



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017

AOU FEDERICO II

(art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009)

Premessa

La presente Relazione è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2017, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii. che prevedono l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La relazione è redatta in coerenza con le indicazioni tecniche della CIVIT (ora ANAC), Delibera n. 5/2012 "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto".

Con questo documento l'AOU si propone di comunicare a tutti i propri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2017. Vengono evidenziati, in particolare, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, le cause degli eventuali scostamenti e le azioni correttive poste in essere nonché l'integrazione all'interno del ciclo della performance delle aree della trasparenza, della prevenzione della corruzione e del bilancio.



Sommario

1. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e il contesto esterno di riferimento
2. Il contesto organizzativo aziendale
3. Il Ciclo di gestione della performance nell'AOU Federico II
 - 3.1 Albero della performance
 - 3.2 Metodologia di definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (target) e dei rispettivi indicatori
 - 3.3 Gli Obiettivi anno 2016 e anno 2017
4. Monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi
 - 4.1 L'iter procedurale
 - 4.2 Monitoraggio Obiettivi
 - 4.2.1 Monitoraggio obiettivi Order Entry
 - 4.2.2 Monitoraggio obiettivi Soweb e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali
 - 4.2.3 Monitoraggio obiettivi Flussi SDO, Complessità, Appropriatelyzza
 - 4.2.4 Monitoraggio utilizzo Talete web (software rischio clinico)
 - 4.2.5 Monitoraggio tempi di esecuzione e refertazione esami diagnostici
 - 4.2.6 Monitoraggio Obiettivi LEA
5. Criteri di ripartizione dei fondi
6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance: fasi, soggetti e tempi
7. Allegati alla Relazione della Performance 2017

1. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e il contesto esterno di riferimento

L'AOU Federico II, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per l'attività assistenziale e per le attività 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 alla realizzazione della tutela globale della salute;
- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

Le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso:

- ricoveri ordinari medici e chirurgici;
- ricoveri diurni ovvero di day-hospital e di day surgery;
- prestazioni ambulatoriali;
- prestazioni di laboratorio e diagnostiche.

Il Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli pubblicato sul BURC n. 42 del 27.06.2016, Decreto n. 48 del 10.06.2016, prevede una dotazione di n° 829 posti letto. Successivamente con nota n.167 del 12.01.2017 il Commissario ad Acta della regione Campania ha disposto l'integrazione degli n° 829 posti letto con ulteriori n° 25, per un totale complessivo di n° 854 posti letto.

L'AOU Federico II è dotata, inoltre, di:

- un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico
- un sistema di emergenza regionale per le seguenti branche: Utic Cardiologia, Neurologia, Medicina, Chirurgia Generale e Maxillo Facciale, Rianimazione, Neurochirurgia;
- un Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN);
- Centri di riferimento regionali.



Inoltre, contribuisce a fronteggiare la situazione di iperafflusso di pazienti ai Pronto Soccorso che, periodicamente, si viene a determinare nel sistema di emergenza-urgenza nella città di Napoli, garantendo gli adempimenti previsti dal 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".

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.

I rapporti con l'Università degli Studi di Napoli Federico II e la Regione Campania sono disciplinati da un 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) che ha fissato:

- i vincoli di natura finanziaria al SSR della Campania, definendo i finanziamenti 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.

L'art. 3 del Protocollo d'Intesa vigente tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli prevede che l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda siano disciplinati con atto aziendale di diritto privato, in cui vengono individuate le strutture operative che partecipano alla costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

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 e Chirurgia. 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, tra le sue finalità quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università.

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 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 dei singoli cittadini e della collettività, nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività.

Visione

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.

La visione dell'AOU Federico II 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. 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 e la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità.

- **Governo Clinico:** l'AOU Federico II si propone l'integrazione virtuosa tra ricerca, didattica ed assistenza, allo scopo anche 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.

2. Il contesto organizzativo aziendale

L'organizzazione e le attività dell'AOU "Federico II", nell'ambito delle risorse disponibili, sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la miglior accessibilità dei servizi al cittadino, il raccordo istituzionale con i diversi livelli di governo pubblico, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e con il volontariato.

Nel definire la propria organizzazione interna, l'azienda si ispira ai seguenti principi cardine.

- *Responsabilizzazione diffusa del personale*, tale per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo. La responsabilizzazione sui risultati è implicita nelle azioni del dirigente ed è elemento qualificante il ruolo in azienda della dirigenza di qualsiasi livello e del restante personale.
- *Flessibilità*, per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, e, ai fini

della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione (essere quindi in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione dello scenario in cui si opera) e delle risorse a disposizione.

- *Dinamicità governata*, essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna a costruire condizioni stabili di organizzazione e funzionamento che ne favoriscano lo sviluppo, ma si riserva la facoltà di avviare i necessari cambiamenti incrementali o radicali quando si presenti la necessità e promuove la partecipazione dei propri operatori a tali processi. In altri termini, introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo. Tutti gli operatori adottano un analogo sistema per la valutazione del proprio operato, l'individuazione dei mutamenti o degli adattamenti da introdurre per il miglioramento del prodotto aziendale.

- *Innovazione*. L'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative. A tale scopo, l'Azienda introduce innovazioni nelle modalità organizzative e gestionali che permettano di raggiungere gli obiettivi di promozione della salute nel suo contesto di riferimento, di aumentare la qualità del sistema e di garantirne la sostenibilità economica. L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:

a) il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;

b) la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;

c) il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;

d) la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.

- *Multidisciplinarietà*, che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alla diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto

agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà.

- *Snellimento dell'organizzazione.* L'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, sui risultati, attraverso una struttura fondata su un numero limitato di livelli gerarchici in senso verticale ed orizzontale. L'efficacia dell'azione aziendale richiede un'organizzazione che eviti di parcellizzare le responsabilità e che invece sia orientata a integrare le attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità, in un contesto di diffusa fiducia professionale. Per acquistare ulteriormente potenzialità organizzative e funzionali, l'Azienda si impegna ad istituire un'accettazione sanitaria centralizzata. L'accettazione centralizzata rappresenta uno degli aspetti principali della programmazione assistenziale.
- *Valorizzazione delle risorse umane e professionali,* dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.
- *Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa,* attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

Il modello organizzativo di riferimento per l'AOU è quello dipartimentale ad attività integrata. Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (UU.OO.CC.), almeno tre per ogni DAI, ai sensi del vigente Protocollo d'intesa, strutture semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD.), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UU.OO.SS.), centri interdipartimentali, incarichi di alta specializzazione (II.AA.SS.).

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strumentali, finalizzate allo svolgimento di funzioni di:

- amministrazione
- programmazione
- produzione di prestazioni e servizi sanitari

Esse sono caratterizzate da una valenza strategica ed una complessità organizzativa anche ai fini della loro graduazione.

La valenza strategica è definita:

- dal livello di interfaccia con istituzioni oppure organismi esterni all'Azienda;
- dalla rilevanza quali-quantitativa e dal volume delle risorse da allocare;
- dalla rilevanza del problema a cui si intende dare risposta;

- dal livello di intersettorialità, che caratterizza gli interventi e, in particolare, dalla capacità di entrare in sinergia con i compiti, le funzioni e le finalità delle altre strutture operative, superando il principio tradizionale delle separazioni settoriali.

La complessità organizzativa è definita da:

- numerosità ed eterogeneità delle risorse professionali;
- dimensionamento tecnologico;
- riconducibilità delle competenze e conoscenze a discipline definite;
- costi di produzione;
- beni immobili e mobili.

Le risorse umane e strumentali possono essere attribuite esclusivamente ai DAI, alle UU.OO.CC. e alle UU.OO.SS.DD.

Il Direttore Generale dell'Azienda assumerà, ai sensi del comma 1 lett. b) e c) dell'art 15 del vigente Protocollo d'intesa, la veste giuridica di Datore di Lavoro.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 816 del 20/05/2013, integrata dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 453 del 30/10/2013, sono stati adottati l'Atto Aziendale ed il Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA), vigenti fino a novembre 2017, che hanno previsto l'istituzione di 13 DAI che sono associati (così come previsto dal comma b) punto 10 articolo 3 del Protocollo di Intesa vigente) ai 6 Dipartimenti Universitari dell'Università Federico II.

L'AOU Federico II adotta il DAI quale modello organizzativo e quale strumento ordinario di gestione operativa dell'Azienda, volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, e garantire all'utente:

- 1) la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali;
- 2) un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- 3) il livello più elevato di appropriatezza e tempestività delle cure, anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e ricerca.

Tabella 1: corrispondenza DU (Dipartimenti Universitari) e DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata) anno 2016 - 2017

DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA (DAI)
Università degli Studi di Napoli "Federico II"	Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II"
Medicina Clinica e Chirurgia	Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia
	Medicina Clinica
Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche	Medicina di laboratorio
	Medicina trasfusionale
Neuroscienze e Scienze riproduttive ed Odontostomatologiche	Testa-Collo
	Neuroscienze Cliniche, Anestesiologiche e Farmacoutilizzazione
	Ostetricia, Ginecologia, Urologia
Sanità Pubblica	Igiene e Medicina del Lavoro e preventiva
	Chirurgie specialistiche, nefrologia
Scienze Biomediche Avanzate	Cardiologia, Cardiochirurgia ed emergenze cardiovascolari
	Diagnostica Morfologica e funzionale, radioterapia, Medicina legale
Scienze Biomediche Traslazionali	Pediatria
	Medicina Interna, Patologia Clinica

L'anno 2017 è stato caratterizzato dal lavoro della Direzione Strategica e di tutta l'Azienda volto a implementare la struttura organizzativa aziendale e i meccanismi operativi, ovvero le regole che collegano e coordinano le attività delle diverse unità organizzative.

Tabella 2: Strutture organizzative (*)

Strutture	Numero
DAI	11
UOC amministrative	7
UOC sanitarie	61
UOS	81
UOSD	
Programmi	87

(*) Atto Aziendale, Deliberazione del Direttore Generale n. 229 del 28/03/2017, Allegato 1

Con l'Atto Aziendale di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 816 del 22/11/2016, modificata dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 229 del 28/03/2017, sono stati istituiti n. 11 DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata).

La nuova struttura organizzativa dei DAI è in vigore dal 01 novembre 2017.

Tabella 3: 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

Non meno importante è la struttura organizzativa dell'apparato burocratico amministrativo. Infatti, per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è identificata la macro area delle attività amministrative, tecniche e logistiche che ricomprende le strutture organizzative amministrative e tecniche dell'Azienda. L'articolazione della macro area in strutture organizzative e la declaratoria delle funzioni è contenuta nel POFA aziendale.

La macro-area tecnico-amministrativa avente una struttura gerarchica, favorisce lo svolgimento di una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali. Opera nell'ambito degli indirizzi, prescrizioni e programmi del Direttore Amministrativo con il compito di realizzare uno stretto raccordo delle strutture organizzative centrali e periferiche per l'ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

Tabella 4: UU.OO.CC. Tecniche e Amministrative e Sanitarie e Staff Direzione Strategica

UU.OO.CC. TECNICHE E AMMINISTRATIVE E SANITARIE E STAFF DIREZIONE STRATEGICA Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II"
1. UOC Gestione acquisizione beni e servizi
2. UOC Gestione Affari Generali
3. UOC Gestione patrimonio edile e tecnico-impiantistico
4. UOC Gestione delle risorse economico-finanziarie
5. UOC Gestione delle risorse umane
6. UOC Sistema informatico, ICT
7. UOC Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro
8. UOC Farmacia Centralizzata
9. UOC Governo clinico, rischio clinico e vigilanza igienico-sanitaria
10. Staff della Direzione strategica

Un'importante innovazione rispetto al passato si riscontra nella previsione di aree di coordinamento funzionali, sia nella macro area sanitaria, sia nella macro area amministrativa, che fungono da collettore tra le diverse attività sanitarie e amministrative avendo come obiettivo fondamentale la soddisfazione del paziente.

3. Il Ciclo di gestione della performance nell'AOU Federico II

L'AOU Federico II, ha elaborato il ciclo di gestione delle performance facendo proprie le indicazioni della delibera CIVIT (ora ANAC) n. 89 del 2010 "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance": "i sistemi di misurazione della performance sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e performance organizzative", con l'obiettivo di promuovere e valorizzare il ruolo delle "persone" che operano nell'ambito dell'Azienda nella realizzazione di servizi sempre più efficaci, efficienti e di qualità a favore di altre "persone", i cittadini.

L'articolo 4, comma 2, del decreto 150/2009 e ss.mm.ii. sancisce, in particolare, che il ciclo di gestione della performance è articolato nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (target) e dei rispettivi indicatori;
- b) monitoraggio in corso di esercizio, reporting e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- c) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- d) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- e) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici dell'amministrazione, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi;
- f) validazione del ciclo di gestione della performance, in ogni sua fase, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'AOU Federico II si è uniformata alle disposizioni della normativa citata, in modo da promuovere il miglioramento dei servizi erogati al cittadino ed allineare i propri comportamenti, attitudini e performance alle migliori prassi organizzative, nella consapevolezza che le aziende sanitarie pubbliche per molto tempo si sono caratterizzate, ed in molti casi lo sono ancora, per l'esistenza di una cultura che privilegiava una visione autoreferenziale delle stesse e di tutte le problematiche ad esse attinenti.

Nell'ambito del processo di raccordo fra strategia e programmazione, alla luce delle esigenze gestionali ed organizzative dell'azienda, si è ritenuto di dover integrare gli obiettivi strategici proposti nel Piano delle Performance, pertanto alcuni obiettivi e indicatori sono stati integrati e/o modificati nelle Schede Obiettivi delle Strutture.

