

Piano della performance AOU “Federico II” di Napoli anni: 2020-2022

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

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
1.1 Finalità del Piano	3
1.2 Contenuti del Piano	4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	5
2.1 L’AOU “Federico II”	5
2.2 L’attività dell’AOU “Federico II”	5
3. IDENTITÀ	7
3.1 L’amministrazione “in cifre”	7
3.2 Mandato istituzionale e Missione	12
3.3 Visione dell’Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale	13
3.4 Albero della performance	15
3.5 Un ulteriore strumento per la misurazione e valutazione delle performance : il Cruscotto Direzionale Multidimensionale	17
4. ANALISI DEL CONTESTO	20
4.1 Analisi del contesto esterno	20
4.2 Analisi del contesto interno	21
5. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI	22
6. OBIETTIVI STRATEGICI	23
7.1 Obiettivi di cui alla Delibera di nomina del Direttore Generale DGR n. 374 del 06/08/2019 23	
6.1.1 Obiettivi di carattere generale	23
6.1.2 Obiettivi specifici	23
7.2 Obiettivi Strategici e Obiettivi specifici definiti a livello aziendale e/o recepiti da disposizioni regionali e/o ministeriali	30
7. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI – IL CICLO DELLA PERFORMANCE	37
7.1 La valutazione del personale	38
7.2 L’Organismo Indipendente di valutazione della performance	40
8. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	41
8.1 Processo di redazione del Piano	41
8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	42
8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	42
9. ALLEGATI TECNICI	42

PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

1.1 Finalità del Piano

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

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

Il Piano, in assenza di linee guida specifiche successive alla cosiddetta “Riforma Madia”, viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CiVIT) (ora Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC), con la Delibera n. 112/2010, ed in riferimento alle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017. Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- 2) collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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

- a) nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento delle Pubbliche Amministrazioni, definite attraverso l’atto aziendale di cui all’art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii..

Nel recente D.lgs. 74/2017 sono stati evidenziati alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell’anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

1.2 Contenuti del Piano

Il presente Piano si articola – in coerenza alle disposizioni del D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii., alle indicazioni CiVIT (ora ANAC) e alle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017, nelle seguenti parti:

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

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

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

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

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

2.1 L'AOU "Federico II"

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

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

- dall'art. 6 del D. L.vo 502/92;
- dall'art. 16 della L. Regionale n° 32 del 03/11/94;
- dal D. L.vo n° 517 del 21/12/99 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
- dal DPCM 24/05/01 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
- dal Protocollo d'Intesa, vigente, fra Università Federico II e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Scuola di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione;
- dalla normativa vigente nazionale e regionale inerente la programmazione della Rete Ospedaliera e lo sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria, integrata con il Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale.

Essa 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"* adempiendo in modo unitario ed inscindibile alle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

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

2.2 L'attività dell'AOU "Federico II"

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

Inoltre, essa è sede della Scuola di Medicina e Chirurgia e di varie Scuole di Specializzazione medico-chirurgiche.

Per quanto concerne le attività relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie, le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di day-hospital e le attività ambulatoriali, in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e

odontostomatologica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

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

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

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

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

Nell'AOU "Federico II" di Napoli si svolgono "*altre attività*" che la caratterizzano rispetto alle altre aziende ospedaliere della Regione Campania quali, ad esempio, quelle connesse:

1. alla presenza di **Centri di riferimento regionali**, istituiti con Deliberazioni regionali, caratterizzati da particolari e rare competenze e costituenti polo attrattivo regionale ed extraregionale;
2. alla presenza del Ceinge nell'ambito del complesso di Cappella Cangiani, che eroga prestazioni diagnostiche in favore dell'AOU e altre aziende regionali e nel quale l'AOU "Federico II" detiene una quota del 60%;
3. alla contemporaneità dello svolgimento anche della attività di **didattica** e di **ricerca**.

3. IDENTITÀ

3.1 L'amministrazione "in cifre"

La struttura organizzativa

L'art. 3 del Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli pubblicato sul BURC n. 42 del 27.06.2016, Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 48 del 10.06.2016, prevede che l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda siano disciplinati con atto aziendale di diritto privato, in cui vengono individuati i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), quale modello organizzativo e strumento di gestione operativa, volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

La dotazione di posti letto è determinata dal Piano Ospedaliero Regionale, di cui al DCA n.33/2016 e ss.mm.ii. e dal Protocollo di Intesa Regione Campania/Università Federico II 2016-2018, di cui al DCA n.48/2016 che attribuiscono all'AOU Federico II n. 829 posti letto nonché dalla nota prot. 167 del 12/01/2017 con cui il Commissario ad Acta ha attribuito ulteriori n. 25 Posti letto all'AOU Federico II rispetto a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa 2016/2018. Risultano, quindi, complessivamente n. 854 di cui n. 3 soppressi con DCA n. 5/2018 di approvazione del Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 (e riconfermato dal DCA n. 103/2018) per un totale di n. 851 posti letto.

