARTIMENTO****UNITA' OPERATIVA****SESSIONE DI VALUTAZIONE: ANNO****NOME E COGNOME****INCARICO/RUOLO****VALUTATORE**

LEGENDA PUNTI	1= INSODDISFACENTE	2= DA MIGLIORARE
3 = ADEGUATO	4= BUONO	5= OTTIMO

1.1 <u>CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</u> INDICA LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEL DIPENDENTE ALLO SVILUPPO E AL MIGLIORAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DELL'UNITA' OPERATIVA/DIPARTIMENTO CUI E' ASSEGNATO	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.2 <u>PROBLEM SOLVING</u> INDICA IL GRADO DI AUTONOMIA NEL RISOLVERE I POSSIBILI PROBLEMI DELLA PROPRIA AREA DI LAVORO	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.3 <u>QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</u> INDICA LA QUALITA' DELLE COMPETENZE TECNICO - SPECIFICHE AGISTE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SERVIZIO	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

1.4 <u>PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'</u> INDICA IL GRADO DI PROGRAMMARE ED ORGANIZZARE IN MODO APPROPRIATO LE PROPRIE ATTIVITA' NEL RISPETTO DEGLI IMPEGNI ASSUNTI	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.5 <u>RELAZIONE CON I COLLEGGHI</u> INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' ALL'ASCOLTO E ALLA COLLABORAZIONE NEL GRUPPO DI LAVORO E IL CONTRIBUTO AD UN CLIMA POSITIVO DELL'UNITA' OPERATIVA	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

1.6 <u>ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</u> INDICA IL GRADO DI CORTESIA E DISPONIBILITA' NELLE RISPOSTE AI BISOGNI DEI CLIENTI	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

1.7 <u>FLESSIBILITA'</u> INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' RISPETTO ALLE RICHIESTE DI	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

GESTIONE DELLE EMERGENZE (CAMBI TURNI, SOSTITUZIONI, MODIFICA DEI COMPITI)					
--	--	--	--	--	--

1.8 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA INDICA IL GRADO DI PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA 1 MANUTENZIONE E INNOVAZIONE DELLE PROPRIE COMPETENZE PARTECIPANDO ALLA FORMAZIONE AZIENDALE		2	3	4	5
---	--	---	---	---	---

PUNTEGGIO TOTALE	_____/ 50				
------------------	-----------	--	--	--	--

GIUDIZIO SINTETICO COMPLESSIVO

VALUTAZIONE DEL LIVELLO DELLA PERFORMANCE	ALTO	MEDIO	BASSO
---	------	-------	-------

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE - DIRIGENZA

AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E SAN SEBASTIANO

DIPARTIMENTO

UNITA' OPERATIVA

SESSIONE DI VALUTAZIONE: ANNO

NOME E COGNOME

INCARICO/RUOLO

VALUTATORE

LEGENDA PUNTI

1 = INSODDISFACENTE

2 = DA MIGLIORARE

3 = ADEGUATO

4 = BUONO

5 = OTTIMO

1.1 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI

DIMOSTRA INTERESSE, CONOSCE LE LINEE STRATEGICHE AZIENDALI ED OFFRE CONTRIBUTI SPECIFICI ALLA LORO DEFINIZIONE: SI INFORMA SISTEMATICAMENTE ED E' ATTENTO ALL'EVOLUZIONE DELL'AZIENDA

1

2

3

4

5

1.2 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA

PARTECIPA ALLA DEFINIZIONE DEI PROGRAMMI DELL'U.O. (PIANI DI LAVORO, BUDGET) ED AGISCE COERENTEMENTE AD ESSI

1

2

3

4

5

1.3 RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DIRETTIVE AZIENDALI

E' ATTENTO A DECLINARE I PROPRI COMPORTAMENTI PROFESSIONALI NEL RISPETTO DELLE NORME CONDIVISE

2

3

4

5

2.1 CASISTICA SEMPLICE

DIMOSTRA COMPETENZE ADEGUATE PER LA GESTIONE DELLA CASISTICA SEMPLICE

1

2

3

4

5

2.2 CASISTICA COMPLESSA

DIMOSTRA COMPETENZE ADEGUATE PER LA GESTIONE DELLA CASISTICA (O ATTIVITA') COMPLESSA

1

2

3

4

5

2.3 FORMAZIONE PROFESSIONALE

SVILUPPA UNA COSTANTE ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE MANTENENDOSI AGGIORNATO SUGLI SVILUPPI DELLA RICERCA SCIENTIFICA E DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA E CONTRIBUENDO ALL'ATTIVITA' DI AUDIT E CONFRONTO ALL'INTERNO DELL'U.O.