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

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

- 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;
- Protocollo di intesa Regione – Università che individua le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.

3.1 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. 14 del 01/03/2017 "Programmi Operativi 2016 – 2018. Approvazione".

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.

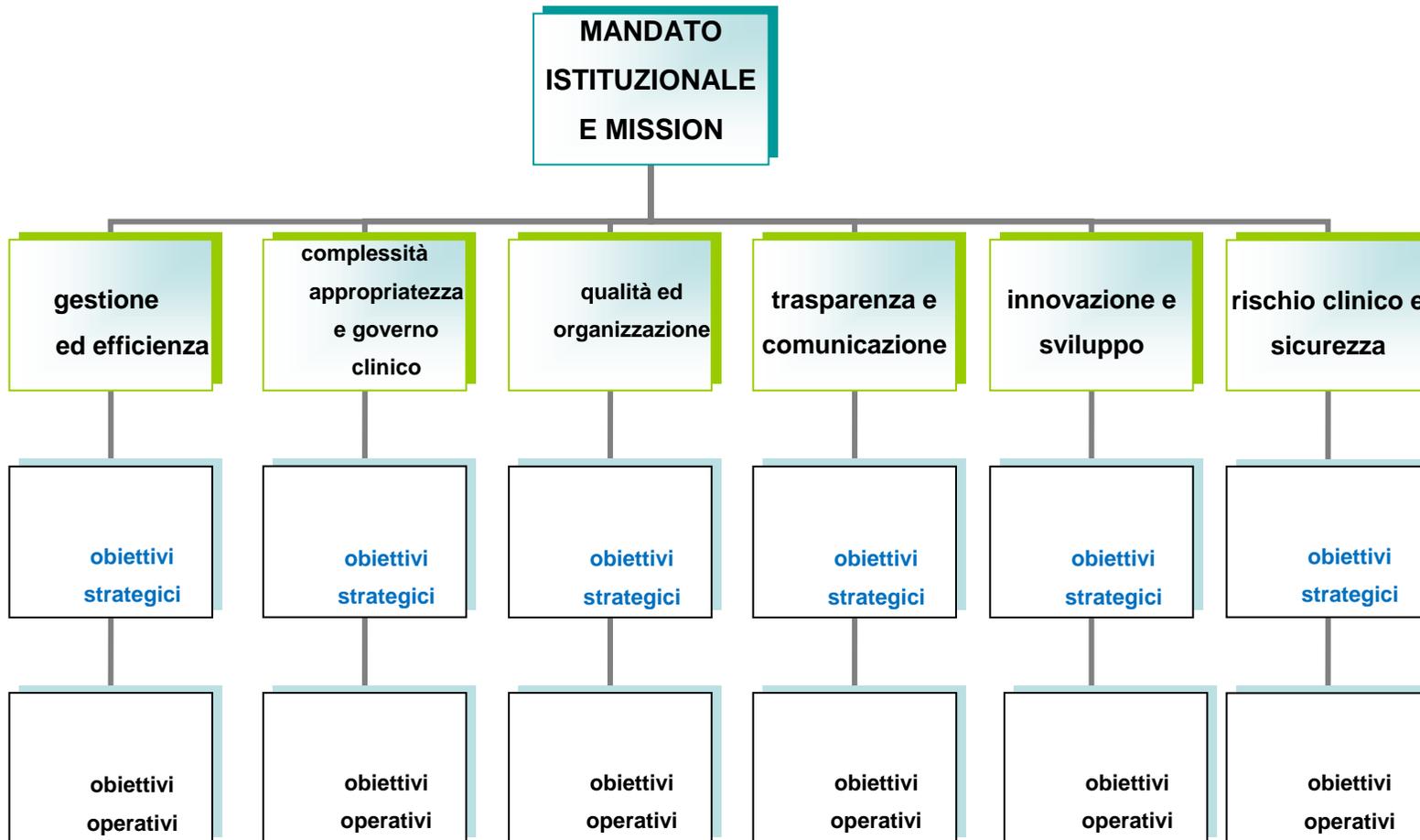
L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

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.



3.2 Metodologia di definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (target) e dei rispettivi indicatori

L'AOU Federico II definisce, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi strategici:

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.

Gli obiettivi strategici aziendali per il periodo 2017 - 2019 sono stati adottati con Deliberazione del Direttore Generale n. 67 del 30 gennaio 2017 di adozione del Piano della Performance.

Essi vengono scomposti in sub obiettivi a breve termine ed assegnati secondo una logica di negoziazione del tipo top down partecipata ai DAI, alle UOC Tecniche e Amministrative e allo Staff di Direzione.

Gli obiettivi vengono monitorati e valutati ai fini della premialità aggiuntiva da corrispondere eventualmente al personale.

In sintesi, le fasi del processo sono le seguenti:

Fase 1: Definizione degli indirizzi programmatici aziendali

Fase 2: Definizione degli obiettivi delle singole strutture aziendali/centri di responsabilità (DAI, UOC tecniche e amm.ve e Staff di direzione)

Fase 3: Monitoraggio e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi

Fase 4: Trasmissione dei risultati ai Responsabili dei centri di responsabilità e all'Organismo Indipendente di Valutazione

Fase 5: Validazione dei risultati e erogazione della Retribuzione di risultato

Per ciascun obiettivo sono stati individuati:

- indicatore
- target
- risultato realizzato nel periodo di riferimento indicato
- % di raggiungimento dell'obiettivo
- peso di ciascun obiettivo
- punteggio per ciascun obiettivo (ovvero % raggiungimento obiettivo * peso obiettivo)

L'AOU Federico II in fase di pianificazione e programmazione, definisce le categorie di obiettivi ovvero le aree di interesse entro le quali agire allo scopo di migliorare le performance aziendali e realizzare un valore aggiunto ed un vantaggio competitivo.

La sommatoria dei punteggi associati ai singoli obiettivi determina la % totale di raggiungimento degli obiettivi realizzata dal DAI.

In generale, nella valutazione del grado di raggiungimento di ogni obiettivo si è tenuto in considerazione dello sforzo compiuto dalla struttura per migliorare le performance, adottando un criterio proporzionale, anche laddove l'indicatore sia "SI/NO".

3.3 Gli Obiettivi anno 2016 e anno 2017

Le macro categorie di obiettivi individuate a livello di DAI per l'anno 2016 e per l'anno 2017 sono:

- Efficienza
- Informatizzazione
- Appropriately ed efficacia
- Complessità
- Qualità e organizzazione
- Sicurezza

per ciascuna di esse sono stati predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato un indicatore, un peso ed un target.

Le macro categorie di obiettivi individuate a livello di Struttura amministrativa sono:

- Trasparenza
- Sicurezza
- Qualità
- Informatizzazione
- Formazione
- Farmacovigilanza
- Farmacoeconomia
- Efficienza
- Comunicazione
- Certificabilità dei dati e dei bilanci
- Appropriately
- Viabilità

per ciascuna di esse sono stati predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato un indicatore, un peso ed un target.

Si riportano nelle tabelle seguenti gli obiettivi anni 2016 e 2017 per DAI e UU.OO.CC. Tecniche e Amministrative nonché gli obiettivi LEA aziendali.

Tabella 5: Obiettivi DAI Anno 2016 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE	INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO	TARGET 2016	PERIODO DI RIFERIMENTO TARGET 2016	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO per RO come previsto dalla Regione	% schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	100%	Anno 2016	SDO
	Razionalizzazione della spesa farmaceutica (DCA n. 18 del 21/03/2014 Adeguamento Programmi Operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali) Obiettivi Piano Attuativo Certificabilità Regione Campania (L. 191/2009 - DCA n. 80 del 05/07/2013)	Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turnover delle scorte	N. di report	N.3 Report	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report redatto dal DAI
	Efficienza nella gestione dei pagamenti alle ditte fornitrici	Trasmissione della documentazione utile (Rapporti di lavoro qualora richiesti e Dichiarazione di avvenuta prestazione), alla liquidazione delle fatture emesse dalle Ditte per lavori e forniture all'UOC Gestione Acquisizione beni e servizi, nei tempi previsti dai contratti.	(numero documenti da trasmettere - documenti trasmessi entro il termine previsto dal contratto)/numero totale di interventi *100	100%	luglio - dicembre 2016	Report redatto dalla U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi

	Efficienza nella gestione delle Risorse Umane e la rilevazione delle grandezze economiche correlate	Aggiornamento trimestrale dell'associazione del Personale alle UOC presso le quali svolgono prevalentemente attività lavorativa.	N. tabelle revisionate di afferenza della dotazione organica alle UOC/ UOSD/ B.O./ AREE MONITORAGGIO	N.3 tabelle revisionate	luglio - dicembre 2016	Report redatto dal DAI
	Ottimizzazione tempi di refertazione	Riduzione dei tempi medi di refertazione delle prestazioni di Patologia Clinica, tranne per gli esami di II livello.	Tempi medi di refertazione 2016/Tempi medi di refertazione 2015	decremento del 40%	luglio - dicembre 2016	Report redatto dal DAI
	Ottimizzazione dei costi	Incremento della produzione interna della Patologia Clinica al fine di ridurre il ricorso a fornitori esterni da parte dei reparti aziendali	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione redatta dal DAI
	Ottimizzazione tempi di refertazione	Riduzione dei tempi di refertazione per le richieste urgenti che arrivano in Order Entry (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)	Tempo di refertazione	80% entro un'ora 20 % entro 1 ora e mezza	luglio - dicembre 2016	Report
		Refertazione richieste urgenti dell'AOU Federico II che non arrivano in Order Entry ma in cartaceo entro due ore dall'arrivo del campione (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)	Tempo di refertazione	95%	luglio - dicembre 2016	Report
		Refertazione degli esami di routine in giornata (salvo indagini speciali)	(numero di esami di routine refertati nel giorno della esecuzione/n. di esami di routine effettuati) *100	100%	luglio - dicembre 2016	Report

		Monitoraggio sui tempi di refertazione delle indagini di genetica medica e di citogenetica e analisi del processo con eventuale proposta di internalizzazione delle prestazioni.	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report/Relazione
	Ottimizzazione tempi di refertazione	Monitoraggio sui tempi di refertazione delle indagini di Farmacologia Clinica e Tossicologia e analisi del processo con eventuale proposta di internalizzazione delle prestazioni.	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report redatto dal DAI
	Riduzione dei tempi di refertazione di anatomia patologica	Refertazione e trasmissione del 85% dei referti di anatomia patologica entro 15 gg. dall'esecuzione delle prestazioni e del 15% dei referti di anatomia patologica entro 25 gg. dall'esecuzione delle prestazioni	(numero referti trasmessi entro 15gg.)/numero totale di referti (numero referti trasmessi entro 25gg.)/numero totale di referti	85% dei referti prodotti e trasmessi entro 15 gg 15% dei referti prodotti e trasmessi entro 25 gg	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica
	Riduzione delle liste di prenotazione esami diagnostici	Esecuzione di TAC Total Body entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(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	100% TAC Total Body eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica

		Esecuzione dell'80% delle RX routinarie (torace e scheletro) in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in RO e del 20% entro due giorni dal momento della richiesta per i pazienti in RO	(n. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite in giornata (entro due giorni) dal momento della richiesta per i pazienti in RO/n. di RX routinaria (torace e scheletro) richieste per i pazienti in RO) *100	80% delle RX routinarie (torace e scheletro) eseguite entro un giorno dalla richiesta per i pazienti in RO 20% delle RX routinarie (torace e scheletro) eseguite entro un giorno dalla richiesta per i pazienti in RO	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica
		Esecuzione di RMN entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. RMN richieste per i pazienti in RO) *100	100% RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica
		Esecuzione di Scintigrafia Miocardica (SPECT) entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero Scintigrafia Miocardica (SPECT) eseguite entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. Scintigrafia Miocardica (SPECT) richieste per i pazienti in RO) *100	100% Scintigrafia Miocardica (SPECT) eseguite entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica

	Riduzione dei tempi di refertazione per esami diagnostici	Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del referto del 90% delle TAC Total Body entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	(numero di TAC Total Body refertate entro 24 ore (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	90% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica
		Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del 90% di RX routinaria (torace e scheletro) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	(n. di RX routinaria (torace e scheletro) refertate entro 24 ore (entro 48 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	90% dei referti RX prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% dei referti RX prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	luglio - dicembre 2016	Report del Resp.le verifica

		<p>Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del 85% di RMN entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 15% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>(numero di RMN refertate entro 24 ore (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</p>	<p>85% dei referti RMN prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p> <p>15% dei referti RMN prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>luglio - dicembre 2016</p>	<p>Report del Resp.le verifica</p>
		<p>Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del 85% della Scintigrafia Miocardica (SPECT) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 15% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>(numero di Scintigrafie Miocardiche (SPECT) refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di Scintigrafie Miocardiche (SPECT) eseguite per i pazienti in RO) *100</p>	<p>85% dei referti Scintigrafie Miocardiche prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p> <p>15% dei referti Scintigrafie Miocardiche prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>luglio - dicembre 2016</p>	<p>Report del Resp.le verifica</p>