Il precedente Protocollo d'intesa 2011-2013 attribuiva all'AOU n. 936 posti letto. Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di 85 posti letto.

La struttura organizzativa è definita nell'Atto Aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 229 del 28/03/2017:

Tabella 1: Strutture organizzative (*)

Strutture	Numero
DAI	11
UOC amministrative	7
UOC sanitarie (**)	59
UOS	61
UOSD	27
Programmi	110

(*) Aggiornamento al 01/11/2019

(**) Sono compresi i servizi centrali sanitari

Tabella 2: Dipartimenti assistenziali ad attività integrata

DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA' INTEGRATA (DAI)
1. TESTA-COLLO
2. ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE
3. MATERNO INFANTILE
4. MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE
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. SANITA' PUBBLICA , FARMACOUTILIZZAZIONE E DERMATOLOGIA
11. CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIE SPECIALISTICHE, DEI TRAPIANTI DI RENE, NEFROLOGIA, CURE INTENSIVE E DEL DOLORE

L'A.O.U. "Federico II" ha effettuato nel 2017, 2018 e 2019 in maniera, integrata con l'attività didattica e scientifica, i seguenti volumi di attività assistenziale istituzionale:

Tabella 3: Dati di attività

	2019	2018	2017
casi RO	23.104	23.400	23.962
giornate di degenza RO	152.343	164.696	170.065
accessi DH	99.542	104.985	103.178
prestazioni ambulatoriali (visite)	496.709	540.513	431.202

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

Infatti, il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, che definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, stabilisce che possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse".

Pertanto nell'AOU si osserva una riduzione dei ricoveri ordinari con una riduzione delle giornate di degenza più che proporzionale, da ricondurre allo spostamento di alcune attività da un regime assistenziale all'altro, ovvero dalle attività in RO al regime in DH e da quest'ultimo alle prestazioni ambulatoriali, finanche all'assistenza territoriale nel caso di pazienti cronici.

La rimodulazione dell'offerta verso l'utilizzo di più appropriati setting assistenziali comporta un incremento della percentuale di appropriatezza dei ricoveri.

Il personale

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

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

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

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

Tabella4: dotazione organica al 31.12.2019

	a-Dirigenti Medici		b-Dirigenti sanitari non medici		c-Dirigenti tecnici-professionali-amministrati		d-Infermieri		e-Amministrativi		f-Tecnici non sanitari		g-Tecnici sanitari		h-Ausiliari		null		Totale	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	2	2,0	0	0,0	1	1,0	29	29,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	34,0
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	9	7,8	10	8,1	0	0,0	10	9,8	8	7,0	0	0,0	14	10,4	0	0,0	0	0,0	51	43,0
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	2	1,2	6	5,9	0	0,0	34	34,3	45	45,1	3	3,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	92	91,5
Contrattisti storici	13	11,3	11	11,0	1	0,6	1	1,0	0	0,0	1	1,0	13	13,1	0	0,0	0	0,0	40	38,0
Convenzionati Anestesisti	12	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	5,3
Convenzionati CNR	10	3,6	4	0,8	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	4,6
Convenzionati Interinali	0	0,0	0	0,0	0	0,0	45	44,9	15	15,0	19	18,9	10	10,0	27	27,0	0	0,0	116	115,8
Convenzionati Neonatologi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,0	0	0,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	9,0
Dotazione Universitaria	349	238,7	48	35,9	22	21,5	263	263,0	111	110,4	40	40,0	36	35,1	17	17,0	1	0,7	887	762,3
Dotazione a tot. carico Aziendale	154	146,0	29	27,5	4	4,0	413	411,5	38	30,2	5	4,5	76	76,0	51	51,0	1	1,0	771	751,6
Ex-Gettonati	95	93,9	22	21,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	117	115,7
Specialista Ambulatoriale	104	96,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	106	97,8
r-Altre Convenzioni	3	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0
Totale	753	606,7	132	113,0	29	27,3	799	797,5	218	208,7	74	73,4	151	146,5	95	95,0	2	1,7	2.253	2.069,7