1

2

3

4

5

3.1 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
4.1 QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE						
INDICA LA QUALITA' DELLE COMPETENZE TECNICO - SPECIFICHE AGISTE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SERVIZIO		1	2	3	4	5
4.1 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'						
INDICA IL GRADO DI PROGRAMMARE ED ORGANIZZARE IN MODO APPROPRIATO LE PROPRIE ATTIVITA' NEL RISPETTO DEGLI IMPEGNI ASSUNTI		1	2	3	4	5
4.2 RELAZIONE CON I COLLEGHI						
INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' ALL'ASCOLTO E ALLA COLLABORAZIONE NEL GRUPPO DI LAVORO E IL CONTRIBUTO AD UN CLIMA POSITIVO DELL'UNITA' OPERATIVA		1	2	3	4	5
4.3 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA						
INDICA IL GRADO DI CORTESIA E DISPONIBILITA' NELLE RISPOSTE AI BISOGNI DEI CLIENTI		1	2	3	4	5
4.4 FLESSIBILITA'						
INDICA IL GRADO DI DISPONIBILITA' RISPETTO ALLE RICHIESTE DI GESTIONE DELLE EMERGENZE (CAMBI TURNI, SOSTITUZIONI, MODIFICA DEI COMPITI)		1	2	3	4	5
4.5 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA						
INDICA IL GRADO DI PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA MANUTENZIONE E INNOVAZIONE DELLE PROPRIE COMPETENZE PARTECIPANDO ALLA FORMAZIONE AZIENDALE		1	2	3	4	5
PUNTEGGIO TOTALE		_____/ 60				

GIUDIZIO SINTETICO COMPLESSIVO			
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DELLA PERFORMANCE	ALTO	MEDIO	BASSO

8 La valutazione e la verifica dei risultati

La verifica della realizzazione dei risultati previsti dal piano della performance viene svolta dall'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, recentemente ricostituito e composto da tre membri esterni all'Azienda. Esso risponde alle seguenti finalità:

- contribuire alle attività di pianificazione
- stimolare l'implementazione dei processi utili per lavorare meglio
- supportare l'attività di rendicontazione
- gestire l'erogazione del sistema premiante per i dipendenti più bravi, nel rispetto della trasparenza.

Il compito dell'OIV è quindi quello di assicurare le condizioni necessarie per la corretta attuazione del ciclo di gestione della performance. I componenti sono stati selezionati in modo da assicurare:

- a) l'indipendenza di giudizio ed il possesso di professionalità e competenze specifiche;
- b) la garanzia del rispetto delle regole del gioco, attraverso la validazione della **relazione di performance** presentata ogni anno dall'azienda secondo i principi di trasparenza dell'azione;
- c) il costante dialogo con il personale, in modo da poter segnalare tempestivamente ai primi responsabili della performance (cioè i dirigenti e il vertice strategico) le eventuali disfunzioni segnalate nel sistema.

Le attività di verifica e controllo non hanno una finalità genericamente "punitiva" ma sono preordinate all'adozione delle iniziative utili a "correggere il tiro". Il ruolo dell'OIV corrisponde a quello del "consulente interno" che accompagna l'azienda nel percorso di miglioramento. Perché il confronto con i responsabili delle unità operative sia costruttivo, la direzione riconosce all'organismo l'autorevolezza necessaria per essere ascoltato.

Nell'ottica del miglioramento continuo della performance aziendale, l'OIV è stato dotato del supporto tecnico-amministrativo in grado di garantire il reperimento dei dati e delle informazioni utili per elaborare e sottoporre regolarmente al vertice aziendale una fotografia chiara e completa sull'andamento delle attività, e quindi su come l'azienda sta operando per raggiungere gli obiettivi definiti dal piano.

Nella prospettiva di valutare l'impatto del nuovo sistema di misurazione e di valutazione della *performance*, l'OIV gestirà un'**indagine annuale sul benessere lavorativo**, per rafforzare il dialogo all'interno dell'azienda, condizione necessaria per il pieno raggiungimento degli obiettivi.

Note

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

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

Vista la suesata proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Antonietta Siciliano



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gaetano Gubitosa



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore dell'U.O.C. Sviluppo Organizzativo e Valorizzazione Risorse Umane;
- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

- di adottare il Piano della Performance per il triennio 2017 – 2019 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;
- 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/o da indicazioni normative regionale o nazionali;
- di dare atto che il Piano di cui si tratta si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- di autorizzare la pubblicazione integrale della presente deliberazione;
- di trasmettere copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità (CIVIT);
 - al Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania;
 - all'Ufficio Relazioni con il Pubblico per la notifica al Presidente e ai componenti del Comitato Consultivo Misto;
 - al Presidente e ai Componenti dell'OIV che notificheranno alla struttura di supporto;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ing. Vittorio Emanuele Romallo, 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;
 - al Direttore delle attività di Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie;
 - al Responsabile Relazioni Sindacali per la notifica alle OO.SS.;

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