	Ottimizzazione dei costi	Incremento della produzione in proprio di sacche rispetto all'anno 2015	(sacche prodotte in proprio nel 2016 - sacche prodotte in proprio nel 2015)/sacche prodotte in proprio nel 2015	incremento del 50% rispetto al 2015	luglio - dicembre 2016	Report prodotto dal DAI
		Incremento della produzione e vendita in proprio di plasma rispetto all'anno 2015	(ricavo 2016 - ricavo 2015)/ricavo 2015	incremento del 30%	luglio - dicembre 2016	Report prodotto dal DAI
	Incremento della produttività interna	Realizzazione di azioni volte ad incrementare il numero di donatori di midollo osseo	indice performante (indice/n. abitanti) migliore regione italiana	100%	luglio - dicembre 2016	Report del DAI
Informatizzazione	Avvio gestione informatizzata del Processo Chirurgico (SOWEB)	Utilizzo 100% di SOWEB	numero di verbali operatori chiusi e validati su SOWEB*100 / numero di DRG chirurgici	> o = 80%	Luglio - dicembre 2016	Report/Relazione
	Utilizzo sistema Order Entry per le richieste di prestazioni intermedie	Utilizzo sistema Order Entry per tutte le richieste di prestazioni diagnostiche e consulenze.	(N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100	SI VEDA ALLEGATO	luglio - dicembre 2016	Order Entry
	Miglioramento della tracciabilità delle attività e dei processi aziendali	Supporto alla Direzione Aziendale nell'implementazione della tracciabilità delle prestazioni svolte dal DAI di Igiene e medicina del lavoro e preventiva verso altri DAI e relativa ipotesi di valorizzazione	SI/NO	SI	Anno 2016	Relazione
	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	85%	luglio - dicembre 2016	Report SIA

	Miglioramento della tracciabilità delle attività e dei processi aziendali	Supporto all'UOC Sistema Informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione nell'implementazione della tracciabilità dell'attività svolta dalla Medicina Legale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report SIA
	Miglioramento della tracciabilità delle attività e dei processi aziendali	Valutazione dell'appropriatezza logistica della consegna e restituzione sacche emocomponenti	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione + Mappatura
		Ottimizzazione dei costi attraverso il miglior utilizzo delle sacche di sangue e maggiore controllo attraverso la tracciabilità delle stesse.	N. Report	N. 3 Report trimestrali	luglio - dicembre 2016	Report di monitoraggio redatto dal DAI
		Supporto all'UOC Sistema Informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione nell'implementazione della tracciabilità e del monitoraggio delle sacche del DAI di Medicina Trasfusionale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report SIA
Appropriatezza ed efficacia	Riduzione del numero di ricoveri inappropriati rispetto all'anno 2015	Riduzione del numero dei ricoveri inappropriati rispetto all'anno 2015	N° ricoveri ordinari inappropriati/ N° totale ricoveri DRG a rischio inappropriato	MAX 15% di ricoveri inappropriati	luglio - dicembre 2016	SDO/ADT
	Riduzione numero di ricoveri oltre soglia	Riduzione numero di ricoveri oltre soglia di una percentuale pari al 4%, così come previsto a livello nazionale	N. di ricoveri oltre soglia/N. totale ricoveri	max 4% ricoveri oltre soglia	luglio - dicembre 2016	SDO/ADT
	Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali	Razionalizzazione e semplificazione processi ambulatoriali (Circ. DS 1793 del 22.5.2014)	Num Amb = Num UUOCC****	Num Amb > Num UUOCC****	luglio - dicembre 2016	SGP

			Presenza nel catalogo ambulatoriale SGP di agenda unica di prima visita per disciplina/UOC SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	
		Rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali	Presenza nel catalogo ambulatoriale SGP di classi di priorità per prima visita SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	SGP
		Informatizzazione agende per visite di controllo prenotate dalla struttura su sistema SGP	Presenza nel catalogo ambulatoriale SGP di agende per visite di controllo SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	SGP
Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Riduzione della degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° interventi con giornate di degenza < o = a 3 giorni/N° interventi totale	99,39%	luglio - dicembre 2016	SDO	
	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° interventi eseguiti entro le 48 ore/N° interventi totale	94,23%*****	luglio - dicembre 2016	SDO	
Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Riduzione del n° di parti con taglio cesareo (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° tagli cesarei /N° parti totali	30%	luglio - dicembre 2016	SDO	
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 3 ore)/n. richieste di sacche	100%	luglio - dicembre 2016	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	

Complessità	Aumento o mantenimento complessità ricoveri ordinari.	Aumento o mantenimento complessità ricoveri ordinari.	Valore peso standard Regionale	Mantenimento peso anno 2015; Peso standard regionale	luglio - dicembre 2016	SDO/DRGQU ANI
Sicurezza	Promozione Sicurezza in sala operatoria	Applicazione della Deliberazione Aziendale n. 431/2012 - Raccomandazioni Ministeriali n. 1 e 2 e Manuale Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist” - Adempimenti Regionali	n. check list compilate/n. totale interventi chirurgici programmati (non urgenti)	80%	luglio - dicembre 2016	Check List, Registro interventi e Cartella Clinica
	Promozione Sicurezza in Farmacoterapia	Applicazione della Procedura Aziendale di recepimento delle Raccomandazioni n. 7-12-17 (Sicurezza in Farmacoterapia) [la procedura sarà deliberata a luglio 2016; il Corso di Formazione è previsto tra ottobre e dicembre 2016]	% personale partecipante al corso n. schede di riconciliazione farmacologica compilate/n. totale interventi chirurgici programmati (non urgenti)	80% del personale interessato 80%	luglio - dicembre 2016	Registri presenze, Schede riconciliazione, Registro interventi e Cartella Clinica
	Rispetto ed applicazione del Dlgs. N. 81/2008	Copertura al 100% degli inviti al personale dipendente e agli aventi diritto per le aree di afferenza del DAI, secondo la periodicità prevista dal Protocollo Sanitario e espletamento di eventuali azioni di sollecito e segnalazione al Direttore Generale in caso di mancata risposta	n. dipendenti invitati/n. totale dipendenti da visitare	100%	Anno 2016	Report redatto dal DAI con indicazione degli inviti, solleciti e segnalazioni al DG

	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Implementazione della Deliberazione Aziendale n. 795_2015 (Raccomandazione Ministeriale n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali)	personale partecipante al corso/personale preposto	80%	luglio - dicembre 2016	Registri presenze
	Promozione Sicurezza in Farmacoterapia	Applicazione della Procedura Aziendale di recepimento delle Raccomandazioni n. 7-12-17 (Sicurezza in Farmacoterapia) [la procedura sarà deliberata a luglio 2016; il Corso di Formazione è previsto tra ottobre e dicembre 2016]	% personale partecipante al corso n. schede di riconciliazione farmacologica compilate/n. totale interventi chirurgici programmati (non urgenti)	80% del personale interessato 80%	luglio - dicembre 2016	Registri presenze, Schede riconciliazione, Registro interventi e Cartella Clinica
	Promozione Sicurezza in Area Materno infantile e Pronto Soccorso	Implementazione delle procedure aziendali di recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 (Ostetricia), 15 (Pronto Soccorso Ostetrico) e 16 (Neonatologia e Ostetricia) Organizzazione di audit interni per la diffusione e la condivisione delle procedure e partecipazione del personale	n. 6 (Ostetricia), n. 15 (Pronto Soccorso Ostetrico) e n.16 (Neonatologia e e Ostetricia) n. 3 audit personale partecipante all'audit/personale preposto	n. 3 Procedure n. 3 audit 60%	luglio - dicembre 2016	Verbali audit alla Direzione Sanitaria

Qualità e organizzazione	Adozione di strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e del personale ed implementare eventuali azioni correttive	Rilevamento a campione del grado di soddisfazione del personale dell'AOU rispetto al servizio mensa/ristorazione collettiva	n. questionari somministrati e raccolti	500	Anno 2016	Report e Relazione
		Rilevamento del grado di soddisfazione dei degenti rispetto al servizio mensa	n. questionari somministrati e raccolti	1000	Anno 2016	Documentazione di rilevazione (questionari compilati)
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali	Monitoraggio e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	N° interventi sorvegliati 2016/N° interventi sorvegliati 2015	aumento del 10% degli interventi sorvegliati rispetto alla quota residua non sorvegliata	Anno 2016	Report semestrale
	Adozione di strumenti di rilevazione del rischio clinico e riduzione del contenzioso	Aggiornamento della mappatura aziendale su rischio clinico e costruzione di data base relativo	SI/NO	SI	Anno 2016	Report/data base redatti dal DAI

Tabella 6: Obiettivi UOOCOC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2016 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE	INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO	TARGET 2016	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Contribuire all'adozione di misure per fronteggiare la situazione di iperafflusso di pazienti ai Pronto Soccorso che periodicamente si viene a determinare nel sistema di emergenza-urgenza nella città di Napoli	Realizzazione degli adempimenti previsti dal 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".	Posti letto resi disponibili/Posti letto prescritti dal decreto	100%	luglio - dicembre 2016	Report/Relazione
	Migliorare la gestione della rete trapianti	Implementazione della rete aziendale con le cellule staminali riproduttive ed ematopoietiche	n. donatori	SI	luglio - dicembre 2016	Delibere e/o provvedimenti e Registro HLA
			n. donatori iscritti nel registro HLA/n. di donatori totale	100%		
	Monitorare l'attività dei centri di eccellenza per le malattie rare	Realizzazione di una griglia di valutazione per i centri di eccellenza	N. raggruppamenti di centri individuati	n. 7	luglio - dicembre 2016	Relazione e griglie di valutazione
Favorire la corretta imputazione dei costi aziendali	Associazione degli spazi aziendali ai DAI, alle UOC, alle UOSD, ai Blocchi Operatori, ai Centri Interdipartimentali, ai Programmi e alle aree ad elevato impatto (UTIC, TIN, Emodinamica, ecc.).	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Griglia di associazione reparto/area/mq/centri di costo e monitoraggio	

	Impiegare strumenti di acquisto beni e servizi mediante Piattaforme Informatiche Centralizzate Acquisti	Avviare utilizzo procedure di acquisto beni e servizi mediante l'uso esclusivo di Piattaforme Informatiche Centralizzate Acquisti (Es. MePa) con RDO e ordini on line con firma digitale ed eliminazione delle procedure di acquisto di beni e servizi "sotto soglia" con sistemi tradizionali	N. acquisti sotto soglia realizzati su piattaforma/n. totale di acquisti sotto soglia	100%	luglio - dicembre 2016	Relazione Sito www.acquistiinretepa.it Applicativo aziendale Oliamm
Efficienza	Migliorare la gestione delle attività dei Responsabili Unici del Procedimento	Supportare i RUP nella registrazione sul portale ANAC, creazione scadenziario singole attività dei RUP e supporto nella gestione complessiva delle procedure di competenza	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
	Favorire la corretta imputazione dei costi aziendali	Imputare il centro di costo sugli atti di spesa	n. documenti di spesa con indicazione del cdc/n. documenti di spesa totali	100%	luglio - dicembre 2016	Report
	Efficienza nei pagamenti	Miglioramento dei tempi medi di pagamento ai fornitori	Tempo medio di pagamento	Tempo medio minore o uguale a 60 gg	luglio - dicembre 2016	Report
	Efficienza nella gestione contabile del personale	Introduzione di un sistema di monitoraggio periodico al fine di verificare l'applicazione del corretto trattamento economico del personale universitario	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
		Monitoraggio mensile dei fondi contrattuali per tutto il personale e comunicazione alla Direzione Strategica e all'UOC Gestione Risorse Umane, al fine di evitare lo sfioramento	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report

	Corretta rilevazione dei costi aziendali	Aggiornamento dell'associazione di tutti i beni aziendali (ufficio patrimonio) ai centri di costo e di monitoraggio corrispondenti alle Unità Operative Aziendali	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
	Adeguamento della regolamentazione interna alle disposizioni normative regionali e nazionali	Revisione e adozione del nuovo regolamento di contabilità	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Delibera di approvazione
	Contribuire a migliorare l'efficienza dei processi aziendali	Attivazione reportistica on line per tutti i DAI ai fini di una consultazione in tempo reale e trasmissione agli stessi del report cartaceo	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Datawarehouse (Jasper) Lettera trasmissione e ricevuta di consegna
		Aggiornamento del Piano Triennale della Performance	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Delibera di adozione
		Svolgimento di attività propedeutiche di supporto al processo negoziale finalizzato all'assegnazione degli obiettivi, da parte della Direzione Strategica ai DAI, ai Servizi tecnici e amministrativi e allo Staff della Direzione Generale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Documenti e/o atti amministrativi
	Efficienza	Adeguare la regolamentazione interna alle disposizioni normative regionali e nazionali	Adeguamento del regolamento anticorruzione aziendale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016
Favorire la corretta imputazione dei costi aziendali		Imputazione del centro di costo sugli atti di spesa	n. documenti di spesa con indicazione del cdc/n. documenti di spesa totali	100%	luglio - dicembre 2016	Report

	Favorire il governo ed il monitoraggio sullo stato dei rischi dell'azienda e del SSR	Compilazione database richiesto dalla Regione relativo ai fascicoli dei giudizi civili e amministrativi	n. fascicoli dei giudizi civili e amministrativi caricati sul database	n.600 fascicoli giudizi civili risarcimento danni; n.300 fascicoli giudizi civili contenzioso di lavoro; n.400 fascicoli giudizi amministrativi; n.180 fascicoli giudizi civili per ritardato/mancato pagamento	luglio - dicembre 2016	Report
	Favorire la corretta rilevazione dei costi aziendali (in collaborazione con l'UOC Gestione Acquisizione beni e servizi)	Supporto all'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi nell'aggiornamento dell'associazione di tutte le apparecchiature ai Centri di Costo e monitoraggio, incluse quelle non coperte da contratto di manutenzione, entro il 30/09	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione e Report
		Supporto all'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi nella rilevazione delle apparecchiature associate ai Centri di Costo e monitoraggio chiusi e comuni e nella riallocazione ai Centri di costo attivi, entro il 30/09	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione e Report
	Ottimizzare i processi di acquisto	Redazione del piano triennale di rinnovo del parco tecnologico	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Delibera di approvazione

