Piano della performance

AOU Federico II di Napoli

anni: 2017-2019

in applicazione al Decreto Legislativo 150/2009 e ss.mm.ii.

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO 3
1.1 Finalità del Piano 3
1.2 Contenuti del Piano 4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI 5
2.1 L'AOU Federico II 5
2.2 L'attività dell'AOU Federico II 6
2.3 Modalità di svolgimento delle attività 8
3. IDENTITÀ 9
3.1 L'amministrazione "in cifre" 9
3.2 Mandato istituzionale e Missione 17
3.3 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale 19
3.4 Albero della performance 21
4. ANALISI DEL CONTESTO 24
4.1 Analisi del contesto esterno 24
4.2 Analisi del contesto interno 26
5. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI 28
6. OBIETTIVI STRATEGICI 29
6.1 Obiettivi Strategici Aziendali e Obiettivi specifici 34
6.2 Obiettivi LEA 45
6.3 Obiettivi Direttore Generale 50
6.5 Obiettivi Programma Nazionale Esiti 51
7. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI – IL CICLO DELLA PERFORMANCE 52
7.1 La valutazione del personale 54
7.2 L'Organismo Indipendente di valutazione della performance 56
8. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE 58
8.1 Processo di redazione del Piano 58
8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 59
8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance 60
9. ALLEGATI TECNICI 60

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017-2019

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

1.1 Finalità del Piano

Il presente documento costituisce il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli ed è adottato ai sensi degli artt.10 comma 1, lettera a) e 15, comma 2, lettera b) del Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009. n. 150 e ss.mm.ii. al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance dell'Azienda.

Il Piano è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'AOU Federico II per la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CiVIT) (ora Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC) con le Delibere n. 112/2010 e 6/2013. Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si articola nelle seguenti fasi:

1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

2) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

3) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

4) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

a) nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;

b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;

c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento delle Pubbliche Amministrazioni, definite attraverso l'atto aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i..

1.2 Contenuti del Piano

Il presente Piano si articola – in coerenza alle disposizioni del D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii. e alle indicazioni CiVIT (ora ANAC) nelle seguenti parti:

a) definizione dell'**identità dell'organizzazione**, all'interno della quale sono descritti gli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale e la mission aziendale.
b) analisi del contesto esterno, riferendosi in particolare alla definizione dello scenario regionale
c) analisi del contesto interno, nell'ambito del quale vengono illustrate le peculiari caratteristiche dell'AOU Federico II, essendo essa classificata nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale;
d) definizione degli obiettivi strategici;
e) definizione degli obiettivi operativi;
f) descrizione del ciclo della performance.

Le fasi del processo descritte non vanno interpretate come adempimenti circoscritti nel tempo e meramente strumentali alla redazione del Piano, ma costituiscono "punti" di attenzione per garantire un costante allineamento delle strategie dell'amministrazione rispetto alle dinamiche del contesto di riferimento.

Il Piano qui presentato si pone quindi l'obiettivo di costituire:

- una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione nel futuro a breve e a medio termine dell'Azienda ed è, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i comportamenti;
- specifica linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 L'AOU Federico II

L'Azienda è denominata Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II". Essa ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" nasce e svolge la propria attività in base a quanto definito:

- dall'art. 6 del D. L.vo 502/92;
- dall'art. 16 della L. Regionale n° 32 del 03/11/94;
- dal D. L.vo n° 517 del 21/12/99 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
- dal DPCM 24/05/01 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
- dal Protocollo d'Intesa fra Università Federico II e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Scuola di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione.
- dal Decreto del Rettore dell'Università degli Studi Federico II n. 2942 del 31/07/03.
- dal Decreto del Rettore dell'Università degli Studi Federico II n. 2960 del 20/09/2012 .
- dal Decreto Commissariale n.18 del 18/02/2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25/02/2013
- dalla L. 120/07 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- dalla Legge 08/11/2012, n. 189;
- dal DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica";
- dalla L. 4 novembre 2005, n. 230 recante nuove disposizioni per i professori ed i ricercatori universitari;
- dalla Legge n 240 del 30/12/2010;

- dai Decreti del Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II del 12/11/2012 di istituzione dei Dipartimenti Universitari;
- dal Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016 "Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015";
- dal Decreto del commissario ad Acta n. 55/2010 Linee guida per il "completamento del riassetto della rete laboratoristica;
- dal Decreto Rettorale n.2121 del 12/06/2013 "Orario di servizio relativo all'attività assistenziale del personale docente e ricercatore a tempo definito", con il quale è stato modificato il Decreto Rettorale n.3004 del 25/09/2012.

L'Azienda è Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale e si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale.
Svolge - ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07.03 2011 - *"attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario, attività che si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione"* - in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;
- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

2.2 L'attività dell'AOU Federico II

L'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.
Inoltre, essa è sede della Scuola di Medicina e Chirurgia, di varie Scuole di Specializzazione medico-chirurgiche, di Master di I e di II livello, di Corsi di laurea breve per personale non medico e di Corsi di Perfezionamento.
Per quanto concerne le attività relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie, le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di

day-hospital e le attività ambulatoriali, in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e odontostomatologica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

L'AOU "Federico II" è dotata di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico.

Inoltre, garantisce l'accesso dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Cardarelli ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 1 del 15/01/2015 "Organizzazione accesso pazienti in emergenza nell'area collinare di Napoli: misure urgenti per garantire l'assistenza in condizioni di iperafflusso" e s.m.i..

Volendo riassumere le prestazioni assistenziali ed i servizi erogati dall'AOU "Federico II" in categorie, è possibile individuare:

- assistenza medica, infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa, necessaria per risolvere i problemi di salute del paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica e scientifica delle singole strutture;
- interventi di soccorso per i pazienti d'interesse ostetrico-ginecologico in situazioni di urgenza ed emergenza medica, afferenti al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico;
- prestazioni di Day-Hospital;
- prestazioni di Day-Surgery;
- prestazioni ambulatoriali;
- analisi di laboratorio.

Al fine di inquadrare dettagliatamente il contesto di riferimento in cui opera l'AOU è opportuno segnalare che accanto alle tradizionali attività di ricovero e di assistenza ambulatoriale presenti anche nelle altre aziende ospedaliere, vi sono nell'AOU "Federico II" di Napoli *"altre attività*" non facilmente riscontrabili nelle altre aziende ospedaliere della Regione Campania quali, ad esempio, quelle connesse:

1. alla presenza di ***Centri di riferimento regionali***, istituiti con Deliberazioni regionali, proprio in virtù di particolari e rare competenze presenti nel Policlinico, la cui rilevanza, pur rappresentando un tratto distintivo che garantisce sul territorio regionale e meridionale il presidio di particolari patologie, non risulta in alcun modo valorizzato in termini di finanziamenti specifici a ristoro degli ingenti costi sopportati;
2. alla presenza della **SUN** che grava per le attività diagnostiche e di trasporto pazienti sulle strutture dell'AOU "Federico II" con rimborso di costi in base ad una Convenzione;

3. alla presenza di altri Enti, quali ad esempio il CNR e il Ceinge nell'ambito del complesso di Cappella Cangiani le cui attività comportano oneri economici indiretti - si pensi ad esempio al trattamento delle acque reflue - che non sempre sono adeguatamente ristorate all'AOU "Federico II";
4. alla contemporaneità dello svolgimento della ***triplice funzione di didattica, ricerca ed assistenza*** con svolgimento di quest'ultima, sotto la diretta supervisione del personale docente e strutturato, anche di personale in formazione. Ciò determina, ovviamente, la dilatazione dei tempi di lavoro rispetto a quanto accade nelle altre aziende ospedaliere;
5. alla necessità di dover assicurare un ***punto di equilibrio tra le tre funzioni della didattica, della ricerca e dell'assistenza*** che presentano prospettive temporali differenti, di breve periodo, con risoluzione immediata del problema nel caso dell'assistenza; di medio periodo, perseguendo gli obiettivi di formare il futuro personale sanitario e di trasferire metodi e concetti collegati alle nuove tecniche sviluppate dalla ricerca, nel caso della didattica; di lungo periodo, nel caso della ricerca.

2.3 Modalità di svolgimento delle attività

L'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia.

La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla Scuola di Medicina e Chirurgia. Attraverso l'attività di assistenza e, in condizioni di autonomia, essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università. Inoltre, l'Azienda:

- partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete;
- concorre quotidianamente alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tal fine destinate dalla collettività. In tale contesto l'insieme delle risorse aziendali agisce come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale.

3. IDENTITÀ

3.1 L'amministrazione "in cifre"

La struttura organizzativa

L'art. 3 del Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli pubblicato sul BURC n. 42 del 27.06.2016, Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 48 del 10.06.206, prevede che l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda siano disciplinati con atto aziendale di diritto privato, in cui vengono individuati i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Infatti, l'AOU adotta il DAI quale modello organizzativo e quale strumento ordinario di gestione operativa dell'Azienda, volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

In aggiunta, l'allegato A del Protocollo di cui sopra prevede una dotazione di n° 829 posti letto. La dotazione di posti letto è determinata Piano Ospedaliero Regionale, di cui al DCA N. 33/2016 e dal Protocollo di Intesa Regione Campania/Università Federico II 2016-2018, di cui al DCA N. 48/2016 che attribuiscono all'AOU Federico II n. 829 posti letto.

Il Protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli, siglato il 10.06.2016 contiene all'art. 2 i presupposti per una rimodulazione dei posti letto entro il primo anno di vigenza del Protocollo stesso, in linea con le considerazioni indicate in precedenza.

Il precedente Protocollo di intesa 2011-2013 attribuiva all'AOU 936 pl. Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di 107 pl (incremento di 41 pl e decremento di 148 pl). Il decremento complessivo risulta non coerente con le indicazioni di programmazione nazionale e regionale di cui l'AOU ha tenuto conto nella pianificazione delle attività e nella scelta degli investimenti ad esse connesse. Pertanto l'AOU ha proposto un incremento della dotazione di posti letto, passando da n. 829 pl a n. 854 pl.