Tabella 5: variazione dotazione organica biennio 2018 – 2019

	31/12/2018		31/12/2019		variazione dotazione organica	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	36	36	34	34	-6%	-6%
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	79	64,0	51	43,0	-55%	-49%
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	99	98,7	92	91,5	-8%	-8%
Contrattisti storici	120	116,7	40	38,0	-200%	-207%
Convenzionati Anestesisti			12	5,3	100%	100%
Convenzionati CNR	13	4,6	15	4,6	13%	0%
Convenzionati Interinali	122	121,8	116	115,8	-5%	-5%
Convenzionati Neonatologi			9	9,0	100%	100%
Dotazione Universitaria	966	835,3	887	762,3	-9%	-10%
Dotazione a tot. carico Aziendale	559	543,9	771	751,6	27%	28%
Ex-Gettonati	125	124,2	117	115,7	-7%	-7%
Specialista Ambulatoriale	114	101,9	106	97,8	-8%	-4%
r-Altre Convenzioni	1	0,2	3	1,0	67%	84%
Totale	2.234	2.047,3	2.253	2.069,7	1%	1%

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

3.2 Mandato istituzionale e Missione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le attese sullo sviluppo socio-economico rappresentano il sistema di riferimento per i bisogni collegati alle scelte pubbliche sulla copertura assistenziale, sui livelli di assistenza minimi e sulla

sopravvivenza economica del sistema regionale; il principale portatore di tale interesse è, in tal senso, rappresentato dalla Regione Campania.

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

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

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

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

Il contemperamento delle diverse attese da parte dei portatori di interesse genera un sistema complesso di vincoli e opportunità all'interno del quale l'AOU "Federico II" deve individuare le tendenze più rilevanti che si riflettono con maggior forza sul funzionamento e sullo sviluppo dell'azienda stessa e deve, quindi, operare delle scelte al fine di raggiungere i propri fini istituzionali.

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

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

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

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

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

documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicite in favore delle donne. L'A.O.U. si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e streaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

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

3.4 Albero della performance

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

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

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

La base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance è rappresentata dalla DGR n. 586 del 21/11/2019 "Presca d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento", dal DCA N. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018, dal Protocollo di Intesa tra Regione ed Università 2016 - 2018, dal DCA n. 98 del 20.09.2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana", unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria.

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

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

- 1° Livello: Aree Strategiche
- 2° Livello: Obiettivi Strategici Aziendali
- 3° Livello: Obiettivi Operativi/Specifici

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

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

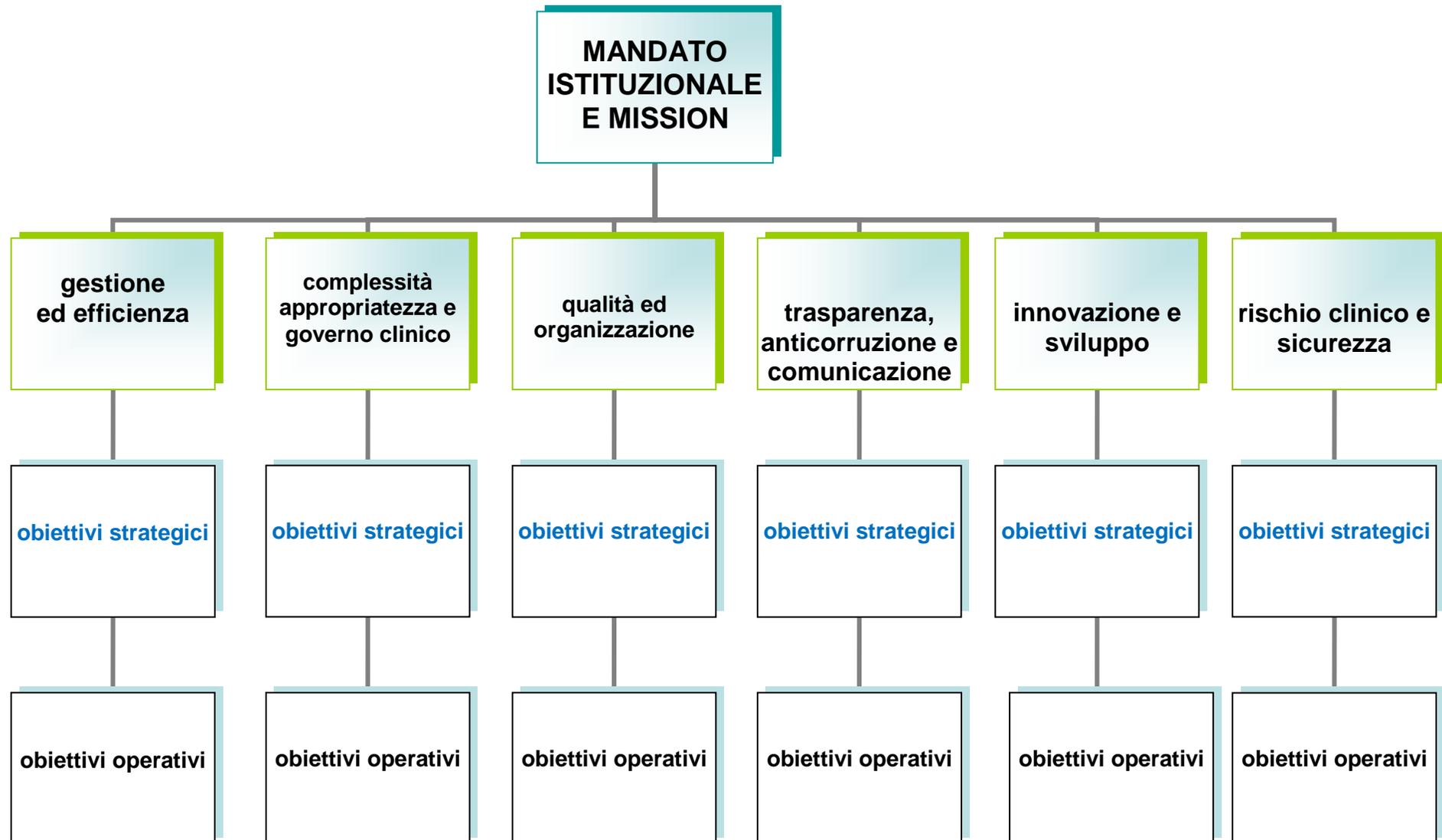
Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