	Tracciare le attività ed i processi aziendali	Tracciare l'attività di ispezione nei Reparti, compresa la verifica dei farmaci stupefacenti	n. ispezioni	n. 40	luglio - dicembre 2016	report composto da: reparto ispezionato, data ispezione, n.protocollo lettera invio del verbale di ispezione alla Direzione Sanitaria
Efficienza	Realizzare l'efficientamento del patrimonio edile aziendale	Completamento dei lavori del complesso operatorio del DAI di Pediatria	SI/NO	SI	anno 2016	Verbale di ultimazione dei lavori e nota di trasmissione
		Inizio dei lavori di adeguamento e messa a norma degli impianti MT/bt dell'azienda	SI/NO	SI	anno 2016	Verbale di consegna dei lavori e nota di trasmissione ed eventuali certificati di pagamento se maturati i relativi SAL
		Manutenzione del patrimonio immobiliare dell'Azienda attivando sei lotti di manutenzione	SI/NO	SI	anno 2016	Verbale di consegna dei lavori ed eventuali certificati di pagamento se maturati i relativi SAL
	Favorire la corretta imputazione dei costi aziendali	Imputazione del centro di costo sugli atti di spesa	n. documenti di spesa con indicazione del cdc/n. documenti di spesa totali	100%	anno 2016	Report
		Aggiornamento delle metrature interne dell'azienda e delle aree esterne	SI/NO Rilevazione al 31/07/2016	SI	anno 2016	Tabulato Excel
			SI/NO Rilevazione al 31/12/2016	SI	anno 2016	Planimetrie

Efficienza	Implementare la Contabilità Analitica	Configurare modulo CO.AN. E consolidamento procedura CO.AN. Ai fini della quadratura CO.GE. - CO.AN. prevista dai PAC	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/nota alla Direzione Aziendale
	Migliorare l'efficienza dei processi clinici assistenziali	Implementare al 100% gli armadietti di reparto	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Nota alla Direzione Aziendale
	Migliorare l'efficienza nella gestione delle casse economali	Supportare nell'utilizzo e gestione delle casse economali informatizzate	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
	Avviare la gestione informatizzata del Processo Chirurgico (SOWEB)	Supportare i DAI nell'utilizzo del sistema SOWEB con affiancamento in sala operatoria	n. 20 affiancamenti in sala operatoria	n. 20	luglio - dicembre 2016	Report
		Formare tutti i DAI sull'utilizzo del sistema SOWEB	n. unità operative formate /n. unità operative da formare	90%	luglio - dicembre 2016	Report
Efficienza organizzativa	Migliorare l'organizzazione delle risorse umane	Predisposizione Dotazione Organica e Aggiornamento piano di programmazione biennale di acquisizione risorse umane e avvio procedure di reclutamento in esito al nuovo Protocollo d'intesa Università Regione	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione e proposta alla Direzione Aziendale
Efficienza - Farmacoeconomia	Migliorare i processi di assistenza	Monitorare il funzionamento UMACA e rilevare il risparmio realizzato con il recupero degli scarti rispetto alla dose singola	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	Realizzare il controllo dell'appropriatezza prescrittiva - aderenza alle procedure aziendali	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
	Razionalizzare la spesa	Realizzare il monitoraggio	SI/NO	SI	luglio -	Report di

	farmaceutica (DCA n. 18 del 21/03/2014 Adeguamento Programmi Operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali)	dell'utilizzo off-label dei farmaci in UMACA			dicembre 2016	monitoraggio
		Realizzare il monitoraggio dell'utilizzo off-label dei farmaci esclusi quelli utilizzati in UMACA	SI/NO	SI	confronto anni 2015-2016	Report di monitoraggio
		Porre in essere le azioni necessarie al fine di recuperare extrasconti in applicazione delle procedure di rimborsabilità condizionata	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
		Monitorare i consumi dei farmaci e dei dispositivi e Comunicazione a ciascun DAI dei risultati sui consumi farmaci e dispositivi	N. report prodotti e trasmessi ai DAI	N. 4 report	luglio - dicembre 2016	Report di monitoraggio/Note di invio report ai DAI
Efficacia/Efficienza	Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori	Trasmissione alla Direzione Strategica di un report trimestrale di rilevazione dei rischi, delle azioni intraprese, dei risultati attesi, dei risultati realizzati	N. Report	n. 2 report	luglio - dicembre 2016	Report con Nota trasmissione alla Direzione aziendale
Appropriatezza	Potenziare il sistema di controlli di appropriatezza delle prestazioni, in particolare quelle di ricovero (Decreto del Commissario ad Acta – Regione Campania – n. 6/2011)	Realizzazione del monitoraggio del 100% dei DRG LEA	N. ricoveri inappropriati/Total e DRG LEA	diminuzione dei DRG INAPPROPRIATI del 5%	luglio - dicembre 2016	Report/Relazione
Qualità	Formare ed aggiornare costantemente il personale	Realizzazione dell'attività di formazione e informazione specifica	% UO formate	50%	luglio - dicembre 2016	Relazione e report

	aziendale	del personale sanitario	% personale partecipante per ogni UO coinvolta	60%	luglio - dicembre 2016	
			SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report monitoraggio
	Favorire l'umanizzazione delle cure	Realizzazione di un modello decisionale per l'innovazione tecnologica nell'ambito della donazione	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
	Rafforzare la comunicazione, la partecipazione e le relazioni con il pubblico	Realizzazione della Carta dei servizi aziendale e degli standard di qualità (DGRC 369 del 23 marzo 2010 - "Linee Guida aggiornamento Carta")	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Note trasmesse alle strutture aziendali
Informatizzazione	Potenziare l'utilizzo della procedura informatizzata della gestione copia cartelle cliniche	Implementazione dell'utilizzo della procedura informatizzata per il rilascio di copia delle cartelle cliniche	%utilizzo sul totale delle copie	70%	luglio - dicembre 2016	Report/Relazione
	Incrementare l'implementazione e utilizzo dell'Order Entry per tutte le richieste di indagini di laboratorio e prestazioni diagnostiche attualmente attivi sul sistema order entry	Incremento del 7% rispetto all'anno 2015, dell'implementazione utilizzo Order Entry per tutte le richieste di indagini di laboratorio e prestazioni diagnostiche attualmente attivi sul sistema order entr	incremento %	7%	luglio - dicembre 2016	Report
	Gestire in modo informatizzato il Processo Chirurgico (SOWEB)	Avvio di SOWEB su tutti i blocchi operatori	numero di verbali operatori chiusi e validati su SOWEB*100 / numero di interventi chirurgici	90%	luglio - dicembre 2016	Report/Relazione
	Implementare la Contabilità Analitica	Supportare l'attività di quadratura tra Contabilità Generale e Contabilità	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/nota alla Direzione Aziendale

		Analitica ed assicurare che tutti gli uffici alimentino la Contabilità Analitica con l'inserimento del codice dei centri di costo e di monitoraggio				
	Migliorare l'efficienza nella gestione delle casse economali	Informatizzare al 100% la gestione delle casse economali	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
	Implementazione della Contabilità Analitica	Supporto nell'attività di quadratura tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
Informatizzazione	Migliorare l'utilizzo dei sistemi di riconoscimento informatizzato	Realizzare il monitoraggio sull'assegnazione e sull'utilizzo della firma digitale	n. di personale cui è stata assegnata la firma digitale/n. totale di personale preposto la firma digitale	100%	luglio - dicembre 2016	Relazione e report di monitoraggio
			n. personale che utilizza la firma digitale/n. personale cui è stata assegnata la firma digitale	100%	luglio - dicembre 2016	Relazione /Report
		% di utilizzo di ciascuna unità di personale utilizzatore della firma digitale	100%			
		Avviare la rilevazione ed il monitoraggio del mal funzionamento dei sistemi RIS e PACS	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione e report di monitoraggio

	Migliorare i flussi informativi del personale	Realizzazione delle azioni necessarie al fine di consentire alla PO Controllo di gestione di ribaltare i costi dello straordinario prestatato dal personale aziendale in DAI o strutture non di appartenenza	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
		Trasmissione mensile alla P.O. Controllo di gestione dell'elenco dei contrattisti in forza presso l'azienda con indicazione di dati anagrafici, orario di lavoro e relativa afferenza a UOC, UOS, UOSD, Programmi e Centri di costo e monitoraggio	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
Sicurezza	Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori e dei pazienti	Completamento del piano di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica di tutto l'installato biomedicale di possesso aziendale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/report sulle fasi del processo
Comunicazione	Rafforzare la comunicazione, la partecipazione e le relazioni con il pubblico	Incremento del numero di articoli pubblicati sul web magazine aziendale Area Comunicazione	Numero articoli pubblicati	> 35	luglio - dicembre 2016	Report
		Incremento del numero di articoli pubblicati su stampa locale/nazionale in seguito all'invio di comunicati stampa curati e redatti dalla P.O. Ufficio Stampa - Comunicazione in relazione ad eventi/iniziative/attivazione nuovi servizi assistenziali dell'AOU Federico II	Numero articoli pubblicati	> 30	luglio - dicembre 2016	Rassegna stampa relativa a singoli eventi
		Implementazione Progetto Azienda Ospedaliera Universitaria e Food Blogger: insieme per la salute. La	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione

		ricetta giusta per il tuo benessere				
		Aggiornamento e coordinamento della rete dei referenti per la comunicazione esterna dipartimentale, con almeno 10 incontri in un anno, misurabile attraverso planning formativo	n. incontri	n. 10	luglio - dicembre 2016	Planning formativo
		Progetto Canale 21: completamento delle riprese televisive per lo speciale VG Salute per tutti i 13 DAI	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
	Garantire la comunicazione sui servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, certificati con "bollini rosa" Progetto Onda	Partecipazione al Bando Bollini Rosa 2017	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Documento di partecipazione al Bando
Viabilità	Favorire l'accesso dei visitatori alle strutture aziendali	Aggiornamento Segnaletica di accesso agli edifici	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
Formazione e aggiornamento	Formare ed aggiornare costantemente il personale aziendale	Realizzazione degli eventi previsti dal Piano formativo per l'anno 2016	N.eventi formativi realizzati/N. eventi formativi previsti	83%	luglio - dicembre 2016	Relazione sugli eventi realizzati
		Realizzazione degli eventi formativi previsti in tema di "educazione alla prevenzione" in collaborazione con UOC Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro	N.eventi formativi realizzati/N. eventi formativi previsti	70%	luglio - dicembre 2016	Relazione sugli eventi realizzati
		Realizzazione di eventi formativi in materia di appalti	N.eventi formativi realizzati/N. eventi formativi previsti	70%	luglio - dicembre 2016	Relazione sugli eventi realizzati
	Realizzare eventi di educazione alla prevenzione, previsti dal	Realizzazione del Corso di Formazione antincendio gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro,	n. personale formato/n. personale preposto	50%	luglio - dicembre 2016	Registri presenze/Relazione

	Piano Formativo 2016, in collaborazione con UOC Gestione Risorse Umane	corso tenuto dai VV.FF.				
		Realizzazione del Corso di Formazione sui piani di emergenza	n. personale formato/n. personale preposto	50%	luglio - dicembre 2016	Registri presenze/Relazione
		Integrazione e aggiornamento continuo dell'attività formativa ai lavoratori in materia di sicurezza	n. personale formato/n. personale preposto	100%	luglio - dicembre 2016	Relazione
Sicurezza	Aggiornare Piano sicurezza aziendale	Aggiornamento costante del DVR per le parti strutturali modificate e non censite	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione + DVR
		Aggiornamento del DVR in tutte le aree a medio-alto rischio con gli indicatori della fascia di rischio e delle criticità riscontrate e riscontrabili, con l'indicazione delle soluzioni adottate e adottabili, con particolare riferimento alla Camera Iperbarica e all'Anatomia Patologica	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
			SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
			SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
		Aggiornamento del PGS relativamente alle parti strutturali modificate e non censite	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
		Realizzazione del Piano Antincendio e predisposizione Cronoprogramma	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report

	Migliorare la gestione del rischio clinico	Implementazione di almeno 3 raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Delibera di adozione
	Migliorare la gestione della sicurezza	Monitorare l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali in materia di sicurezza.	% cartelle cliniche controllate	10% al mese	luglio - dicembre 2016	Report
			% cartelle cliniche controllate	10% al mese	luglio - dicembre 2016	Report
			SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Report
			SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione
Trasparenza	Migliorare la tracciabilità delle attività e dei processi aziendali	Implementare la tracciabilità dell'attività svolta dalla Medicina Legale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
		Implementare la tracciabilità dell'attività relative alla citogenetica e genetica medica	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
		Implementare la tracciabilità delle prestazioni svolte dal DAI di Igiene e medicina del lavoro e preventiva verso altri DAI	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Report
		Implementare la tracciabilità e il monitoraggio delle sacche del DAI di Medicina Trasfusionale	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione/Nota alla Direzione Aziendale
	Adottare la normativa sulla Trasparenza degli Atti Pubblici	Publicare 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)	SI/NO	SI	luglio - dicembre 2016	Relazione Sito web