La struttura organizzativa viene definita nell'Atto Aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 816 del 22/11/2016:

Tabella 1: Strutture organizzative

Strutture	Nr. Effettivo (*)	Nr. Obiettivo
DAI	13	11
UOC amministrative	9	7
UOC sanitarie (**)	78	65
UOS	88	57
UOSD	12	27
Programmi	87	87

Tabella 2: Dipartimenti assistenziali ad attività integrata

DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA' INTEGRATA (DAI) Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II"
1. Testa-Collo
2. Emato-Oncologia, Anatomia Patologica e Diagnostica per Immagini
3. Materno Infantile
4. Immunologia Clinica, Patologia Clinica, Malattie Infettive e Dermatologia
5. Emergenze Cardio-Vascolari, Medicina Clinica e dell'Invecchiamento
6. Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia Endoscopica
7. Chirurgia Generale e Specialistica
8. Medicina Interna ad Indirizzo Specialistico
9. Medicina di Laboratorio e Trasfusionale
10. Sanità Pubblica
11. Nefrourologia e Chirurgia Generale e dei Trapianti di Rene, Anestesia e Rianimazione

(*) Dato aggiornato al 31/12/2016
(**) Sono compresi i servizi centrali sanitari

Le attività

L'AOU si caratterizza per svolgere in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- Elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;

- Elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

La Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07/03/2011 stabilisce che: "l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione".

Inoltre, l'offerta assistenziale regionale dell'AOU Federico II si caratterizza per:

- la presenza di numerosi Centri di Riferimento Regionale;
- le attività specialistiche che, sebbene esistano nel panorama regionale realtà sanitarie a vocazione mono specialistica, rappresentano importanti punti di riferimento regionale;
- la partecipazione alla rete regionale dell'emergenza.

L'A.O.U. Federico II ha effettuato nel 2015 e nel 2016 in maniera integrata con l'attività didattica e scientifica i seguenti volumi di attività di assistenziale istituzionale:

Tabella 4: Dati di attività

	2016(***)	**2015**	**▲**
casi RO	23.963	25.887	-7%
giornate di degenza RO	167.257	177.621	-6%
accessi DH	106.548	99.481	7%
prestazioni ambulatoriali (visite)	397.012	374.313	6%

(***) dato aggiornato al 30.01.2017

Il dato evidenzia l'impegno dell'AOU nella rimodulazione dell'offerta sanitaria con l'obiettivo di recuperare margini di appropriatezza delle prestazioni.

Infatti, il D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza all'allegato 2C, detta: "Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse".

Nell'AOU si osserva una riduzione dei ricoveri ordinari, a fronte di un aumento degli accessi in DH e un aumento delle prestazioni ambulatoriali. Questo andamento è da ricondurre **alla rimodulazione dell'offerta** e, quindi, allo spostamento di fette di attività da un regime assistenziale all'altro, ovvero dalle attività in RO al regime in DH e da quest'ultimo alle prestazioni ambulatoriali, finanche all'assistenza territoriale nel caso di pazienti cronici.
Il risultato della rimodulazione dell'offerta verso l'utilizzo di più appropriati setting assistenziali è un incremento della percentuale di appropriatezza dei ricoveri.

Tabella 5: Variazione % appropriatezza prestazioni di ricovero nell'AOU

	2015	2014	variazione
% appropriatezza	92%	89%	+ 2%

Il personale

La dotazione organica è individuata in ragione dell'attività assistenziale dell'AOU definita:

- in base agli artt. 2 e 3 del vigente Protocollo d'intesa Regione/Università;
- in ragione dei fabbisogni organizzativi dell'Azienda e di standard qualitativi propri di aziende sanitarie che integrano assistenza, didattica e ricerca;
- del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2016 – 2018 ai sensi del D.M. n. 70/2015;
- del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 67 del 14/07/2016.

Nel calcolo della forza lavoro attiva, si ricorre alla metodologia del *full time equivalent* (equivalenza rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore) in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore dell'Università il cui debito orario assistenziale è stato fissato, con Decreto Rettorale n.3004 del 25/09/2012 e successivamente modificato con Decreto Rettorale n.2121 del 12/06/2013.
Più in particolare, i due Decreti succitati prevedono che l'orario di servizio relativo all'attività assistenziale è fissato a:

- n. 26 ore per il personale docente e ricercatore in regime di impegno a tempo pieno;
- n. 22 ore per il personale docente e ricercatore a tempo definito.

Di seguito si rappresenta schematicamente la composizione dell'organico aziendale in termini di qualifiche, profili giuridici e numeri.

Tabella 6: dotazione organica al 31.12.2016

	Dirigenti Medici		Dirigenti sanitari non medici		Dirigenti Tecn. Profess. Amm.vi		Infermieri		Amministrativi		Tecnici non sanitari		Tecnici sanitari		Ausiliari		null		Totale per Profilo giuridico	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	0	0,0	0	0,0	0	0,0	118	118,1	3	3,0	1	1,0	20	20,0	27	27,0	0	0,0	169	169,1
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	45	30,9	29	19,6	0	0,0	33	31,3	28	21,4	7	5,9	17	11,3	0	0,0	0	0,0	159	120,4
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	44	42,2	24	23,2	0	0,0	25	25,0	3	2,6	5	5,0	34	33,6	1	1,0	0	0,0	136	132,6
Convenzionati Anestesisti	88	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	88	26,3
Convenzionati CNR	10	3,6	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	4,6
Convenzionati Interinali	0	0,0	0	0,0	0	0,0	62	62,0	15	15,0	11	11,0	9	9,0	24	24,0	0	0,0	121	121,0
Convenzionati Neonatologi	24	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	14,1
Dotazione Universitaria	367	254,6	77	64,5	12	12,0	485	484,9	166	168,3	70	70,3	63	62,0	51	51,0	0	0,0	1.291	1.167,5
Dotazione a tot. carico Aziendale	36	34,9	5	5,0	0	0,0	88	88,0	1	1,0	2	2,0	8	8,0	18	18,0	3	3,0	161	159,9
Ex-Gettonati	123	122,2	29	28,8	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	153	152,0
Specialista Ambulatoriale	117	103,5	2	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	119	104,9
Totale per qualifiche	**854**	**627,2**	**170**	**143,4**	**13**	**13,0**	**811**	**809,3**	**216**	**211,2**	**102**	**100,5**	**151**	**143,9**	**121**	**121,0**	**3**	**3,0**	**2.441**	**2.172,4**

In una logica prospettica ed in considerazione delle determinazioni del fabbisogno di personale, la cui metodologia è stata definita dal DCA n. 67 del 14/07/2016 pubblicato sul BURC n. 54 del 08/08/2016 in applicazione del comma 541 della Legge di Stabilità 2016, a partire da settembre 2016 è possibile prevedere in assenza di assunzioni la seguente evoluzione della dotazione organica nel triennio 2016-2018:

Tabella 7: previsione andamento dotazione organica triennio 2016 – 2018 in assenza di reclutamento

Triennio 2016-2018	Dotazione iniziale al 21/09/2016 FTE	Pensionamenti FTE	Dotazione finale FTE
21/09-31/12/2016	2.202,0	30,5	**2.172,5**
31/12/2017	2.174,1	113,2	**2.060,9**
31/12/2018	2.060,9	103,8	**1.957,1**

Negli ultimi anni l'AOU, per il proprio peculiare status giuridico, non ha potuto beneficiare delle percentuali di sblocco del "turn over", di anno in anno individuate per le AA.SS.LL. e le AA.OO. campane. Per tale motivo, al fine di poter garantire il mantenimento dei LEA, ha costantemente integrato il contingente di personale, soprattutto per fronteggiare le cessazioni intervenute, con il ricorso a strumenti alternativi quali il conferimento attraverso pubbliche selezioni di incarichi di prestazioni d'opera professionale ai sensi dell'art. 7 ed ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001.

Nonostante, il reclutamento di personale nei modi suddetti, che ha determinato un incremento della dotazione organica, l'AOU permane in una situazione di carenza di personale, come si evince dal calcolo del fabbisogno di personale di cui al DCA n. 67/2016.

Tabella 8: variazione dotazione organica biennio 2015 - 2016

	Variazione dotazione organica					
	2015		2016			
	Totale		Totale		Variazione	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	187	187,1	169	169,1	-9,63%	-9,62%
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	69	50,7	159	120,4	130,43%	137,52%
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	143	139,4	136	132,6	-4,90%	-4,90%
Convenzionati Anestesisti	93	26,3	88	26,3	-5,38%	0,08%
Convenzionati CNR	21	5,0	15	4,6	-28,57%	-7,90%
Convenzionati Interinali	63	63,0	121	121,0	92,06%	92,06%
Convenzionati Neonatologi	35	14,1	29	14,1	-17,14%	0,00%
Dotazione Universitaria	1.403	1.278,1	1.291	1.167,5	-7,98%	-8,65%
Dotazione a tot. carico Aziendale	95	93,0	161	160,0	69,47%	72,04%
Ex-Gettonati	155	154,2	153	152,0	-1,29%	-1,42%
Specialista Ambulatoriale	118	83,6	119	104,9	0,85%	25,49%
Totale	**2.382**	**2.094,4**	**2.441**	**2.172,5**	**2,48%**	**3,73%**

Il DCA n. 67 del 14/07/2016 pubblicato sul BURC n. 54 del 08/08/2016 ha fornito un quadro di sintesi in merito alla metodologia adoperata al fine di pervenire alla determinazione delle dotazioni organiche all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Campania in applicazione del comma 541 della Legge di Stabilità 2016 che, espressamente, recita *"(...) le Regioni e le Province autonome predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161".*

Con specifico riferimento all'AOU Federico II, tenuto che la Regione ha approvato un incremento di n. 25 pl rispetto alla previsione del protocollo di intesa (829 pl), si è provveduto a determinare il fabbisogno di organico in applicazione del DCA n. 67/2016, con riferimento ad una dotazione di 854 Posti Letto:

Tabella 9: fabbisogno dotazione organica a 854 posti letto

FABBISOGNO DOTAZIONE ORGANICA A 854 PL (Decreto n. 67)	
Dirigenti medici	748
Infermieri	1.262
OSS	319
Ostetriche	30
Farmacisti (4% dei dirigenti medici)	30
Biologi, chimici, fisici, pscologi (7% dei dirigenti medici)	52
Tecnici sanitari (20% degli infermieri)	252
Personale della riabilitazione (5% degli infermieri)	63
Fabbisogno standard personale ruolo sanitario	*2.757*
Altro personale ruolo tecnico (6% di i)	165
Ruolo professionale (0,5% di i)	14
Ruolo amministrativo (11% di i + l + m)	323
TOTALE GENERALE	**3.259**

3.2 Mandato istituzionale e Missione

L'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con **l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia**. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina. Attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita innanzitutto e in primo luogo dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico, essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università.