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

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

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

Figura 1: Albero della Performance



3.5 Un ulteriore strumento per la misurazione e valutazione delle performance : il Cruscotto Direzionale Multidimensionale

All'interno dell'A.O.U. Federico II nel corso dell'anno 2018 è stato implementato un cruscotto direzionale che ha lo scopo di rendere maggiormente visibili i meccanismi di determinazione dei risultati aziendali e quindi fornire lo stimolo per migliorare non solo le performance valutate singolarmente, ma l'intero sistema di risultati economici, finanziari, di didattica, ricerca ed assistenziali che, inevitabilmente, si integrano tra loro e determinano il livello di qualità di servizi che un'Azienda Ospedaliero Universitaria offre nella sua complessità.

Le finalità prioritarie di detto cruscotto sono:

- supportare la Direzione Strategica, le Direzioni dei DAI nonché i responsabili delle principali unità operative assistenziali nell'elaborazione dei processi decisionali strategici;
- favorire la validazione delle scelte strategiche intraprese e il monitoraggio dell'attuazione delle strategie aziendali attraverso il controllo di alcuni indicatori, quali espressione dello stato avanzamento dei progetti strategici chiave;
- valutare le performance aziendali e le dinamiche organizzative attraverso una logica *drill down*, ovvero indicatori che supportano, con approfondimenti successivi, la possibilità di esplorare tutta la gerarchia di fenomeni sottostanti;
- consentire di monitorare in modo congiunto le performance aziendali sotto il profilo assistenziale, di didattica e ricerca;
- offrire una visione dei dati e delle informazioni in ottica longitudinale per un confronto nel tempo delle performance dell'Azienda.

I requisiti del Cruscotto Direzionale Multidimensionale dell'AOU "Federico II" sono:

- **completezza**: il sistema misura tutte le parti nelle quali si può suddividere il concetto di valore creato dall'Azienda, basandosi non solo su fattori economico/finanziari ma allargando la visuale ad altri parametri;
- **rilevanza**: il sistema deve essere legato ai processi decisionali dell'Azienda, gli indicatori devono essere idonei a rappresentare grandezze significative per la misurazione del valore e del grado di raggiungimento degli obiettivi strategici;
- **flessibilità**: il sistema si deve poter adattare alle esigenze della misurazione, esigenze variabili con notevole rapidità in quanto legate alla dinamicità dei fenomeni aziendali da monitorare e ai cambiamenti dell'ambiente esterno e della strategia d'impresa;
- **comprensibilità**: il sistema deve poter essere trasferito all'interno dell'organizzazione con un linguaggio ed un livello di rifinitura adatti alle esigenze degli utenti (informazioni leggibili e di facile interpretazione). In tal modo tutta l'azienda ha la cognizione degli obiettivi di performance, delle variabili critiche che la determinano e dei risultati prodotti dalle attività e dai processi realizzati nell'impresa;
- **organizzazione gerarchica**: il sistema deve consentire di analizzare i dati a più livelli di dettaglio mediante operazioni di *drill-down* (disaggregazione del dato: una volta visualizzato il dato complessivo lo si espone ad un maggior livello di dettaglio) e *roll-up* (aggregazione del dato: è l'operazione inversa alla precedente e consente di ridurre il livello di dettaglio del dato).