Tabella 7: Obiettivi DAI Anno 2017 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE	INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2017	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto tempistica flussi SDO in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	% schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Anno 2017	100%	SDO
Informatizzazione	Avvio gestione informatizzata del Processo Chirurgico (SOWEB)	Utilizzo 100% di SOWEB	•numero di verbali operatori chiusi e validati su SOWEB*100 / numero di DRG chirurgici	Aprile - Dicembre 2017	> o = 80%	Report/Relazione
	Utilizzo sistema Order Entry per le richieste di prestazioni intermedie	Utilizzo sistema Order Entry per tutte le richieste di prestazioni diagnostiche e consulenze	(N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100	Anno 2017	SI VEDA ALLEGATO	Order Entry
Appropriatezza ed efficacia	Riduzione del numero dei ricoveri inappropriati rispetto all'anno 2016	Riduzione del numero dei ricoveri inappropriati rispetto all'anno 2016 Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali	N° ricoveri ordinari inappropriati/ N° totale ricoveri DRG a rischio inappropriatezza	Aprile - Dicembre 2017	MAX 15% di ricoveri inappropriati	SDO/ADT

			(n. DH diagnostici 2017 - n. DH diagnostici 2016)/n. DH diagnostici 2016	Aprile - Dicembre 2017	Riduzione del 30%	SDO/ADT
Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Incremento del n. Ptca eseguiti entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardio acuto (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	Ptca eseguiti entro 48 ore/Totale Ptca	Aprile - Dicembre 2017	90%	SDO	
	Riduzione della degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° interventi con giornate di degenza < o = a 3 giorni/N° interventi totale	Aprile - Dicembre 2017	99,39%	SDO	
	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° interventi eseguiti entro le 48 ore/N° interventi totale	Aprile - Dicembre 2017	94,23%*****	SDO	
	Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Riduzione del n° di parti primari con taglio cesareo (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° tagli cesarei primari/ N° parti totali	Aprile - Dicembre 2017	30%	SDO
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Aprile - Dicembre 2017	100%	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	

	Riduzione numero di ricoveri oltre soglia	Riduzione numero di ricoveri oltre soglia di una percentuale pari al 4%, così come previsto a livello nazionale	N. di ricoveri oltre soglia/N. totale ricoveri	Aprile - Dicembre 2017	max 4% ricoveri oltre soglia	SDO/ADT
Complessità	Aumento o mantenimento complessità ricoveri ordinari.	Aumento o mantenimento complessità ricoveri ordinari.	Valore peso standard Regionale	Aprile - Dicembre 2017	Incremento/Mantenimento peso anno 2016	SDO/DRGQU ANI
Sicurezza	Promozione Sicurezza in sala operatoria	Applicazione della Deliberazione Aziendale n. 431/2012 - Raccomandazioni Ministeriali n. 1 e 2 e Manuale Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist” - Adempimenti Regionali	n. check list compilate/n. totale interventi chirurgici programmati (non urgenti)	Aprile - Dicembre 2017	80%	Chech List, Registro interventi e Cartella Clinica
	Promozione Sicurezza in Farmacoterapia	Applicazione della Procedura Aziendale di recepimento delle Raccomandazioni n. 7-12-17 (Sicurezza in Farmacoterapia)	% personale partecipante al corso n. schede di riconciliazione farmacologica compilate/n. totale interventi chirurgici programmati (non urgenti)	Aprile - Dicembre 2017	80% del personale interessato 80%	Registri presenze Schede riconciliazione, Registro interventi e Cartella Clinica
	Promozione Sicurezza in Area Materno infantile	Implementazione delle procedure aziendali di	n. 6 (Ostetricia), n. 15 (Pronto Soccorso)	Aprile - Dicembre 2017	n. 3 Procedure	Adozione

	e Pronto Soccorso	recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 (Ostetricia), 15 (Pronto Soccorso Ostetrico) e 16 (Neonatologia e Ostetricia) Organizzazione di audit interni per la diffusione e la condivisione delle procedure e partecipazione del personale	Ostetrico) e n.16 (Neonatologia e Ostetricia) n. 3 audit personale partecipante all'audit/personale preposto		n. 3 audit 60%	della raccomandazione Verbali audit alla Direzione Sanitaria
Qualità e Organizzazione	Prevenzione del rischio clinico e qualità dei processi assistenziali	Acquisizione di informazioni su strumenti o attività relative al rischio clinico o alla qualità dei processi assistenziali	Acquisizione del 100% dei documenti da parte del 20% del personale aziendale e n. 5 medici in formazione	Aprile - Dicembre 2017	Acquisizione del 100% dei documenti da parte del 20% del personale del DAI e n. 5 medici in formazione	Report
	Formazione per la prevenzione del rischio clinico e la qualità dei processi	Formazione su strumenti o attività relative al rischio clinico o alla qualità dei processi	Personale formato/ Tot. Personale del DAI n. medici in formazione formati	Aprile - Dicembre 2017	Formazione fad per il 20% del personale del DAI e di n. 5 medici in formazione	Report

Tabella 8: Obiettivi UOOCOC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2017 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE	INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO	TARGET 2017	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Realizzare l'efficientamento del patrimonio edile aziendale	Rilievo di tutti gli edifici con modifica delle planimetrie, individuazione della destinazione d'uso, suddivisione in base alla attività prevalente svolta (Assistenza, Didattica, Ricerca, SUN), calcolo delle superfici dei singoli ambienti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione
		Aggiornamento di tutte le planimetrie per i locali ad uso medico di gruppo 1 e 2	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione
		Catalogazione e registrazione di tutte le richieste di intervento di manutenzione ordinaria con indicazione della categoria, problematica, priorità, fase di attivazione, ditta esecutrice, preventivazione del costo (ove richiesto), data inizio e fine lavori	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Tabulato excel
	Realizzare l'efficientamento del patrimonio edile aziendale	Istruttoria tecnica per la progettazione ed. 16, nuovo reparto di Terapia Intensiva della Neurochirurgia e realizzazione del nuovo reparto di Stroke Unit, in collaborazione con l'UOC Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione Avviso Pubblico

		Istruttoria tecnica per la progettazione ed.1 Centro Trapianto di Midollo in collaborazione con l'UOC Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Verbale di commissione di gara
		Approvazione vari livelli di progettazione, edificio 2 Nuova UTIC, in collaborazione con l'UOC Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota/e di approvazione delle varie fasi progettuali
Sicurezza		Lavori di adeguamento e messa a norma degli impianti elettrici finanziati con l'ex art. 20 della legge 67/88	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota di trasmissione del verbale di consegna dei lavori
Efficienza	Efficientamento del patrimonio tecnologico aziendale	Redazione Piano acquisizione nuove apparecchiature elettromedicali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Piano, Relazione e documenti dimostrativi delle azioni realizzate
		Redazione Piano sostituzione apparecchiature obsolete	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Piano, Relazione e documenti dimostrativi delle azioni realizzate
		Redazione Piano manutenzione del parco tecnologico biomedicale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Piano, Relazione e documenti dimostrativi delle azioni realizzate
		Implementare modello Mini HTA ai fini delle valutazioni delle tecnologie aziendali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione

	Miglioramento nei tempi di risposta alle richieste interne	Rilevazione tempi di risposta alle richieste di manutenzione e riparazione delle apparecchiature e definizione di uno standard di riferimento	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report
Comunicazione	Rafforzare la comunicazione, la partecipazione e le relazioni con il pubblico	Incremento del numero di articoli pubblicati sul web magazine aziendale Area Comunicazione	Numero articoli pubblicati	> 35	Aprile - Dicembre 2017	Report
		Implementazione Progetto Azienda Ospedaliera Universitaria e Food Blogger: insieme per la salute. La ricetta giusta per il tuo benessere. Evento "Atelier della salute".	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
		Incremento del numero di articoli pubblicati su stampa locale/nazionale in seguito all'invio di comunicati stampa curati e redatti dalla P.O. Ufficio Stampa - Comunicazione in relazione ad eventi/iniziativa/attivazione nuovi servizi assistenziali dell'AOU Federico II	Numero articoli pubblicati	> 30	Aprile - Dicembre 2017	Rassegna stampa relativa a singoli eventi
		Redazione Piano della Comunicazione	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Piano della Comunicazione Deliberazione del DG

	Garantire la comunicazione sui servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, certificati con "bollini rosa" Progetto Onda	Partecipazione al Bando Bollini Rosa 2017	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Ricevuta presentazione progetto
	Migliorare l'immagine dell'azienda verso l'esterno	Rilevazione immagine dell'azienda verso l'esterno attraverso pubblicazione articoli veicolati dalla PO Stampa, Comunicazioni su indicazioni della Direzione Aziendale e Analisi dei risultati	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
Qualità	Rafforzare la comunicazione, la partecipazione e le relazioni con il pubblico	Realizzazione della Carta dei servizi aziendale e degli standard di qualità (DGRC 369 del 23 marzo 2010 - "Linee Guida aggiornamento Carta")	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione/Note trasmesse alle strutture aziendali
Viabilità	Favorire l'accesso dei visitatori alle strutture aziendali	Aggiornamento Segnaletica di accesso agli edifici	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione Disciplinare Cronoprogramma con nota di invio alla Direzione Generale
		Monitoraggio sui tempi di attesa pullmino visitatori	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report
		Installazione Display Tempi di attesa alle fermata pullmino visitatori	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione

	Riqualificazione piazzali	Progettazione e quantificazione costi di riqualificazione piazzali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione Preventivi Costi Cronoprogramma con nota di invio alla Direzione Generale
Efficienza	Favorire il governo ed il monitoraggio sullo stato dei rischi dell'azienda e del SSR	Compilazione database richiesto dalla Regione relativo ai fascicoli dei giudizi civili e amministrativi (legal up)	n. fascicoli dei giudizi civili e amministrativi caricati sul database	indicare il numero dei fascicoli	Luglio - Dicembre 2017	Report
	Migliorare l'efficienza dei processi	Monitoraggio sugli affidamenti ad avvocati di libero foro	SI/NO	SI	Luglio - Dicembre 2017	Report
	Migliorare l'efficienza dei processi	Redazione Piano della Performance 2017 - 2019	SI/NO	SI	Luglio - Dicembre 2017	Delibera di adozione
		Analisi sulla potenziale implementazione della Balanced Scorecard	SI/NO	SI	Luglio - Dicembre 2017	Relazione
	Migliorare l'efficienza dei processi informativi	Realizzazione della mappatura e avvio del monitoraggio del debito informativo verso l'esterno	SI/NO	SI	Luglio - Dicembre 2017	Relazione

		Realizzazione di un report di valutazione e monitoraggio dei tempi di refertazione per la Direzione strategica con indicazione dell'impatto in termini di riduzione delle giornate di degenza e di risparmio costi, nel caso in cui si riducessero i tempi di esecuzione e refertazione degli esami diagnostici.	SI/NO	SI	Luglio - Dicembre 2017	Report
	Migliorare i processi informativi verso l'esterno	Collaborazione con il network Ni.San.	SI/NO	SI	Luglio - Dicembre 2017	Relazione
Efficienza	Migliorare la gestione della rete trapianti	Implementazione e start up del registro IBMDR	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Registro IBMDR compilato
Qualità	Migliorare la qualità dei processi aziendali	Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili all'AOU in materia di rischio clinico	n. raccomandazioni implementate	n. 17	Aprile - Dicembre 2017	Delibere in albo pretorio
		Realizzazione dell'attività di formazione e informazione volte alla prevenzione delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza	% UOC partecipanti	60%	Aprile - Dicembre 2017	Relazioni e report (modulistica contenuti formativi dei corsi)
		Miglioramento della collaborazione tra direzione sanitaria e operatori coinvolti nella gestione della risorsa sangue e dell'adesione alle norme di settore e il coinvolgimento dei donatori	n. incontri realizzati	n. 2 incontri (luglio - novembre)	Aprile - Dicembre 2017	Lettere di convocazione e verbali incontri

Informatizzazione	Informatizzazione dati degli impianti di protesi ortopediche	Supporto all'avvio dell'informatizzazione dei dati relativi agli impianti di protesi ortopediche effettuate presso l'AOU Federico II sul RIAP (Registro Italiano di Artoprotesi) secondo quanto disposto dal DCA n. 168 del 30/11/2016	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
	Utilizzo dell'Order Entry per tutte le richieste di indagini di laboratorio e prestazioni diagnostiche attualmente attivi sul sistema order entry	Monitoraggio sull'utilizzo dell'Order Entry per tutte le richieste di indagini diagnostiche attualmente attivi sul sistema order entry	n. report	n. 3 report	Aprile - Dicembre 2017	Report
	Informatizzazione dati relativi ai medici prescrittori	Informatizzazione dei dati relativi all'abilitazione dei medici prescrittori e indicazione delle molecole PHT prescritte secondo quanto disposto dalle direttive regionali su piattaforma Sani.arp	inserimento 100% dei medici indicati dai Direttori del DAI	inserimento 100% dei medici indicati dai Direttori del DAI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
Qualità e Organizzazione	Migliorare la qualità dei processi	Redigere e approvare Regolamento sulle attività e processi della UOC Farmacia Centralizzata	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Regolamento e delibera adozione del regolamento Verbali incontri
		Avviare il processo di distribuzione dei farmaci fascia H e APHT, per la prima prescrizione, ai pazienti dimessi in RO e Ambulatoriale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
Efficienza - Farmacoeconomia	Migliorare l'efficienza dei processi	Monitorare il funzionamento UFA e rilevare il risparmio realizzato con il recupero degli scarti rispetto alla dose singola	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione Report