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'AOU "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania. Il mix di attività di ricerca didattica ed assistenza consente all'Azienda di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità.

A tale scopo sono stati identificati i Centri di Riferimento Regionale, che rappresentano delle strutture di offerta ad altissima specialità che fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale.

Ciò ovviamente comporta, da un lato, la necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli assistenti in formazione (AIF), degli studenti di corsi di laurea delle professioni sanitarie e, dall'altro, la necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni primari della popolazione della provincia di Napoli e dell'intera Regione.

Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda. Tra di essi si segnala che – per favorire la comunicazione interna ed esterna attraverso l'uso di nuove tecnologie sostenibili ed user-friendly - è attivo il web magazine dell'AOU "Federico II" *Area Comunicazione* (), realizzato nel rispetto dei principi dell'*Health Literacy*, con l'obiettivo sia di migliorare la comunicazione interna e l'adesione dei professionisti dell'Azienda alla valorizzazione dell'immagine dell'AOU, sia di sostenere la partecipazione del cittadino alle scelte di Salute, supportando i cittadini a rimuovere gli ostacoli all'adozione di più sani stili di vita, con linguaggi e "confezionamenti" di notizie di facile fruibilità e di immediatezza.

Per l'identificazione degli obiettivi di natura strategica dell'AOU occorre, in aggiunta, individuare i sistemi d'interesse rispetto ai quali operano i diversi interlocutori (*stakeholder*/portatori di interesse).

La complessità organizzativa e gestionale tipica delle Aziende Ospedaliere Universitarie rispetto a quella delle tradizionali Aziende Ospedaliere è rappresentata dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interesse.

I sistemi di interesse rappresentano, infatti, il variegato mix di attese che i diversi interlocutori portano e che l'AOU, con attività diversificate (didattica, ricerca ed assistenza) e differenziate (le diverse linee di ricerca scientifica, il portafoglio servizi assistenziali, ecc.) è chiamata a contemperare e soddisfare.

I sistemi sono tra di loro interconnessi e richiedono la definizione di assetti organizzativi e di sistemi di gestione assai differenti; da qui la necessità di contemperamento dei vincoli al pieno soddisfacimento delle attese.

Le attese sullo sviluppo socio-economico rappresentano il sistema di riferimento per i bisogni collegati alle scelte pubbliche sulla copertura assistenziale, sui livelli di assistenza minimi e sulla sopravvivenza economica del sistema regionale; il principale portatore di tale interesse è, in tal senso, rappresentato dalla Regione Campania.

Le attese sullo sviluppo delle conoscenze scientifiche costituiscono il sistema proprio della ricerca, dell'innovazione e della didattica che qualificano il tessuto professionale all'interno della quale opera l'AOU; il principale *stakeholder* è rappresentato dall'Università "Federico II" e nello specifico dalla Scuola di Medicina e Chirurgia.

Le attese sulla erogazione dei servizi sanitari rappresentano le condizioni di qualità delle performance clinico assistenziali, della fruibilità ed accessibilità alle strutture, dell'integrazione tra ambiti assistenziali, ecc. Tale sistema di attese trova nei cittadini gli *stakeholder* principali.

Le attese sulle condizioni sociali e di lavoro di tutti coloro che operano nell'AOU Federico II inclusa la percezione che l'opinione pubblica ha nei confronti della azienda stessa, hanno come principale *stakeholder* i dipendenti.

Le attese sulla semplificazione dei processi amministrativi volti a regolare i rapporti con i fornitori, fermo restando i vincoli di legalità e trasparenza a cui una qualsiasi azienda sanitaria pubblica deve attenersi, hanno come principale *stakeholder* i fornitori.

Il contemperamento delle diverse attese da parte dei portatori di interesse genera un sistema complesso di vincoli e opportunità all'interno del quale l'AOU Federico II deve individuare le tendenze più rilevanti che si riflettono con maggior forza sul funzionamento e sullo sviluppo

dell'azienda stessa e deve, quindi, operare delle scelte al fine di raggiungere i propri fini istituzionali.

L'Azienda partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di rientro dal debito sanitario, tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del **Servizio Sanitario della Regione Campania**, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la buona qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività.

3.3 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'AOU "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania.

In coerenza con il contesto di riferimento, l'Azienda individua la sua visione; essa si ispira ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- ***Centralità della persona***: l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, dei professionisti che operano al suo interno e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma accoglierlo considerando l'interezza dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo l'AOU Federico II si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Ferme restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti e comportamenti, omissivi e/o limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento Aziendale di Tutela. L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia

di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicite in favore delle donne. L'A.O.U. si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e streaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

- ***Governo Clinico*** attraverso la costruzione di condizioni sia cliniche sia organizzative che sviluppino la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano ***l'integrazione virtuosa tra ricerca didattica ed assistenza***. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.
- ***Sviluppo economicamente sostenibile:*** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando a) sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro, b) sulla continua propensione dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. L'operare

all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

3.4 Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale ed integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

La base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance è rappresentata dal DCA n. 33 del 17.05.2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015" e dal Protocollo di Intesa tra Regione ed Università 2016 - 2018, dal DCA n. 98 del 20.09.2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana", dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013 approvato con Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 22 del 22 marzo 2011, dal Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 82 del 05.07.2013 "Adeguamento programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali" e ss.mm.ii., unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria.

Unitamente alle disposizioni normative vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su tre livelli:

1° Livello: Aree Strategiche

2° Livello: Obiettivi Strategici Aziendali

3° Livello: Obiettivi Operativi/Specifici

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli outcome attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli stakeholder la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

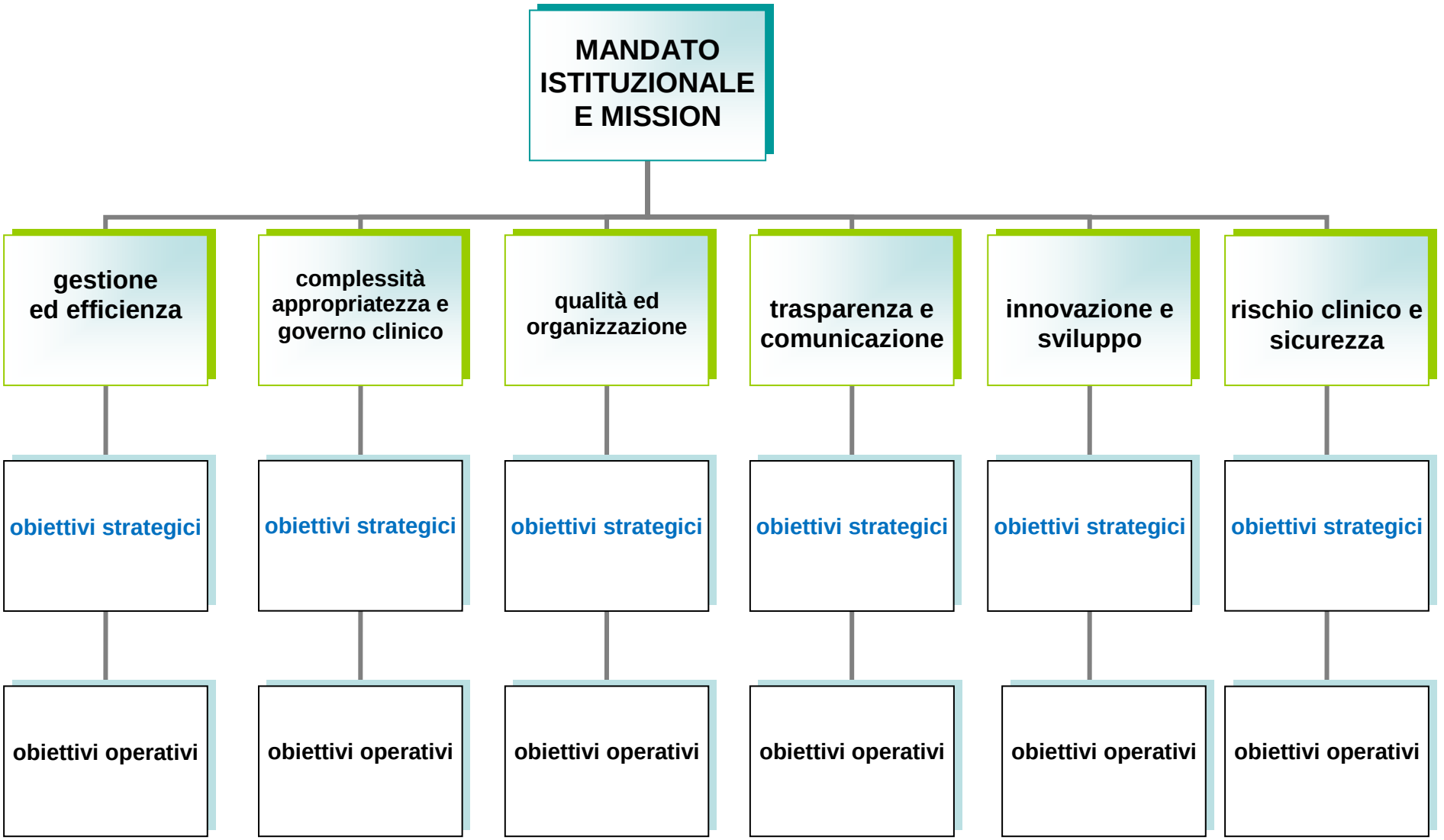
L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

1. Area della gestione e dell'efficienza
2. Area dell'appropriatezza, della complessità e governo clinico
3. Area della qualità ed organizzazione
4. Area della trasparenza e comunicazione
5. Area dell'innovazione e dello sviluppo
6. Area del rischio clinico e della sicurezza

Le sei aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Nell'ambito di ciascuna area sono individuate le categorie di obiettivi e nell'ambito di queste gli obiettivi generali e specifici.


MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION
gestione ed efficienza
complessità appropriatezza e governo clinico
qualità ed organizzazione
trasparenza e comunicazione
innovazione e sviluppo
rischio clinico e sicurezza
obiettivi strategici
obiettivi strategici
obiettivi strategici
obiettivi strategici
obiettivi strategici
obiettivi strategici
obiettivi operativi
obiettivi operativi
obiettivi operativi
obiettivi operativi
obiettivi operativi
obiettivi operativi

4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

La Campania è una delle regioni italiane più densamente popolate con oltre 400 abitanti per km². Nell'ambito della Regione Campania, è la provincia di Napoli la più popolosa; in essa risiede infatti oltre la metà della popolazione. La struttura per età della popolazione campana è caratterizzata dalla presenza di alta frequenza nelle classi di età più giovani e bassa presenza nelle classi di età più anziane; tale distribuzione risulta molto diversa dalla media nazionale.

Un importante indicatore socio-demografico risulta essere il tasso di mortalità infantile, che rappresenta uno dei primi indicatori di sviluppo di un paese (i paesi sviluppati hanno infatti una bassa mortalità alla nascita e la distribuzione dei decessi orientata verso le popolazioni anziane e molto anziane) e che in Regione Campania si attesta su valori sempre inferiori alla media del mezzogiorno ma superiori al valore medio nazionale.

Oltre al contesto demografico è stato esaminato anche il contesto socio- economico che rende la Campania una regione assai peculiare nel panorama italiano. Infatti, essa risulta tra la regioni con il più basso tasso di occupazione e con alti livelli del tasso di disoccupazione (globale e giovanile). Tali indicatori sono costruiti nel modo seguente:

1. Il tasso di occupazione nell'età 20-64 anni si ottiene dal rapporto tra gli occupati tra 20 e 64 anni e la popolazione della stessa classe di età per cento.
2. Il tasso di disoccupazione si ottiene come rapporto percentuale tra la popolazione di età a partire dai 15 anni a salire in cerca di occupazione e le forze di lavoro. Queste ultime sono date dalla somma degli occupati e delle persone in cerca di occupazione. La definizione di persona in cerca di occupazione fa riferimento al concetto di ricerca attiva di lavoro, ovvero all'aver compiuto almeno un'azione di ricerca di un determinato tipo nelle quattro settimane che precedono quella a cui fanno riferimento le informazioni raccolte durante l'intervista e all'essere disponibili a lavorare nelle due settimane successive
3. Il tasso di disoccupazione giovanile si ottiene come rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni e le forze di lavoro (occupati e persone in cerca di occupazione) della corrispondente classe di età.
4. Le convenzioni internazionali definiscono come disoccupato di lunga durata una persona in cerca di occupazione da almeno un anno (12 mesi). L'informazione sul numero di disoccupati di lunga durata, rilevata dalle indagini armonizzate a livello europeo sulle forze di lavoro,

può essere rapportata all'insieme della forza lavoro, definendo il tasso di disoccupazione di lunga durata, oppure all'insieme dei disoccupati, definendo il rapporto di composizione (incidenza dei disoccupati di lunga durata sul totale dei disoccupati): qui è utilizzato il secondo indicatore.
Infine, è stato esaminato un indicatore sintetico di deprivazione che descrive il contesto economico sociale ed è rappresentato dalla quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito: non riuscire a sostenere spese impreviste; avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo); non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di una televisione a colori, o di un telefono, o di un'automobile. La Campania risulta essere insieme alla Sicilia una delle regioni con il più alto valore di questo indice (Sicilia 50,2 ogni 100 famiglie, Puglia 43,0 ogni 100 famiglie, Campania 38,8 Mezzogiorno 40,8 e Italia 23,4)[1].

L'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.

Come detto in precedenza, i rapporti con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II e la Regione Campania sono disciplinati da uno specifico Protocollo di Intesa atto a "disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali".
Tale protocollo ha dovuto adeguarsi alla DGRC n.460/2007 (Piano di rientro) e ss.mm.ii. che ha fissato:

- i vincoli di natura finanziaria al SSR della Campania, definendo i finanziamento per ciascuna annualità del Piano e la loro distribuzione per azienda e macrovoce di spesa, programmando i disavanzi delle aziende del SSR fino al completamento del periodo di affiancamento;

- le azioni organizzativo-strutturali che, incidendo tra l'altro profondamente sull'organizzazione delle rete ospedaliera, consentono di raggiungere obiettivi di risparmio di spesa.

[1] ISTAT 2015

4.2 Analisi del contesto interno

L'AOU "Federico II" nasce da una serie di provvedimenti, nazionali e regionali, tesi a realizzare al meglio la collaborazione tra Regione ed Università, ed oltre ad essere integrata con il SSR, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale.

L'AOU "Federico II" si trova, pertanto, ad espletare in modo unitario ed inscindibile le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, rappresentando contemporaneamente sia un elemento strutturale importante del SSN, in particolare del SSR della Campania, perseguendo quindi l'obiettivo di tutela globale della salute, sia un elemento strutturale dell'Università, perseguendo obiettivi di didattica e ricerca.

Per la definizione della propria strategia, l'A.O.U. Federico II fa dipendere le sue decisioni da due fattori di analisi da cui non può prescindere:

- il primo deriva dall'interazione dei vari stakeholders;
- il secondo deriva dal confronto con aziende istituzionalmente omogenee rispetto alla triplice finalità dell'assistenza, della ricerca e della didattica, alle dimensioni (ad es. dotazione posti letto, unità di personale su posto letto) e alla tipologia dell'attività assistenziale (ad es. quantificazione attività chirurgiche rispetto a quelle mediche, peso medio per DRG ecc.).

L'AOU, in ragione del sistema di interessi che contempera, si trova, quindi, a dover intercettare e perseguire un equilibrio economico finanziario rispetto ad un'area di attività, quella assistenziale, che è strettamente collegata alle attese di governo regionali, ed è intrinsecamente funzionale alle attività di ricerca e didattica. Tale equilibrio può essere conseguito gestendo l'attività di assistenza all'interno di un sistema di coerenze tra il trend dei costi aziendali e le logiche di finanziamento dell'AOU Federico II, come previsto dall'atto Aziendale. La valutazione della struttura dei costi e dei ricavi aziendali deve essere ponderata rispetto ad alcune informazioni che individuano il "potenziale assistenziale" (ovvero le risorse a disposizione dell'AOU per l'erogazione di assistenza) e la "capacità erogativa assistenziale" (ovvero quanto l'AOU eroga in termini di attività di assistenza). Tali informazioni sono la dotazione strutturale ed il suo relativo trend dei costi, l'attività erogata e la sua valorizzazione.

Il protocollo di Intesa tra Regione e Università prevede che l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sia disciplinato con atto aziendale, all'interno del quale sono individuate le strutture operative che partecipano alla costituzione dei DAI (dotati di autonomia gestionale), quale

strumento di gestione operativa dell'Azienda volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

Un aspetto molto importante regolato dal Protocollo di Intesa riguarda il finanziamento dell'Azienda.

Per ciascuno degli anni di durata del protocollo di intesa, viene definito un finanziamento, fatto salvo il mantenimento del volume complessivo delle prestazioni e delle funzioni assicurate a prescindere dal regime di erogazione (ordinario, diurno ed ambulatoriale).

L'Università concorre al sostegno economico-finanziario dell'AOU con l'apporto di personale docente e personale tecnico-amministrativo: con la concessione a titolo gratuito dell'AOU dei beni immobili e dei beni mobili/attrezzature utilizzate, per le attività assistenziali, oltre che per le attività di ricerca.

5. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti:

- dal "Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015" di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016.
- dal Protocollo di intesa Regione – Università 2016 - 2018, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani;
- dal Decreto del Commissario ad Acta n. 98 del 20.09.2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana";
- dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria: la Regione Campania nei Programmi Operativi 2013 – 2015 in prosieguo del Piano di Rientro (ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88) ha definito una serie di obiettivi, programmi e azioni, sia di carattere economico che più strettamente orientati al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni.

L'A.O.U. Federico II definisce, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi:

1. obiettivi a medio termine, che coprono l'arco di riferimento dei tre anni, in coerenza con la durata del protocollo d'intesa che l'Università periodicamente stipula con la Regione Campania;
2. obiettivi di breve termine, che coprono l'arco di riferimento di un anno e che costituiscono l'articolazione a breve termine di quelli a medio termine.

6. OBIETTIVI STRATEGICI

Le prospettive e le scelte strategiche che l'Azienda intende effettuare per il triennio 2017 – 2019 sintetizzate, quantitativamente, nel bilancio di previsione, tengono conto di una serie di elementi quali:

1. la specificità dell'Azienda;
2. il Protocollo d'intesa vigente tra Regione ed Università che ne definiscono lo spazio di azione;
3. i meccanismi di finanziamento delle attività erogate dall'Azienda;
4. la dotazione organica a disposizione dell'Azienda;
5. il patrimonio tecnologico di cui è dotata l'AOU;
6. le previsioni del piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera della Regione Campania attualmente vigente.