		Recuperare extrasconti in applicazione delle procedure di rimborsabilità condizionata	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report
		Monitorare i consumi dei farmaci e dei dispositivi	N. report prodotti e trasmessi ai DAI	N. 4 report	Aprile - Dicembre 2017	Report di monitoraggio/Note o mail di invio report ai DAI
		Monitorare le prescrizioni dei farmaci off label con particolare riferimento ai farmaci di fascia H	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report di monitoraggio
		Monitorare utilizzo farmaci Centri Prescrittori	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report di monitoraggio
	Tracciare le attività ed i processi aziendali	Effettuare le ispezione nei Reparti, compresa la verifica dei farmaci stupefacenti	n. ispezioni	ispezioni su n. 20 piani, n. 1 ispezione per ogni piano per un totale di n. 20 ispezioni	Aprile - Dicembre 2017	report composto da: reparto ispezionato, data ispezione, n.protocollo lettera invio del verbale di ispezione alla Direzione Sanitaria
Efficienza	Efficienza nei pagamenti	Miglioramento dei tempi medi di pagamento ai fornitori	Tempo medio di pagamento	Tempo medio minore o uguale a 60 gg	Aprile - Dicembre 2017	Report
		Predisposizione ed implementazione di una procedura relativa alla riscossione delle entrate con revisione dell'attuale sistema di riscossione dei proventi ambulatoriali, con annullamento contante e assegni	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Cronoprogramma Relazione

	Adeguamento della regolamentazione interna alle disposizioni normative regionali e nazionali	Revisione e approvazione procedure PAC calendarizzate per l'anno 2017 come da cronoprogramma	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Delibera di approvazione
Informatizzazione	Implementazione della Contabilità Analitica	Attività di quadratura tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
Efficienza	Impiegare strumenti di acquisto beni e servizi mediante Piattaforme Informatiche Centralizzate Acquisti	Utilizzo procedure di acquisto beni e servizi mediante l'utilizzo esclusivo di Piattaforme Informatiche Centralizzate	N. acquisti sotto soglia realizzati su piattaforma/n. totale di acquisti sotto soglia	100%	Aprile - Dicembre 2017	Relazione Sito www.acquistiinretep.a.it Applicativo aziendale Olamm
	Migliorare la gestione delle attività dei Responsabili Unici del Procedimento	Supportare i RUP nella registrazione sul portale ANAC, creazione scadenziario singole attività dei RUP e supporto nella gestione complessiva delle procedure di competenza	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report
	Favorire la corretta imputazione dei costi aziendali	Imputare il centro di costo sugli atti di spesa	n. documenti di spesa con indicazione del cdc/n. documenti di spesa totali	100%	Aprile - Dicembre 2017	Report
	Migliorare i livelli di efficienza nella gestione degli acquisti	Porre in essere il monitoraggio sui tempi di esecuzione di tutte le attività relative alle singole procedure di gara indette	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report

Organizzazione e qualità	Migliorare l'organizzazione dei processi	Redigere Regolamento per la Gestione e Acquisizione dei beni e servizi e per l'organizzazione dell'UOC	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Regolamento e delibera di adozione
Trasparenza	Adottare la normativa sulla Trasparenza degli Atti Pubblici	Publicare 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)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione Sito web
Efficienza	Realizzare l'efficientamento del patrimonio edile aziendale	Rilievo di tutti gli edifici con modifica delle planimetrie, individuazione della destinazione d'uso, suddivisione in base alla attività prevalente svolta (Assistenza, Didattica, Ricerca, SUN), calcolo delle superfici dei singoli ambienti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione
		Aggiornamento di tutte le planimetrie per i locali ad uso medico di gruppo 1 e 2	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione
		Catalogazione e registrazione di tutte le richieste di intervento di manutenzione ordinaria con indicazione della categoria, problematica, priorità, fase di attivazione, ditta esecutrice, preventivazione del costo (ove richiesto), data inizio e fine lavori	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Tabulato excel

	Realizzare l'efficientamento del patrimonio edile aziendale	Manifestazione di interesse per la redazione della progettazione ed. 16, Terapia Intensiva e Stroke Unit in collaborazione con l'UOC Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione Avviso Pubblico
		Affidamento incarico di progettazione ed.1 Centro Trapianto di Midollo in collaborazione con l'UOC Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Verbale di commissione di gara
		Approvazione vari livelli di progettazione, edificio 2 Nuova UTIC, in collaborazione con l'UOC Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota/e di approvazione delle varie fasi progettuali
Sicurezza		Lavori di adeguamento e messa a norma degli impianti elettrici finanziati con l'ex art. 20 della legge 67/88	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota di trasmissione del verbale di consegna dei lavori
Trasparenza	Adozione normativa sulla trasparenza e corruzione nelle amministrazioni pubbliche	Aggiornamento del Piano della Prevenzione della Corruzione al periodo 2017 - 2019	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Deliberazione Pubblicazione sul sito web aziendale
Efficienza	Contribuire a migliorare l'efficienza dei processi aziendali	Definizione dei Percorsi delle proposte di Convenzioni da parte di Enti e/o Strutture pubbliche /private per attività di sperimentazioni cliniche	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Provvedimento/Atto amministrativo
		Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili aziendali, di cui al Regolamento sulle Procedure di Controllo Interno, approvato con Deliberazione n. 290 del 16/06/2014	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Deliberazione Pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione Regolamenti

	Favorire l'efficienza nei rapporti con partners e/o enti in ambito nazionale ed europeo	Partecipazione ad almeno un progetto di "Innovative Procurement"	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Documenti progettuali
		Organizzazione di almeno n. 3 eventi internazionali	n. eventi	n. 3 eventi	Aprile - Dicembre 2017	Documenti di comunicazione e promozione
		Partecipazione ad eventi internazionali ed attività di networking di carattere locale, nazionale ed internazionale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Registrazione ad eventi e attestato partecipazione
Efficienza organizzativa	Migliorare l'organizzazione delle risorse umane	Predisposizione Dotazione Organica e aggiornamento piano di programmazione biennale di acquisizione risorse umane e avvio procedure di reclutamento in esito al nuovo Protocollo d'intesa Università Regione e alle autorizzazioni regionali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione e proposta alla Direzione Aziendale
		Monitoraggio dei tempi di espletamento delle procedure di reclutamento del personale di qualsiasi tipo (contrattista, a tempo indeterminato, ecc.)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Report di monitoraggio
Efficienza	Adeguare la regolamentazione interna alle disposizioni normative regionali e nazionali	Regolamento di affidamento degli incarichi extra-istituzionali al personale tecnico-amministrativo e dirigenziale dell'AOU ex art. 53 D.L.vo 165/01 e s.m.i.	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione
	Avviare la contrattazione decentrata di II livello per il personale aziendale	Predisposizione del contratto decentrato per il personale aziendale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Firma del contratto decentrato

Formazione e aggiornamento	Formare ed aggiornare costantemente il personale aziendale	Realizzazione del II Corso per i dirigenti/preposti dell'A.O.U. in materia di sicurezza ex art. 37 co.2 del D.L.vo 81/08, integrato con l'accordo Stato/Regioni n. 221 del 21/12/2011	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione sul corso realizzato
		Realizzazione di evento formativo specifico in materia di accesso civico ex art. 5 co.2 D.L.vo 33/2013 (cd. generalizzato)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione sul corso realizzato
Sicurezza	Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori	Realizzazione procedure di prevenzione e protezione per i rischi specifici interni all'AOU	n. schede di rischio	n. 1 scheda di rischio	Anno 2017	Scheda di rischio
		Progettazione antincendio finalizzata al rilascio del parere favorevole preventivo dei VV.FF.	SI/NO	SI	Anno 2017	PGSE Revisionato e formalizzato Verbali riunioni Verbali sopralluoghi
	Aggiornamento Piano sicurezza aziendale	Aggiornamento del DVR di n. 3 edifici con riferimento agli aspetti impiantistici e strutturali.	n. sopralluoghi e aggiornamento DVR formalizzato	n. 3 sopralluoghi SI aggiornamento o DVR	Anno 2017	Verbali di sopralluogo DVR aggiornato e deliberato
Trasparenza	Rispetto degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.	Pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente del DVR e PGSE	SI/NO	SI	Anno 2017	Mail inviate al web master Sito web aziendale

Tabella 9: 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 totalità 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

4. Monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi

4.1 L'iter procedurale

La retribuzione di risultato conserva il suo forte valore di leva gestionale per incentivare il personale a raggiungere gli obiettivi e, quindi, mantiene il suo stretto collegamento al modello di gestione budgetaria.

In altre parole, il sistema premiante collega l'entità del premio spettante ad ogni dipendente sia alle caratteristiche qualitative e quantitative della prestazione lavorativa dell'interessato (performance individuale), sia ai risultati ottenuti dalla Struttura organizzativa in cui il dipendente stesso ha operato (performance organizzativa), secondo una logica che considera l'attività di ogni singola Struttura come il risultato dell'apporto congiunto, sia pure con incidenza differenziata, di tutte le professionalità presenti.

La Scheda di monitoraggio consuntiva, riportante la percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati, viene redatta dalla P.O. Controllo di Gestione sulla base dei dati provenienti dai Responsabili della verifica individuati nella scheda stessa e dai Sistemi Informativi. Nella Scheda sono indicati, per i singoli obiettivi, gli specifici strumenti di verifica utilizzati per la misurazione della performance.

I risultati del monitoraggio sono sottoposti all'Organismo Indipendente di Valutazione, che esprime parere sulla regolarità del processo e propone la valutazione. La Direzione Aziendale esprime le sue eventuali considerazioni sulla valutazione e trasmette la Scheda di monitoraggio consuntiva al Responsabile della Struttura e agli uffici preposti per i successivi adempimenti amministrativo-contabili.

4.2 Monitoraggio Obiettivi

4.2.1 Monitoraggio obiettivi Order Entry

Utilizzo Order Entry 2017 DAL 01/01/2017 AL 31/12/2017

DAI - CARDIOLOGIA, CARDIOCHIRURGIA ED EMERGENZE CARDIOVASCOLARI	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	60.559	58.630	96,81
2 Trimestre	61.925	59.435	95,98
3 Trimestre	47.761	46.555	97,47
4 Trimestre	60.678	58.646	96,65
Tot. DAI	230.923	223.266	96,68

DAI - CHIRURGIE SPECIALISTICHE, NEFROLOGIA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	232.102	224.803	96,86
2 Trimestre	227.235	222.853	98,07
3 Trimestre	171.450	165.452	96,50
4 Trimestre	203.753	198.950	97,64
Tot. DAI	834.540	812.058	97,31

DAI - DIAGNOSTICA MORFOLOGICA E FUNZIONALE, RADIOTERAPIA, MEDICINA LEGALE	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	5.139	4.569	88,91
2 Trimestre	4.175	3.968	95,04
3 Trimestre	3.249	3.136	96,52
4 Trimestre	3.686	3.439	93,30
Tot. DAI	16.249	15.112	93,00

DAI - GASTROENTEROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, CHIRURGIA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	93.111	88.054	94,57
2 Trimestre	82.081	79.164	96,45
3 Trimestre	59.892	56.516	94,36
4 Trimestre	69.765	66.436	95,23
Tot. DAI	304.849	290.170	95,18

DAI - IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO E PREVENTIVA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	23.973	23.277	97,10
2 Trimestre	20.437	20.409	99,86
3 Trimestre	14.200	14.102	99,31
4 Trimestre	29.693	29.583	99,63
Tot. DAI	88.303	87.371	98,94

DAI - MEDICINA CLINICA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	213.965	207.000	96,74
2 Trimestre	210.887	205.965	97,67
3 Trimestre	170.826	164.717	96,42
4 Trimestre	188.417	179.821	95,44
Tot. DAI	784.095	757.503	96,61

DAI - MEDICINA INTERNA, PATOLOGIA CLINICA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	69.143	66.632	96,37
2 Trimestre	74.004	72.539	98,02
3 Trimestre	54.011	51.712	95,74
4 Trimestre	69.559	67.660	97,27
Tot. DAI	266.717	258.543	96,94

DAI - NEUROSCIENZE CLINICHE, ANESTESIOLOGIA E FARMACOUTILIZZAZIONE	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	96.926	93.996	96,98
2 Trimestre	97.249	94.340	97,01
3 Trimestre	88.980	86.353	97,05
4 Trimestre	100.888	95.051	94,21
Tot. DAI	384.043	369.740	96,28

DAI - OSTETRICIA, GINECOLOGIA ED UROLOGIA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	139.448	133.945	96,05
2 Trimestre	140.387	138.172	98,42
3 Trimestre	120.037	115.146	95,93
4 Trimestre	137.187	131.095	95,56
Tot. DAI	537.059	518.358	96,52

DAI - PEDIATRIA	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	133.015	121.015	90,98
2 Trimestre	134.983	130.464	96,65
3 Trimestre	106.194	102.212	96,25
4 Trimestre	139.561	133.625	95,75
Tot. DAI	513.753	487.316	94,85

DAI - TESTA COLLO	N. Prest. Tot.	N. Prest. OE	N. Prest. OE/N. Prest. Tot. (%)
1 Trimestre	60.072	58.119	96,75
2 Trimestre	51.789	50.891	98,27
3 Trimestre	36.562	35.364	96,72
4 Trimestre	51.988	50.278	96,71
Tot. DAI	200.411	194.652	97,13