Prima di definire le attività che si intendono porre in essere nel il triennio 2017 – 2019, si evidenziano i principali obiettivi raggiunti nel corso dell'anno 2015, il cui risultato da un monitoraggio parziale, sembra consolidarsi nel 2016.

Atteso che l'obiettivo principale del management aziendale è quello di contemperare l'erogazione di servizi assistenziali di elevata qualità con l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda, si evidenzia che nel corso del biennio 2015/2016 la gestione aziendale ha conseguito elevati livelli qualitativi di prestazioni assistenziali erogate, oltre che i seguenti risultati di natura economico – finanziaria, tecnico-gestionale ed organizzativo:

- rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione;
- informatizzazione sale operatorie e procedure di richiesta e risposta esami di laboratorio e diagnostici;
- riduzione del numero dei ricoveri inappropriati, come evidenziato nel precedente paragrafo 3.1;
- incremento della complessità ricoveri ordinari rispetto agli standard regionali;
- contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali;
- contenimento dei costi per l'acquisto dei beni e servizi e incremento del ricorso alle piattaforme elettroniche regionali e/o nazionali (Consip, So.Re.sa.) per gli acquisti di beni e servizi;
- avvio di attività per il recupero di crediti relativi a contenziosi definiti;
-

- ottimizzazione delle attività di monitoraggio delle procedure giudiziarie per la riduzione dei relativi oneri;
- implementazione del piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica di tutto l'installato biomedicale di possesso aziendale;
- riduzione dell'esposizione debitoria nei confronti dei fornitori con relativo miglioramento dei tempi medi di pagamento;
- aggiornamento dei regolamenti aziendali:
    - regolamento per l'acquisto di farmaci, dispositivi medici e diagnostici, altro materiale sanitario di consumo corrente e di beni durevoli;
    - regolamento per il rilascio e l'utilizzo del servizio di posta elettronica certificata dell'azienda per fini istituzionali;
    - regolamento per lo svolgimento di tirocini curriculari;
    - regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance individuale;
    - regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e negoziazione del budget;
- ottimizzazione dei processi di monitoraggio dei consumi di farmaci e dispositivi con avvio di procedure per monitoraggio trimestrale del turnover delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute;
- aggiornamento del piano triennale di prevenzione della corruzione;
- implementazione della contabilità analitica e potenziamento dei processi di reportistica direzionale;
- implementazione del nuovo Piano dei Centri di Costo e Monitoraggio a seguito della riorganizzazione aziendale;
- istituzione del comitato di Budget e implementazione del processo negoziale di definizione ed assegnazione degli obiettivi;
- promozione della sicurezza in azienda;
- formazione aziendale.

Tra gli obiettivi posti, assumono notevole rilevanza per la qualità delle prestazioni, quelli relativi alla riduzione dei tempi di esecuzione e refertazione degli esami diagnostici e di laboratorio, per i quali nell'anno 2015 si sono rilevate le percentuali di cui alle tabelle seguenti e si è rilevato un trend positivo in base alle prime analisi sull'anno 2016.

Tabella 10: monitoraggio tempi di esecuzione e refertazione esami diagnostica per immagini

MONITORAGGIO TEMPI DI ESECUZIONE E REFERTAZIONE ESAMI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
OBIETTIVO AZIENDALE	**INDICATORE**	**RISULTATO 2015**
Riduzione dei tempi di refertazione di anatomia patologica	(numero di referti trasmessi - numero referti trasmessi entro 15gg.)/numero totale di referti	83%
	(numero di referti trasmessi - numero referti trasmessi entro 25gg.)/numero totale di referti	8%
Riduzione delle liste di prenotazione esami diagnostici	(numero di TAC Total Body eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. di TAC Total Body richieste per i pazienti in RO) *100	52%
	(n. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguiti entro un giorno della richiesta per i pazienti in RO/n. di RX routinaria (torace e scheletro) richieste per i pazienti in RO) *100	49%
	(numero RMN eseguite entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. RMN richieste per i pazienti in RO) *100	67%
	(numero PET eseguite entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. PET richieste per i pazienti in RO) *100	52%

Riduzione dei tempi di refertazione per esami diagnostici	(numero di TAC Total Body refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di TAC Total Body eseguite per i pazienti in RO) *100	89%
	(numero di TAC Total Body refertate entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di TAC Total Body eseguite per i pazienti in RO) *100	3%
	(n. di RX routinaria (torace e scheletro) refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmiss. del referto all'UO richiedente nel giorno della refertaz./n. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite per i pazienti in RO) *100	98%
	(numero di RMN refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di RMN eseguite per i pazienti in RO) *100	73%
	(numero di RMN refertate entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di RMN eseguite per i pazienti in RO) *100	7%

Tabella 11: monitoraggio tempi di esecuzione e refertazione esami di laboratorio

MONITORAGGIO TEMPI REFERTAZIONE ESAMI DI LABORATORIO		
OBIETTIVO AZIENDALE	**INDICATORE**	**RISULTATO 2015**
Riduzione tempi di refertazione	(numero richieste urgenti in Order Entry (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio) refertate entro un'ora e mezza/numero richieste urgenti in Order Entry)*100	53%
	(numero richieste urgenti pervenute in cartaceo refertate entro due dall'arrivo del campione (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)/n. di richieste urgenti pervenute in cartaceo) *100	67,86%
	(numero di esami di routine refertati nel giorno della esecuzione/n. di esami di routine effettuati) *100	95%

Si evidenzia, inoltre, che nel corso del 2015 l'azienda ha proseguito con il processo di ammodernamento ed aggiornamento del parco tecnologico al fine di migliorare l'efficacia terapeutica e garantire una gestione del paziente più moderna e tempestiva.

In particolare, il management aziendale, nel corso del 2015, è stato fortemente orientato alla realizzazione di investimenti in attrezzature ed apparecchiature elettromedicali di rilevante impatto assistenziale al fine di offrire prestazioni innovative ed esclusive.

Si segnala, inoltre, che è stato ultimato l'allestimento di un ulteriore Blocco Operatorio presso l'Edificio 13 ed è stato avviato l'allestimento tecnico-funzionale di una piastra centralizzata di endoscopia.

6.1 Obiettivi Strategici Aziendali e Obiettivi specifici

Tabella 12: obiettivi dell'area della gestione e dell'efficienza

Area della gestione e dell'efficienza		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**STRUTTURA**
Rispetto della tempistica di trasmissione flussi di schede di dimissione ospedaliera (SDO) alla Regione	Trasmissione flussi SDO entro 30 giorni dalla dimissione	DAI medici e chirurgici
Razionalizzazione della spesa farmaceutica (DCA n. 18 del 21/03/2014 Adeguamento Programmi Operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali)	Miglioramento dell'efficienza nei consumi di farmaci e dispositivi in relazione alla complessità e al volume delle attività	DAI medici, chirurgici Servizi diagnostici
	Rispetto delle procedure di acquisto su piattaforme informatizzate e/o centralizzate	Farmacia centralizzata
	Implementazione sistema di monitoraggio sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi	Farmacia centralizzata
	Verifica trimestrale sulle scorte di magazzino di tutte le strutture	DAI medici, chirurgici Servizi diagnostici Farmacia centralizzata Gestione economico finanziaria
	Monitoraggio il funzionamento UMACA e rilevare il risparmio realizzato con il recupero degli scarti rispetto alla dose singola	Farmacia centralizzata
	Controllo dell'appropriatezza prescrittiva - aderenza alle procedure aziendali	Farmacia centralizzata

Corretta rilevazione dei costi aziendali	Associazione dei beni delle strutture aziendali ai centri di costo	DAI medici, chirurgici Servizi diagnostici Gestione acquisizione beni e servizi
	Aggiornare l'associazione di tutti i beni aziendali (ufficio patrimonio) ai centri di costo e di monitoraggio corrispondenti alle Unità Operative Aziendali	Gestione acquisizione beni e servizi
Ottimizzazione del processo per la fornitura delle apparecchiature elettromedicali	Implementazione procedure di gara per la fornitura di beni e servizi di competenza dell'Ingegneria Clinica	Ingegneria Clinica
Migliorare l'efficienza nella gestione delle casse economali	Informatizzare al 100% la gestione delle casse economali	Gestione acquisizione beni e servizi
Efficienza nella gestione del patrimonio edile/tecnico aziendale	Realizzazione programmata delle attività di manutenzione	Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico
	Definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi presso strutture preesistenti o da realizzare con fondi ex art.21	Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico
Favorire l'efficienza nella gestione/utilizzo di beni di soggetti terzi	Adozione Regolamento Donazioni e Comodato d'uso, in sinergia con le UU.OO.CC. Coinvolte	Gestione affari generali
Implementazione dei corretti procedimenti contabili	Implementazione della Contabilità Analitica per Centri di Costo	Controllo di gestione
Ottimizzazione dei costi di produzione delle sacche di sangue	Implementazione le azioni necessarie a migliorare l'offerta e incrementare la domanda	Medicina Trasfusionale
Ottimizzazione dei tempi di refertazione	Ottimizzazione dei tempi di refertazione dei servizi diagnostici	Servizi diagnostici
	Riduzione tempi di refertazione delle prestazioni di Genetica Medica	DAI di Medicina di Laboratorio

	Riduzione tempi di refertazione delle prestazioni di Farmacologia Clinica e Tossicologia	DAI di Neuroscienze cliniche, anestesiologia e farmacoutilizzazione
Efficienza nella gestione dei pagamenti alle ditte fornitrici	Riduzione dei tempi medi di pagamento ai fornitori	Gestione economico finanziaria
	Trasmissione all'UOC Gestione Acquisizione beni e servizi, nei tempi previsti dai contratti, la documentazione (Rapporti di lavoro qualora richiesti e Dichiarazione di avvenuta prestazione) utile alla liquidazione delle fatture emesse dalle Ditte per lavori e forniture.	Tutte le strutture
Efficienza nella gestione delle Risorse Umane	Implementare ed avviare sistema di valutazione individuale delle performance con supporti tecnologici adeguati ai fini dello snellimento della procedura	Controllo di gestione Gestione risorse umane Sistemi informativi
	Efficienza nella gestione delle Risorse Umane e la rilevazione delle grandezze economiche correlate - Comunicazione trimestrale di conferma o aggiornamento della tabella di afferenza della dotazione organica	DAI medici, chirurgici e Servizi diagnostici
	Corretto utilizzo dei sistemi informativi – Associazione del personale a totale carico aziendale al centro di costo e di monitoraggio dell' Unità Operativa Aziendale dove svolge la propria attività lavorativa	Controllo di gestione
	Aggiornamento piano di programmazione biennale acquisizione risorse umane e avvio procedure di reclutamento	Gestione risorse umane

Tabella 13: obiettivi dell'area dell'appropriatezza, della complessità e del governo clinico

Area dell'appropriatezza, della complessità e del governo clinico		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**STRUTTURA**
Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Aumento del peso medio dei ricoveri ordinari	DAI medici e chirurgici
Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Riduzione del numero di ricoveri inappropriati	DAI medici e chirurgici
	Potenziare il sistema di controlli di appropriatezza delle prestazioni, in particolare quelle di ricovero (Decreto del Commissario ad Acta – Regione Campania – n. 6/2011)	Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria
Aumento dell'appropriatezza delle richieste di analisi di laboratorio e di diagnostica per immagini	Rispetto dei protocolli diagnostici per la richiesta delle prestazioni di laboratorio e prestazioni diagnostiche	DAI medici e chirurgici
Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali	Razionalizzazione e semplificazione processi ambulatoriali (Circ. DS 1793 del 22.5.2014) - riduzione del numero di ambulatori e creazione di agende	DAI medici e chirurgici
	Rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali - Riduzione liste d'attesa per le visite specialistiche attraverso la rimodulazione dell'offerta sanitaria e riorganizzazione dell'attività ambulatoriale	DAI medici e chirurgici
	Informatizzazione agende per visite di controllo prenotate dalla struttura su sistema SGP	DAI medici e chirurgici

	Rispetto dei tempi di attesa previsti dalla DGRC 271_2012 e dal Piano Aziendale di Governo Liste d'Attesa in riferimento alle singole classi di priorità UBDP	Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria
Raggiungimento degli Obiettivi di salute Programma Nazionale Esiti 2012 Age.Nas.	Incrementare il n. Ptca eseguiti entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardio acuto	DAI medici e chirurgici
	Ridurre la degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche	DAI medici e chirurgici
	Ridurre il tempo di attesa per intervento frattura femore	DAI medici e chirurgici
	Ridurre il n° di parti con taglio cesareo primario	DAI medici e chirurgici

Tabella 14: obiettivi dell'area della qualità ed organizzazione

Area della qualità ed organizzazione		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**STRUTTURA**
Miglioramento dell'efficienza organizzativa nella gestione dei processi di assistenza	Implementazione di modalità assistenziali alternative più appropriate, nonché governo della presa in carico del paziente attraverso, ad esempio, l'adozione di un PDTA.	DAI medici e chirurgici
	Implementazione di reti cliniche (implementazione PDTA, collegamenti con il territorio, day service, ecc.)	DAI medici, chirurgici e Servizi diagnostici
	Implementazione di procedure assistenziali nell'ambito del "Ospedale senza dolore" (ad es. parto analgesia)	DAI Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia e Farmacoutilizzazione DAI Ostetricia, Ginecologia, Urologia
	Mappature delle attività ed i processi aziendali - Proceduralizzare l'attività di ispezione nei Reparti, compresa la verifica dei farmaci stupefacenti, svolta dalla U.O.C. Farmacia Centralizzata	Farmacia centralizzata
	Contribuire all'adozione di misure per migliorare il sistema di emergenza ed urgenza della zona collinare della città di Napoli (Decreto del Commissario ad Acta – Regione Campania – n. 1/2015)	Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria

Miglioramento della qualità dei processi clinico assistenziali e soddisfazione degli utenti e del personale	Implementazione dei requisiti ulteriori e procedure di accreditamento previste dal regolamento 1 del 2007 (ad es. predisporre guida ai servizi, procedure, ecc.) e dal regolamento n. 3 del 2006	DAI medici, chirurgici e Servizi diagnostici
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione - Compilazione sistematica del modulo di utilizzo del sangue e comunicazione al DAI di Medicina Trasfusionale e	DAI medici, chirurgici e Servizi diagnostici (tranne DAI Med. Trasfusionale)
	Adozione di strumenti e/o soluzioni organizzative che permettano la realizzazione di azioni volte a promuovere il benessere organizzativo, anche al fine di favorire il coinvolgimento del personale e di aumentarne la motivazione	Gestione Risorse Umane
	Rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti	Comunicazione

Tabella 15: obiettivi dell'area della trasparenza e comunicazione

Area della trasparenza e comunicazione		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**STRUTTURA**
Rafforzamento della comunicazione, partecipazione e relazioni con il pubblico (anche attraverso l'utilizzo del sito web aziendale) verso l'esterno (pazienti e cittadinanza) e verso l'interno (interaziendale e interdipartimentale)	Implementazione ulteriori strumenti di comunicazione (es. app) e aggiornamento carta dei servizi	Ufficio Stampa, Comunicazioni
	Garantire la comunicazione sui servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, certificati con "bollini rosa" Progetto Onda	
	Favorire l'accesso dei visitatori alle strutture aziendali – segnaletica e confort negli spazi di attesa	Viabilità
Adozione e aggiornamento della normativa sulla Trasparenza degli Atti Pubblici	Pubblicare sul su sito web gli atti inerenti il 100% delle procedure di gara per l'affidamento di contratti pubblici (art. 1 della Legge n. 190/2012 - c.d. Legge Anticorruzione)	Tutte le strutture

Tabella 16: obiettivi dell'innovazione e dello sviluppo

Area dell'innovazione e dello sviluppo		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**STRUTTURA**
Implementazione ed utilizzo di sistemi informativi	Gestione informatizzata del processo chirurgico – Incremento nell'utilizzo del sistema SOWEB	DAI medici, chirurgici e Servizi diagnostici Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria Sistema Informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione
	Gestione informatizzata delle richieste e risposte degli esami diagnostici e di laboratorio attraverso il modulo Order Entry	
	Implementazione ECG on line	
	Implementazione cartella clinica informatizzata e fascicolo sanitario elettronico	
	Incrementare l'utilizzo Firma digitale per la refertazione	DAI medici, chirurgici e Servizi diagnostici Sistema Informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione
	Implementazione di un processo informatizzato per la tracciabilità delle sacche NAD	DAI di Medicina Clinica Sistema Informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione

	Migliorare la tracciabilità delle attività e dei processi aziendali della Medicina Legale, della Citogenetica, dell'Igiene e della Medicina Trasfusionale, al fine di migliorare il sistema informativo aziendale	Sistema Informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione
	Impiegare strumenti di acquisto beni e servizi mediante Piattaforme Informatiche Centralizzate Acquisti	Gestione acquisizione beni e servizi
Implementazione di processi innovativi nelle aree cliniche ed amministrative	Programmazione attività di ricerca e sviluppo allo scopo di favorire i processi di internazionalizzazione e fund raising	Gestione affari generali Ricerca e Sviluppo
	Favorire i rapporti con partner e/o enti in ambito nazionale ed europeo – Implementazione dei progetti internazionali/europei	
	Implementazione di attività di valutazione delle innovazioni di prodotto e di processo con il supporto della metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA)	Controllo di gestione
	Informatizzazione ed implementazione dell'attività di business intelligence, attraverso il potenziamento del Datawarehouse aziendale, al fine di orientare e supportare il processo decisionale	Controllo di gestione

Tabella 17: obiettivi del rischio clinico e della sicurezza

Area del rischio clinico e della sicurezza		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**STRUTTURA**
Consolidamento piano prevenzione infezioni ospedaliere	Corretta applicazione delle procedure di prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza	Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria DAI medici e chirurgici
Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori e degli utenti	Mappatura delle aree aziendali con tipologia e livello di rischio e registrazione su software in dotazione	Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro
	Implementazione del Piano Antincendio	Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro
	Monitoraggio sullo stato dei rischi dell'azienda derivanti da cause di servizio, ritardati pagamenti, mal practice	Affari legali
	Completamento del piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica di tutto l'installato biomedicale di possesso aziendale	Ingegneria Clinica

6.2 Obiettivi LEA

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale. L'Intesa ha sancito l'impegno reciproco tra Stato e Regioni per garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal Servizio Sanitario Nazionale. A tal fine, è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, cui è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale (costituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005).