TOTALE GENERALE	4.160.942	4.014.089	96,47
------------------------	------------------	------------------	--------------

4.2.2 Monitoraggio obiettivi Soweb e Implementazione Raccomandazioni

Obiettivi dipartimentali 2017

DAI	Avvio gestione informatizzata del processo Chirurgico (SOWEB)	Promozione sicurezza in sala operatoria	Promozione Sicurezza in farmacoterapia		Implementazione racc 6, 15, 16	Organizzazione AUDIT interni per diffusione e condivisione delle procedure e partecipazione del personale	Implementazione delibera 795/2015 (racc. 9)	Implementazione informatizzazione dei processi ambulatoriali con inserimento sul sistema SGP
	n° verbali chiusi e validati su SOWEB*100/N° DRG Chirurgici	N schede riconciliazione (CHECK LIST) compilate/N tot interventi	N schede (RICONCILIAZIONI) compilate/N tot C.C.	% partecipanti al corso	N° 3 procedure	N° 3 audit - personale partecipante all'audit/personale preposto	N° personale partecipante al corso/personale preposto	
Pediatria	100%				100%	90%	CORSO NON SVOLTO (SOSTITUITO CON ALTRO CORSO PRIORITARIO PER FINALITA' REGIONALI)	
Testa-Collo	80%	80%	80%	80%				
Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia e farmacoutilizzazione	80%		70%	100%				
Medicina Clinica			80%	80%				
Medicina trasfusionale								
Medicina di Laboratorio								
Medicina Interna e Patologia Clinica			100%	80%				
Ostetricia, Ginecologia, urologia	70%				100%	90%		

Cardiologia, Cardiochirurgia, Emergenze Cardiovascolari	70%	80%	100%	100%			
Chirurgie Specialistiche, Nefrologia	70%	70%	80%	80%			
Diagnostica Morfologia e Funzionale, radioterapia, Medicina Legale							
Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia	80%	70%	80%	80%			
Igiene e Medicina del Lavoro e preventiva							80%
	79%	75%	84%	86%	100%	90%	80%

4.2.3 Monitoraggio obiettivi Flussi SDO, Complessità, Appropriatelyzza

DAI	PESO MEDIO RO 2017	% SDO chiuse entro 30 gg 2017	Ricoveri inappropriati 2017	Ricoveri DRG a rischio inappropriatelyzza 2017	% di inappropriatelyzza 2017	N° DH Diagnostici 2016	N° DH Diagnostici 2017	N° DH da ridurre per 2017 (-30%)	Ricoveri oltre soglia 2017	Ricoveri totali 2017	% di oltre soglia 2017 (max 4% oltre soglia)
GASTROENTEROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA	1,10	47	193	1267	15	590	641	9	71	1943	4
MEDICINA CLINICA	1,19	74	86	4876	2	5587	4818	-14	146	1.769	8
PEDIATRIA	0,70	60	255	3909	6,5	5228	5210	0	505	4728	11
CARDIO	2,09	97	10	35	29	49	9	-82	62	1878	3,3
MEDICINA INTERNA	1,21	72	80	493	16	1078	830	-23	168	1157	15
TESTA COLLO	1,29	65	233	4443	5	91	48	-47	190	2305	8
NEUROSCIENZE	1,50	70	73,27	2150,00	3	421	389	-8	51	713	7
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,70	83	291	3311	9	349	284	-19	1.162	5.944	20
CHIRURGIE SPECIALISTICHE	1,3	40	276	2777	10	405	392	-3	80	2726	3

4.2.4 Monitoraggio utilizzo Talete web (software rischio clinico)

Tabella 10: percentuali di utilizzo Talete web relative a obiettivi/indicatori 2017

DAI	Utilizzo Talete web		Totale complessivo	Indicatore
	NO	SI		
CARDIOLOGIA, CARDIOCHIRURGIA ED EMERGENZE CARDIOVASCOLARI	58	66	124	53%
CHIRURGIE SPECIALISTICHE, NEFROLOGIA	342	25	367	7%
DIAGNOSTICA MORFOLOGICA E FUNZIONALE, RADIOTERAPIA, MEDICINA LEGALE	258	22	280	8%
GASTROENTEROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, CHIRURGIA	186	60	246	24%
IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO E PREVENTIVA	15	48	63	76%
MEDICINA CLINICA	255	26	281	9%
MEDICINA DI LABORATORIO	100	18	118	15%
MEDICINA INTERNA, PATOLOGIA CLINICA	103	22	125	18%
MEDICINA TRASFUSIONALE	43	16	59	27%
NEUROSCIENZE CLINICHE, ANESTESIOLOGIA E FARMACOUTILIZZAZIONE	110	60	170	35%
OSTETRICIA, GINECOLOGIA, UROLOGIA	150	27	177	15%
PEDIATRIA	240	106	346	31%
TESTA-COLLO	155	44	199	22%

4.2.5 monitoraggio tempi di esecuzione e refertazione esami diagnostici

Tabella 11: monitoraggio tempi di esecuzione e refertazione esami diagnostici

MONITORAGGIO TEMPI DI ESECUZIONE E REFERTAZIONE ESAMI DIAGNOSTICI				
OBIETTIVO AZIENDALE	INDICATORE	RISULTATO 2015	RISULTATO 2016	RISULTATO 2017
Riduzione dei tempi di refertazione di anatomia patologica	(numero di referti trasmessi - numero referti trasmessi entro 15gg.)/numero totale di referti	83%	93%	91,05%
	(numero di referti trasmessi - numero referti trasmessi entro 25gg.)/numero totale di referti	8%	4%	5,5%
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%	63,1%	65,9%
	(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%	92,9%	92,4%
	(numero RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. RMN richieste per i pazienti in RO) *100	67%	75,3%	59,6%
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%	71,8%	84,8%
	(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%	97,6%	98,0%
	(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%	73,3%	67,1%

4.2.6 Monitoraggio 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.

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.

Tabella 12: Monitoraggio obiettivi LEA

Adempimenti LEA 2017

OBIETTIVO Numero/lettera	REFERENTI AZIENDALI / DETTAGLI	OSSERVAZIONI/CRITICITÀ
<p>Appropriatezza delle prestazioni Appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patto per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriately 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).</p> <p>RIDUZIONE DEL 30% DEI RICOVERI ORDINARI IN EtÀ PEDIATRICA (<18 anni) PER ASMA E GASTROENTERITE 2 - G</p>	<p>Dott.ssa Egidio Rosanna email: egidiorosanna@yahoo.it - Tel.: 2868</p> <p>Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.</p> <p>Obiettivo finale: -30%</p>	 <p>Osservazioni N. di casi al 31/12/2017: 23 N. di casi consentiti nell'anno: 15 Restanti: -8</p> <p>ANALISI AL 31/08/2017 N. di casi inappropriati al 31/08/2017: 5 - Restanti: 10 al 31/08/2017 L'analisi delle singole schede di dimissione dei 14 casi in oggetto ha portato alle seguenti considerazioni: 5 casi trattasi di lattanti affetti da gastroenteriti con disidratazione o a rischio disidratazione (4) +1 con mononucleosi infettiva e broncospasmo. 4 casi di gastroenteriti in pazienti complicati (fibrosi cistica, glicogenosi, atresia vie biliari, emorragia gastrointestinale) che hanno richiesto terapie infusive parenterali ed enterali I restanti casi sono da considerarsi inappropriati perche non presentano alcuna complicanza o patologia concomitante.</p>
<p>Appropriatezza delle prestazioni Appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patto per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriately 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).</p> <p>RIDUZIONE DEL 10% DEI RICOVERI ORDINARI IN EtÀ ADULTA (≥18 anni) PER COMPLICANZE (A BREVE E LUNGO TERMINE) PER DIABETE, BPCO E SCOMPENSO CARDIACO 2 - G</p>	<p>Dott.ssa Egidio Rosanna email: egidiorosanna@yahoo.it - Tel.: 2868</p> <p>- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x , 250.3x . Età: ≥ : 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: &GE; 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: &GE; 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: &GE; 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.</p> <p>Obiettivo finale: -10%</p>	 <p>Osservazioni N. di casi al 31/12/2017: 193 N. di casi consentiti nell'anno: 182 Restanti: -11</p> <p>ANALISI AL 31/08/2017 N. di casi al 31/08/2017: 127 N. di casi inappropriati: 37 L'analisi delle singole schede di dimissione dei 127 casi in oggetto ha portato alle seguenti considerazioni: Tutte le schede di dimissione(circa 90) relative allo scompenso cardiaco presentano patologie complicanti il ricovero a patologie concomitanti o procedure complesse che giustificano l'utilizzo del regime ordinario (es. impianto di defibrillatore, pacemaker, insufficienza renale acuta, cronica all'ultimo stadio, pazienti operati di bypass aortocoronarico, insufficienze vascolari, alterazioni del ritmo, broncopneumoniti, valvulopatie). Per quanto riguarda le bronchiti croniche ostruttive e il diabete i ricoveri sono tutti inappropriati così come codificati</p>

Appropriatezza delle prestazioni

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).

RIDUZIONE DEI RICOVERI DIURNI DI TIPO DIAGNOSTICO

2 - G

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Almeno di un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno precedente
Obiettivo finale: -30%



Osservazioni

N. di casi al 31/12/2017: **12.228**
N. di casi consentiti nell'anno: **9.689**
Ne restano **-2.539**

Appropriatezza delle prestazioni

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).

RIDUZIONE DEGLI ACCESSI DI TIPO MEDICO

2 - G

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Almeno di un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno precedente
Obiettivo finale: -25%



Osservazioni

N. di casi al 31/12/2017: **88.691**
N. di casi consentiti nell'anno: **69.430**
Ne restano **-19.260**

N. di casi al 31/08/2017: **5.287**
N. di casi consentiti nell'anno: **69.430**
Ne restano **64.144**

Appropriatezza delle prestazioni

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).

RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E DRG IN REGIME ORDINARIO (all. B Patto per la Salute 2010-12)

2 - G

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Garantire un valore $\leq 21,0\%$
Obiettivo finale:
DRG ad alto rischio di
inappropriatezza **DRG in regime**
ordinario $\leq 0,21$



Osservazioni

Al 31/12/2017:
5.281 **16.381** = 32,2%

Al 31/08/2017:
3.169 **9.661** = 0,32

Appropriatezza delle prestazioni

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).

PERCENTUALE PAZIENTI (Età 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO

2 - G

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Garantire un valore $\geq 60,00\%$
Obiettivo finale: $\geq 60,0\%$



Osservazioni

Al 31/12/2017:
6 **14** = 42,9%

Al 21/10/2017:
6 **13** = 46%

Al 31/08/2017:
3 **8** = 37,5%

Al 21/10/2017:
6 **13** = 46%

Appropriatezza delle prestazioni

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).

PERCENTUALE PARTI CESAREI PRIMARI

2 - G

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Garantire un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%
Obiettivo finale: 20.01%
 $\leq X \leq 24,00\%$



Osservazioni

Al 31/12/2017:
602 **1.780** = 33,8%

Secondo DS: 498 **1.647** = 30,2%

Secondo indicazioni protocollo
LEA: 177 **959** = 18,5%

Commento

Le indicazioni cliniche, documentabili e non, al taglio cesareo (Del. n. 118 del 02/02/05 BURC n. 20 del 11/04/05) sono:

Indicazioni documentabili

Presentazione o posizione anomala - Infezioni da HIV-1 - Anomalie fetali - Cancro cervicale invasivo - Massa ostruente la vagina - Gravidanza plurima - Alterazioni del bacino - Placenta previa e distacco di placenta - Taglio cesareo pregresso - Prolasso del cordone - Minaccia di rottura d'utero

Indicazioni non sempre documentabili

Criticità

L'AOU in quanto centro di III livello tratta circa 300 donne con gravidanze a rischio. Si ritiene pertanto di non considerare nella percentuale dei tagli cesarei dell'AOU i tagli cesarei primari delle donne con gravidanze a rischio.

Assistenza farmaceutica

Monitoraggio spesa farmaceutica ospedaliera finalizzato al contenimento/riduzione dei costi

Monitoraggio spesa farmaceutica ospedaliera (CO, D, M, E, X)

3 - L

Dott.ssa Mazzarelli Vittoria
vittoria.mazzarelli@gmail.com -
Tel.: 3851- 3338598389

- CO (Costo Ospedaliero)
- D (distribuzione diretta)
- M (farmaci sottoposti al regime AIFA)
- F (fuori regione)



Osservazioni

L'UOC di Farmacia trimestralmente invia un file ai Direttori dei Dai e alla Direzione dai quali si evidenziano eventuali incrementi o decrementi della spesa

Assistenza farmaceutica

Alimentazione e trasmissione dati dei flussi della distribuzione diretta dei farmaci e dei consumi ospedalieri dei medicinali

Flussi Distribuzione diretta e consumi ospedalieri farmaci (trasmissione del file F)

3 - AAL

Dott.ssa Mazzarelli Vittoria
vittoria.mazzarelli@gmail.com -
Tel.: 3851- 3338598388

Obiettivo finale: Inviare come previsto da Soresa i file: Flusso D,M, E, X e Consumi Ospedalieri.