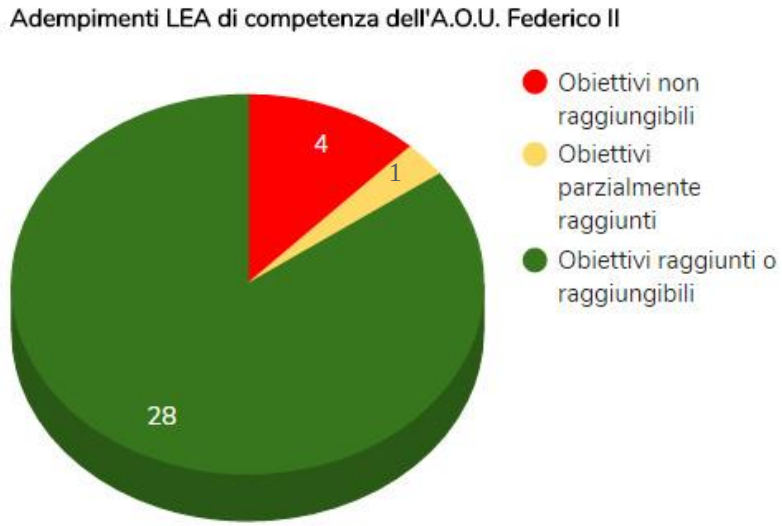
Vista la Deliberazione regionale n. 426/2016 "Nomina Direttore Generale A.O.U. Federico II", con la quale venivano assegnati obiettivi specifici di natura preliminare: "erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" – punto E degli Adempimenti LEA), la Direzione Strategica dell'A.O.U. Federico II ha avviato una serie di azioni volte al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'Azienda, alla luce degli Adempimenti LEA e degli obiettivi specifici assegnati al Direttore Generale, ha provveduto a:

1. Individuare e comunicare in Regione i Referenti Aziendali per ciascun adempimento LEA (prot. n. 9265 del 06/06/2016);
2. Costituire un gruppo di lavoro con Disposizione del DG n. 521 del 25/11/2016;
3. Elaborare un cruscotto di monitoraggio di ciascun adempimento LEA (a cura del gruppo di lavoro);
4. Analizzare e monitorare con cadenza mensile i risultati;
5. Avviare misure correttive per quegli obiettivi ancora non raggiunti.

Analisi dei Risultati ed azioni intraprese

Al 31/12/2016 la situazione risulta essere la seguente:



Su 43 adempimenti LEA, 9 risultano di pertinenza Regionale. Dei rimanenti 34 al 31/12/2016: 28 risultano raggiunti, 6 ancora non raggiunti. Pertanto, la percentuale di risultati raggiunti su risulta essere circa del 82%.

Obiettivi che hanno presentato maggiori criticità:

1. Accessi di tipo medico
2. Day Hospital Medico diagnostici,
3. Percentuale dei tagli cesarei,
4. DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.

L'AOU intende rappresentare che per la specificità di alcune sue attività assistenziali, quota parte dei DH medico diagnostici devono intendersi appropriati. In particolare presso l'AOU sono presenti:

- 34 centri di riferimento Regionale per malattie rare che svolgono un'attività prettamente diagnostica;

- 1 centro di riferimento Regionale per l'HIV che svolge attività secondo quanto previsto nel PDTA Regionale che prevede per questa tipologia di pazienti un'attività assistenziale erogabile principalmente in Day Hospital

In merito, invece, ai parti cesarei l'AOU in quanto centro di III livello tratta circa 300 donne con gravidanze a rischio. Si ritiene pertanto di non considerare nella % dei tagli cesarei dell'AOU i tagli cesarei primari delle donne con gravidanze a rischio.

Tuttavia, fatto salvo le eccezioni sopra esposte, l'Azienda ha comunque intrapreso un percorso di miglioramento condiviso con i singoli responsabili di Unità Operativa con l'obiettivo di:

- Avviare una procedura volta alla conversione di quei Day Hospital medico diagnostici con un unico accesso nei quali vengono essenzialmente svolti prelievi o visite di follow up in prestazioni ambulatoriali;
- Convertire i Day Hospital medico diagnostico in Day Hospital di tipo riabilitativo nel caso di riabilitazione respiratoria in pazienti con fibrosi cistica;
- Avviare ulteriori percorsi diagnostici ambulatoriali.

Inoltre, al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso al parto cesareo e contenere il fenomeno, l'Azienda intende introdurre la classificazione di "Robson" (DCA n.155 del 16/11/2016)

Tabella 18: obiettivi LEA

MacroArea Obiettivo LEA	Lettera Questionario LEA	Descrizione obiettivo LEA
Appropriatezza delle prestazioni	**G**	Appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patto per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria) e delle prestazioni di cui all'allegato A al Patto per la salute (Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale).
	AAI	Appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione
Assistenza farmaceutica	**L**	Monitoraggio spesa farmaceutica ospedaliera
	AAL	Alimentazione e trasmissione dati dei flussi della distribuzione diretta dei farmaci e dei consumi ospedalieri dei medicinali
Assistenza ospedaliera	**F**	Raggiungimento degli standard stabiliti dalla Legge 135/2012 in termini di tasso di ospedalizzazione
	AM	Controllo cartelle cliniche (controlli analitici casuali e controlli sulla totalià delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza)
	AS	Rischio clinico e sicurezza dei pazienti
	AAF	Miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo
Assistenza primaria	**X**	Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici
Fascicolo Sanitario Elettronico	**AAD**	Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE
Flussi informativi	**C**	Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi (CE, SP, CP, LA, CEDAP, flussi NSIS, SDO)

MacroArea Obiettivo LEA	Lettera Questionario LEA	Descrizione obiettivo LEA
	H	Flussi informativi liste d'attesa (ex articolo 50 della Legge 326/2003, monitoraggio ex ante delle prestazioni)
	AAP	Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie
Gestione e valutazione del personale	**V**	Attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale aggiornamento personale
Prevenzione	**U**	Attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione
Procedimenti contabili e gestionali e certificabilità dei bilanci del SSR	**N**	Implementazione e monitoraggio stato di attuazione della Contabilità analitica
	AT	Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN
Sistema CUP	**AU**	Sistema CUP
Salute Mentale	**AAB**	Alimentazione e trasmissione dati di assistenza salute mentale (NSIS-SISM)
Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN	**AAM**	Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012
Telemedicina	**AAO**	Telemedicina

6.3 Obiettivi Direttore Generale

La Deliberazione regionale n. 426/2016 “Nomina Direttore Generale A.O.U. Federico II”, ha assegnato i seguenti obiettivi di carattere generale:

a) gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi, in considerazione dell’attuale fase commissariale, il rispetto del Protocollo di Intesa;

b) il raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria;

c) la predisposizione e l’attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale;

d) l’adozione e l’attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nei Programmi Operativi di prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari;

e) prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso attuativo della certificabilità.

Il mancato raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza automatica del direttore generale; il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere c), d) ed e) costituisce, invece, grave inadempimento, sanzionabile ai sensi del comma 7, dell’art. 18, della legge regionale 4 novembre 1994, n. 32 e s.m.i. 3.

Inoltre, sono stati assegnati i seguenti obiettivi specifici di natura preliminare: erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta “Griglia LEA” - punto E degli Adempimenti LEA); rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie; continuità, completezza e qualità nell’alimentazione dei flussi informativi.

Gli obiettivi del Direttore Generale rappresentano anch’essi base di partenza per definire gli obiettivi a livello delle singole strutture, pertanto, ricadono a cascata su tutta l’azienda.

6.5 Obiettivi Programma Nazionale Esiti

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Tabella 19: Indicatori PNE calcolati per l'AOU Federico II vs Media Nazionale

Descrizione indicatore	Valore Nazionale %	Valore AOU %	Scostamento
Colecistectomia laparoscopica Degenza Post-operatoria < 3 gg	66,55	61,4	-5,15
Intervento chirurgico per frattura di femore entro 2 gg	49,94	37,5	-12,44
By-Pass aortocoronarico mortalità a 30 gg	2,31	3,79	1,48
Valvuloplastica isolata mortalità a 30 gg	2,84	11,5	8,66
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25,69	44,9	19,21
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	41,4	52,38	10,98
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	9,19	14,29	5,1
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	14,79	9,39	-5,4
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	93,32	92,53	-0,79
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	1,29	1,44	0,15
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 gg	2,61	0,98	-1,63
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,25	4	-7,25
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	0,55	0,32	-0,23
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	11,49	8,65	-2,84

7. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI – IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Ai sensi dell'art. 4, comma 2 del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati all'Organo di indirizzo politico-amministrativo dell'Azienda, alla Direzione Strategica, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il modello di formulazione degli obiettivi adottato dall'azienda segue una logica di tipo top down partecipato, nella quale gli obiettivi sono declinati dalla Direzione Strategica ad un livello di ampiezza tale da consentire ai singoli Centri di Responsabilità una specificazione rispetto alle effettive modalità di raggiungimento, oppure in alternativa, un'integrazione con altri obiettivi a miglioramento/completamento di quelli assegnati.

Gli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Strategica, sottoposti all'Organo di indirizzo per il parere sulla coerenza tra l'attività assistenziale e le necessità didattiche e di ricerca, al Collegio di Direzione e al Comitato Budget che partecipano allo loro definizione.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna Unità Organizzativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali tradotti in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura, misurati attraverso indicatori e aventi uno specifico peso.

Gli obiettivi sono monitorati in corso d'anno, per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale, e a fine anno, per determinare la percentuale di raggiungimento degli stessi cui viene associata la corresponsione della retribuzione di risultato.

Gli obiettivi da assegnare ai Centri di responsabilità sono riportati sul documento "Scheda Obiettivi", la quale associa alle categorie di obiettivi gli obiettivi aziendali e, per ciascuno di questi, gli obiettivi dei singoli Centri di Responsabilità. Ad ogni obiettivo è, poi, associato un target, un indicatore ed un peso/punteggio e per ogni obiettivo, viene individuato un responsabile della verifica.

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra la Direzione Strategica, o persona o organismo dalla stessa individuata, e responsabili di struttura e, quindi, "a cascata" tra ciascun responsabile di struttura, i dirigenti alla stessa appartenenti ed il personale di comparto.

Il raggiungimento degli obiettivi viene monitorato in itinere ed ex post. I risultati del monitoraggio sono rappresentati nella Scheda monitoraggio Obiettivi redatta dalla PO Controllo di Gestione e trasmesso al Direttore Generale ed ai Centri di Responsabilità.

La Direzione Strategica sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi, se opportuna, qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile. A tal fine verrà fissato un incontro tra il Comitato di Budget e ciascun Direttore di DAI per discutere della reportistica relativa al primo semestre.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne e non governabili dai singoli Direttori dei DAI e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modificazione degli obiettivi potrà avvenire in alternativa nei seguenti modi:

1. su iniziativa della Direzione Strategica qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infrannuali, dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi;
2. su proposta motivata del Direttore del DAI interessato, con comunicazione alla PO Controllo di gestione da inviare entro 30 maggio dell'anno n+1, al fine di attivare il processo di revisione con la Direzione Strategica.

7.1 La valutazione del personale

Alla Scheda Obiettivi assegnata alla struttura/centro di responsabilità viene collegata una Scheda Valutazione Individuale, predisposta dall'UOC Gestione Risorse Umane e dalla PO Controllo di Gestione, che deve essere compilata dal responsabile di struttura sovraordinato (valutatore), a seguito di un colloquio con il valutato durante il quale il valutatore deve procedere, per ogni item della scheda, alla comunicazione dei criteri e degli indicatori che saranno oggetto di valutazione.
Tale comunicazione rappresenta un momento di confronto riguardante le aspettative reciproche: per il valutato in merito al proprio lavoro, alla crescita professionale, alle eventuali attività future e per il valutatore rispetto ai risultati attesi dal valutato ed alle competenze/capacità, in relazione al lavoro svolto e a possibili sviluppi organizzativi. La scheda derivante dal colloquio iniziale va sottoscritta sia dal valutatore che dal valutato.

Oggetto della valutazione sono:
- la performance organizzativa
- la performance individuale

Alla definitiva valutazione del personale si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia *la performance* individuale, sia quella organizzativa quest'ultima scaturente dalla valutazione delgi obiettivi assegnati alla struttura/centro di responsabilità.
La valutazione annuale ha rilevanza, oltre che ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, anche ai fini dell'affidamento o del rinnovo di incarichi e delle progressioni di carriera e per ogni altra finalità prevista dal D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii..
Il processo di valutazione della performance organizzativa viene descritto nel "Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistema premiante" mentre il processo di valutazione della performance individuale è descritto nel "Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance".
Il processo di valutazione disciplinato dall'AOU, si caratterizza per la sua conformità ai seguenti principi generali:
- obbligo di informazione adeguata in favore del Valutando;
- pubblicità delle procedure di valutazione, compatibilmente con le esigenze di riservatezza;
- predeterminazione e pubblicità dei parametri e dei criteri di valutazione;

- garanzia di contraddittorio, con riconoscimento, in favore del Valutando, di articolate ed incisive facoltà di intervento e di partecipazione;

- coinvolgimento di professionalità ed esperienze di soggetti esterni alla struttura organizzativa dell'AOU, ad iniziativa e nell'interesse del Valutando;

-divieto di giudizi e decisioni dal contenuto discriminatorio.

Il responsabile della valutazione è il soggetto che ha in carico il dipendente e che per tal motivo costituisce la figura gerarchica di riferimento, che ha l'opportunità di rendersi conto con immediatezza e competenza delle concrete modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

Tabella 20: griglia valutatori/valutati

CHI VALUTA?	CHI E' VALUTATO?
Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo	Direttori dei DAI Staff di Direzione Strategica
Direttore Sanitario	Direttori delle UOC della Direzione Sanitaria
Direttore Amministrativo	Direttori delle UOC della Direzione Amministrativa
Direttori DAI	Direttori di UOC afferenti ai DAI, Responsabili di UOSD, Responsabili dei Programmi Infradipartimentali o Interdipartimentali, Personale di Comparto e Dirigenti senza incarico del DAI
Direttori delle UOC della Direzione Sanitaria	Responsabili di UOS, Personale di Comparto e Dirigenti senza incarico delle UOC afferenti alla Direzione Sanitaria
Direttori delle UOC della Direzione Amministrativa	Responsabili di UOS, Personale di Comparto, Dirigenti senza incarico delle UOC afferenti alla Direzione Amministrativa
Direttori delle UOC afferente al DAI	Responsabili delle UOS afferenti all'UOC
Direttori DAI presso cui è stato esercitato il diritto voto	Responsabili dei Centri Interdipartimentali

Dunque, il processo di misurazione e valutazione della *performance* individuale interessa tutto il personale dipendente dell'AOU e, secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.lgs. 150/09 e ss.mm.ii., si snoda in diverse fasi, tutte fondate sull'utilizzo dei due seguenti parametri:

a) modalità di svolgimento, caratteristiche quali-quantitative ed efficienza della prestazione lavorativa (*performance* individuale);

b) efficienza della struttura organizzativa di appartenenza, intesa come percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati (*performance* organizzativa).

7.2 L'Organismo Indipendente di valutazione della performance

Sulla base delle previsioni del comma 4, art. 14 del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii., l'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV) istituito all'interno dell'AOU Federico II, svolge, con la collaborazione della Struttura Tecnica costituita con Deliberazione del Direttore Generale ed avvalendosi dell'apporto tecnico-professionale della P.O. Controllo di Gestione, le seguenti attività:

a) monitora il funzionamento complessivo dei sistemi della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni;

b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13 del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii.;

c) valida, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14 co. 4 lett.a) del D. lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., la Relazione sulla *performance* e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;

d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione della *performance* e del conseguente utilizzo dei premi di cui al Titolo III del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii., secondo quanto previsto da tale decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

e) esperisce tentativi di conciliazione su istanza del personale di comparto e del personale dirigente, per il superamento dei contrasti insorti in materia di misurazione e valutazione della *performance*;

f) propone alla Direzione Aziendale la valutazione annuale dei dirigenti e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii.;

g) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'articolo 13 di cui al D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii.;

h) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

i) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Ulteriori attività e compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione sono specificate nella Deliberazione di nomina adottata dal Direttore Generale.

L'OIV per lo svolgimento delle attività di sua competenza si avvale della collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nei vari processi operativi e può accogliere eventuali istanze di convocazione personale, e può assumere ogni ulteriore iniziativa utile ai fini del buon esito dell'incarico a lui affidato.

Gli uffici competenti evadono con sollecitudine e con spirito di lealtà le richieste dell'OIV e, se ritengono di non potere fornire la collaborazione e/o le informazioni richieste, comunicano all'OIV i motivi del rifiuto, dandone contestuale notizia al Direttore Generale.

8. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

8.1 Processo di redazione del Piano

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle leggi nazionali e regionali e dal Protocollo di intesa Università – Regione.

Gli obiettivi strategici sono declinati in obiettivi operativi nell'ambito della definizione del processo di negoziazione del budget; sarà compito dei Direttori/Responsabili dei DAI organizzare i livelli di apporto individuale che i singoli collaboratori dell'equipe dovranno prestare per il conseguimento degli obiettivi annuali. Fra l'altro, la rilevazione dell'effettivo apporto individuale prestato dai singoli collaboratori - sia Dirigenti che dell'area del Comparto - costituirà elemento principale ai fini del calcolo della retribuzione di risultato commisurata alla performance individuale, secondo quanto previsto in dettaglio dall'apposito regolamento.

Altro documento strategico che fornisce input al processo di predisposizione del Piano della Performance è il "Piano Triennale di prevenzione della corruzione", da emanare ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33del 14 marzo 2013 e ss.mm.ii. e della L. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii., da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza oltre che la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità. Tale programma rappresenta il *framework* di riferimento attraverso il quale alimentare l'aspetto della trasparenza del Piano.

Il Piano triennale della Performance, deliberato dalla Direzione Generale, viene di norma pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio e, comunque, a seguito di definizione del quadro complessivo delle strategie aziendali per l'anno di riferimento, che non può prescindere dall'assegnazione degli obiettivi secondo quanto previsto nel Protocollo di Intesa Regione – Università.

Il presente Piano viene articolato secondo quanto previsto dalla Delibera n. 112/2010 – "Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*" (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150).

I principali soggetti intervenuti nell'ambito della definizione del presente Piano sono:

- La Direzione strategica aziendale: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario;
- Il Comitato Budget
- Il Collegio di Direzione aziendale;
- La PO Controllo di Gestione che ha materialmente redatto il presente Documento.

Il monitoraggio del ciclo di gestione della performance aziendale avverrà in relazione a quanto previsto dall'art. 6 del D. Lgs. n. 150/09 e ss.mm.ii..

Il sistema di valutazione della performance prevede la misurazione sia della performance organizzativa che di quella individuale, per quest'ultima in relazione alle indicazioni riportate nel punto 6 relativo al sistema premiante.

In particolare, relativamente alle performance organizzative verranno valutate in relazione a quanto previsto dal art.8 del D. Lgs. n. 150/09 e ss.mm.ii.. Le performance individuali verranno valutate in relazione a quanto previsto dal art.9 del D. Lgs. n. 150/09 e ss.mm.ii..

8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Attraverso il Piano della Performance si realizza la declinazione degli obiettivi strategici di lungo periodo negli obiettivi di breve. Gli obiettivi strategici hanno, in coerenza con la programmazione economico - finanziaria, durata triennale e rappresentano, pur nella loro scomposizione annuale, aspetti prioritari e qualificanti rispetto all'attuazione del programma dell'AOU e alle aree strategiche della programmazione a lungo termine.

La strategicità si sostanzia nella finalità di ottimizzare/revisionare i processi esistenti in termini di: funzionamento dell'organizzazione, ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane e finanziarie, migliorando in generale le performance dell'AOU.

8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Piano della Performance verrà aggiornato annualmente e revisionato in funzione degli obiettivi regionali e nell'ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni verranno individuati ulteriori strumenti correttivi necessari.

L'AOU Federico II, nella redazione del piano, si attiene a quanto disposto dal D.lgs. 150/09 e ss.mm.ii.; in mancanza di precise indicazioni regionali si seguirà la disciplina prevista dal decreto.

9. ALLEGATI TECNICI

- Scheda Obiettivi
- Report Monitoraggio Obiettivi
- Scheda di valutazione individuale dirigenza
- Scheda di valutazione individuale comparto
- Report Monitoraggio Obiettivi LEA