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Assistenza ospedaliera

Controllo cartelle cliniche

Controllo cartelle cliniche (controlli analitici casuali e controlli sulla totalità delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza)

4 - AM

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Obiettivo finale: Controllare mensilmente almeno il 10% delle CartelleCliniche



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Il controllo viene effettuato su una percentuale maggiore del 10%

Assistenza ospedaliera

Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

Rischio clinico e sicurezza dei pazienti
1. implementazione Raccomandazioni Ministeriali

2. Formazione degli operatori sanitari sul tema della sicurezza pazienti

3. Monitoraggio dell'adozione della Check list in sala operatoria

4. Utilizzo della Check list in sala operatoria

5. Prevenzione delle cadute

6. Eventi sentinella: Monitoraggio tramite SIMES

4 - AS

Dott.ssa Cuccaro Patrizia
patriziacuccaro@hotmail.it - Tel.:
4373

Adempire alle richieste del Ministero della Salute entro fine ottobre con il raggiungimento della % di adozione prevista dagli indicatori

Risultati attesi al 31/12/2017:
Conclusione di 3 corsi di formazione su Raccomandazioni n.2, 3, 4, 6, 9, 16 e adozione formale e implementazione delle Procedure Organizzative e degli Strumenti Operativi relativi alle Raccomandazioni 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17 Scheda di rilevazione per il monitoraggio dei 6 punti inviata dalla Regione



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Entro dicembre 2017 sono state implementate tutte le raccomandazioni ministeriali applicabili tranne una in attesa della sola presa d'atto formale

Assistenza ospedaliera

Miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita

Con D.M. 12 aprile 2011 è stato costituito e rinnovato con D.M. 19 dicembre 2014 il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), recante Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo
Miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita

4 - AAF1

Dott.ssa Cuccaro Patrizia
email: patriziacuccaro@hotmail.it
- Tel.: 4373

Gruppo di lavoro "Percorso nascita"
costituito con
DCA n. 17 del 08/03/2017
Per l'A.O.U. prof. F. Raimondi



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Nel corso dell'anno 2017 sono stati Individuati i Referenti Rischio Clinico in Ginecologia, Ostetricia e Neonatologia. Si sono tenuti eventi formativi per implementazione Raccomandazioni n. 6 e 16 e delle relative Procedure Organizzative e degli Strumenti Operativi.

Criticità

Gli adempimenti Check List Percorso Nascita richiedono l'apporto multiprofessionale e interventi strutturali significativi

Assistenza primaria

Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici

BPCO, HIV, Diabete e piede diabetico

5 - X

Prof. Mormile Mauro (BPCO)
mauro.mormile@unina.it -
339.1738062

Prof. Di Filippo Giovanni (HIV)
3385000075

Prof. Riccardi Gabriele (Diab. e piede diab.)
gabriele.riccardi@unina.it



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

PDTA HIV: disp. 389-04/08/17 parz. rett. 272-31/05/17
PDTA B.P.C.O.: disp. 321-13/11/2014
PDTA Diabetologia e piede diabetico: disp. 272-31/05/17

Fascicolo Sanitario Elettronico

Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

FSE

7 - AAD

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868



Osservazioni

In attesa di direttive da parte della Regione.
Gruppo di lavoro regionale: Ing. De Vita, Prof. S. Ascione, Ing. Toscano

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

SP - Stato Patrimoniale

8 - C

Dott. Magro Rosario
email: rosario.magro@unina.it -
Tel.: 3535

Obiettivo finale: Inserimento dati relativi allo stato patrimoniale sull'apposita piattaforma del Ministero della Salute e compilazione tabelle per la Regione



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

CE - Conto Economico

8 - C

Dott. Magro Rosario
email: rosario.magro@unina.it -
Tel.: 3536

Obiettivo finale: Si forniscono i dati relativi al Conto Economico trimestrale e del Bilancio di esercizio mediante compilazione delle tabelle inviate dalla Regione. Si provvede



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

LA - Puntuale adempimento alle richieste di invio dei flussi da parte dei competenti uffici.

8 - C

Dott. Vitiello Antonio
email: antonio.vitiello@unina.it -
Tel.: 3238

Compilazione dei files pervenuti e successivo inoltro agli uffici competenti, completi di tutti gli allegati richiesti



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

CEDAP

8 - C

Prof. Franco Daniele (disp. 272-31/05/17)
danfranco52@libero.it - tel: 2959

Puntuale trasmissione dei CEDAP



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

A partire dal 1/1/2018 la piattaforma SANI.A.R.P. sarà l'unico strumento riconosciuto per la raccolta di dati in formato elettronico delle schede CEDAP.

La SANIARP effettuerà formazione per l'utilizzo di questa piattaforma presso i punti nascita

Flussi informativi

Conto annuale

Rilevazione della consistenza del personale e delle relative spese. Inserimento sul sito della Ragioneria Generale dello Stato dei dati statistici del pubblico impiego utilizzando il sistema SICO.

8 - C

Dott.ssa Capobianco Paola
email: p.capobianco@unina.it -
Tel.: 4326

Dott.ssa Volpe Anna
email: anna.volpe@unina.it - Tel.:
3234

L'U.O.C. Gestione Risorse Umane:
Compila schede Conto Annuale e monitoraggio trimestrale e trasmette alla Ragioneria Generale dello Stato.
L'U.O.C. Gestione Risorse Economico Finanziarie: Inserisce tabelle economiche relative alle spese del personale sul sito della Ragioneria Generale dello Stato (SICO).

Obiettivo finale: Trasmisione dei dati del Conto Annuale entro il 31/05



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP22bis

8 - C

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Obiettivo finale: Inviare il flusso TRIMESTRALMENTE



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP24

8 - C

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Obiettivo finale: Inviare il flusso dati trimestralmente



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP14

8 - C

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Obiettivo finale: Inviare il flusso una volta l'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP12

8 - C

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868

Obiettivo finale: Inviare il flusso una volta l'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868



Osservazioni

NSIS-HSP11

8 - C

Obiettivo finale: Inviare il flusso una volta l'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi
SDO

Dott.ssa Egidio Rosanna
email: egidiorosanna@yahoo.it -
Tel.: 2868



Osservazioni

SDO

8 - C

Obiettivo finale: inviare il flusso OGNI MESE ENTRO IL 15

Obiettivo raggiunto

Flussi informativi

Flussi informativi liste d'attesa (ex articolo 50 della Legge 326/2003, monitoraggio ex ante delle prestazioni)

Dott.ssa Cuccaro Patrizia
email: patriziacuccaro@hotmail.it
- Tel.: 4373



Osservazioni

Liste d'attesa - Assicurazione debiti informativi

8 - H

Trasmissione flusso ex ante due volte l'anno

Obiettivo finale: Inviare il flusso due volte l'anno

Obiettivo raggiunto

Tutti gli indicatori mostrano un trend di miglioramento. Per ciascuna criticità evidenziata sono state indicate delle soluzioni operative.

Interventi previsti per ridurre i tempi di attesa:

Ambulatoriali: è in via di implementazione l'aumento dell'offerta ambulatoriale sulle agende che mostrano tempi lunghi di attesa. L'entità dell'incremento sarà stabilita calcolando la quota di overbooking sostenuta dai vari ambulatori nell'anno precedente ovvero calcolando la quota di no-show (pazienti che non si sono presentati all'appuntamento) nell'anno precedente. La variazione sarà condotta per ciascun DAI a partire dal DAI testa collo (prima settimana di novembre).

Flussi informativi

Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie

Dott.ssa Perrone Antonietta -
Obiettivi email:
antonietta.perrone@unina.it -
Tel.: 3571 Sig. Perna Antonio
email: antopern@unina.it - Tel.:
3590



Osservazioni

Alimentazione della piattaforma NSIS per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Allo stato dell'arte le tipologie richieste per il suddetto monitoraggio sono: TAC; RMN; Acceleratori lineari; Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica (Robot Da Vinci); sistemi TAC/PET; Gamma camere computerizzate; Sistemi TAC/Gamma Camera; Mammografi; sistemi per angiografia digitale. Obiettivo già raggiunto al 100% nel primo semestre 2017.

8 - AAP

Modalità di pubblicazione dei report

Obiettivo finale: 100%

Obiettivo raggiunto

Gestione e valutazione del personale

Predisposizione e realizzazione del Piano Formativo Aziendale per l'anno 2017 su indicazione del Comitato Scientifico per la formazione continua.

Dott. Lo Castro Natale -
natale.locastro@unina.it - Tel.:
3577



Osservazioni

Trasmissione dell'attività di Formazione attraverso la piattaforma informatica dell'AGENAS (Agenzia Nazionale della Formazione Sanitaria, convenzionata con la Regione). Attuazione degli interventi previsti dal piano nazionale dell'aggiornamento del personale

9 - V

Dott.ssa Isabella Continisio
Tel.: 4969

Obiettivo finale: Realizzazione di almeno 80% dei progetti formativi aziendali inseriti nel piano formativo aziendale 2017.

Obiettivo raggiunto

Il piano Formativo Aziendale per l'anno 2017 è stato predisposto ed approvato dalla Direzione Aziendale con delibera n. 923- 28/12/16
Criticità

La nota carenza di personale rende difficile la partecipazione ai percorsi formativi, seppure obbligatori, della maggior parte del personale.

Procedimenti contabili e gestionali e certificabilità dei bilanci del SSR

Implementazione e monitoraggio stato di attuazione della Contabilità analitica

Implementazione e monitoraggio della contabilità analitica

11 - N

Dott. Delfino Roberto
email: roberto.delfino@unina.it -
Tel.: 3765

OBIETTIVO A1: coerenza piano dei centri di costo con la struttura organizzativa

OBIETTIVO A2: coerenza piano dei fattori produttivi con piano dei conti
OBIETTIVO A3: quadratura Co.Ge. - Co.An.

OBIETTIVO A4: capacità di quantificare gli scambi interni
OBIETTIVO B1: utilizzo della Co.An. per compilazione modello L.A.

OBIETTIVO B2: capacità di quantificare attività territoriale svolta in ospedale e, in generale, fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi
Obiettivo finale: 100%



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Procedimenti contabili e gestionali e certificabilità dei bilanci del SSR

Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN

Predisposizione dell'atto deliberativo di approvazione del PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN), delle relative azioni attuative di monitoraggio della spesa (Rete Oncologica: COLON, MAMMELLA, CERVICE, RETTO)

11 - AT

Dott. Vitiello Antonio
email: antonio.vitiello@unina.it -
Tel.: 3239

Predisposizione dell'atto deliberativo di approvazione del PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN), delle relative azioni attuative di monitoraggio della spesa (Rete Oncologica: COLON, MAMMELLA, CERVICE, RETTO)

Obiettivo finale: SI



Osservazioni

Obiettivo raggiunto
Aggiornamento al 30/09/2017 inviato in Regione il 23/10/2017

Sistema CUP

Sistema CUP

Sistema CUP - Monitoraggio e invio alla Regione di:

- Numero dei punti di accettazione
- Numero di prenotazione nell'anno 2017
- Misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate
- Abbandono del paziente

13 - AU

Ing. Toscano Guglielmo
email: toscano@unina.it - Tel.:
4223

Fornire i seguenti indicatori di performance per singolo CUP :
Percentuale di appuntamenti drop-out,
Percentuale di non risposta



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Salute Mentale

Alimentazione e trasmissione dati di assistenza salute mentale (NSIS-SISM)

NSIS-SISM

14 - AAB

Prof. De Bartolomeis Andrea
andrea.debartolomeis@unina.it -
Tel.: 3673 - 3662745592

Dott. Iasevoli Felice
email: felice.iasevoli@unina.it -
Tel.:

Inserimento dati sulla piattaforma SISM con diagnosi di apertura valorizzata secondo classificazione internazionale

Obiettivo finale: Ottenimento delle credenziali per l'accesso al portale NSIS-SISM - Alimentazione e trasmissione dei dati attraverso la piattaforma SISM



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Criticità

Impossibile accesso al portale NSIS-SISM per inserimento dei dati e completamento dell'adempimento LEA. Allo scopo di risolvere la criticità l'AOU ha inviato, a mezzo postapecc, richiesta protocollata (n. prot. 007881 - 08/05/2017) al Dir. Generale So.Re.Sa. per ottenimento credenziali suddette

Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN

Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012

Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012

16 - AAM

Dott. Lo Castro Natale
email: natale.locastro@unina.it -
Tel.: 3577

Obiettivo finale: Rispetto degli standard



Osservazioni

Obiettivo raggiunto

Atto aziendale
Allegato n.1 alla Delibera n. 229 del 28/03/2017



Telemedicina
Telemedicina

**Telemedicina - Assicurazione debiti
informativi - Questionario di rilevazione
17 - AAO**

Dott.ssa Cuccaro Patrizia
email: patriziacuccaro@hotmail.it
- Tel.: 4373

Assicurazione debiti informativi -
Questionario di rilevazione
**Obiettivo finale: Questionario
rivelazione**



Osservazioni

Verificare quanto riscontrato nota
regionale maggio 2017

5. Criteri di ripartizione dei fondi

L'UOC Gestione Risorse Umane, constatata l'avvenuta costituzione delle risorse di bilancio destinate agli incentivi, ha predisposto la deliberazione avente ad oggetto la costituzione dei Fondi riservati al Personale di Comparto, distinti per il settore universitario e per quello aziendale, nonché dei Fondi riservati al personale dell'area della Dirigenza medico-veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, distinti anch'essi per il personale universitario e per il personale aziendale. I Fondi, al termine delle procedure di valutazione, vengono ripartiti tra i rispettivi aventi diritto, in proporzione all'entità del punteggio da ciascuno conseguito ed è vietata l'elargizione, sotto qualsiasi forma, di acconti o anticipazioni.

6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance: fasi, soggetti e tempi

Il Processo di redazione della presente Relazione si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda. I principali soggetti intervenuti nell'ambito della definizione della Relazione sono:

- Direzione Aziendale
- P.O. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione, che ha materialmente redatto il presente Documento.

7. Allegati alla Relazione della Performance 2017:

- Allegato 1: schede Obiettivi suddivise per DAI anno 2017
- Allegato 2: schede Obiettivi suddivise per UUOCC Tecniche e Amministrative e Sanitarie e Staff Direzione Strategica anno 2017