Altre caratteristiche importanti che contraddistinguono il cruscotto direzionale dell'AOU "Federico II" sono:

- la **tempestività**, cioè la capacità di produrre e trasmettere informazioni nei tempi più opportuni rispetto ai processi decisionali: un dato preciso ma tardivo è sicuramente più dannoso di uno impreciso (conoscendo il valore dell'approssimazione e accettandolo in

funzione del livello aziendale in cui si necessita dell'informazione) ma immediato, poiché permette comunque un intervento tempestivo;

- la **frequenza di aggiornamento dei dati**, da decidere in base al tipo di informazione richiesta;
- l'**affidabilità**, cioè la garanzia che i dati contenuti nel sistema siano raccolti, elaborati ed integrati conformemente alle norme stabilite dalle regole procedurali aziendali;
- la **comparabilità**, cioè la possibilità di disporre di dati che permettano un raffronto omogeneo sia interno che esterno.

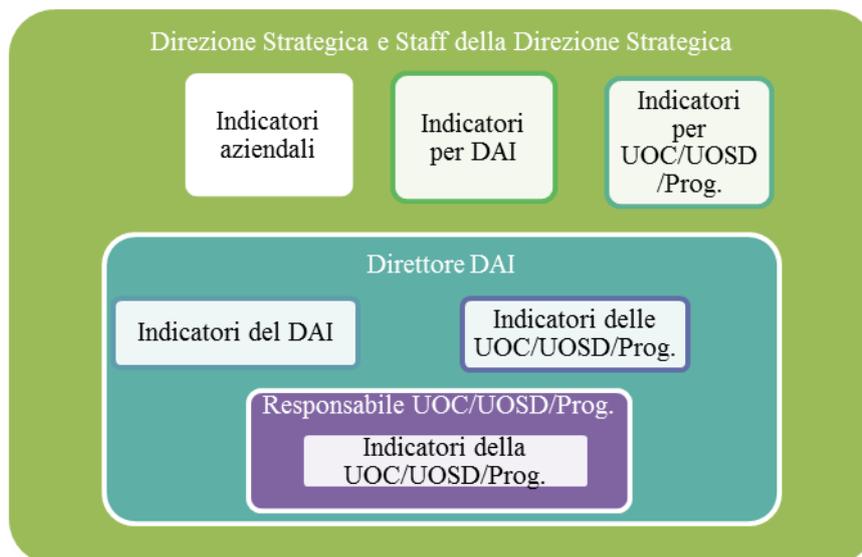
Il progetto del cruscotto contempla **tre livelli di analisi**:

- analisi a **livello aziendale**: vengono monitorati gli indici sintetici di performance dell'Azienda nel suo complesso;
- analisi a **livello Dipartimentale**: vengono monitorati gli indici di performance dei singoli Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI);
- analisi a **livello di UOC/UOSD/Programmi**: vengono monitorati gli indici di performance realizzate da ciascuna Unità Operativa.

Prevede, inoltre, l'accesso da parte delle sotto elencate quattro categorie di utenti con un set di informazioni differenziato per ognuna delle categorie.

- a) **Direzione Strategica**: ha accesso a tutte le informazioni contenute nel cruscotto direzionale, sia a livello dipartimentale, sia a livello di Unità Operative;
- b) **Staff della Direzione Strategica**: al pari della Direzione Strategica, può essere inteso come “*super utente*” con possibilità di consultazione integrale del Cruscotto direzionale;
- c) **Direttore DAI**: ha accesso agli esiti della misurazione della performance solo con riferimento al proprio DAI nonché alle Unità Operative afferenti al DAI di riferimento;
- d) **Responsabile UOC/UOSD/Programma**: ha accesso agli esiti della misurazione della performance della propria UOC/UOSD/Programma.

Figura 2 - Livelli di analisi e tipologia di customer



Processo di definizione del Bersaglio

La costruzione del bersaglio ha seguito le seguenti fasi:

1. Individuazione delle aree strategiche ovvero aggregazioni di misure riferite ad aree di risultato significative da monitorare e definizione della struttura e delle dimensioni del cruscotto direzionale;
2. Selezione degli indicatori;
3. Definizione della soglia (o range) per ciascun indicatore;
4. Misurazione dell'indice sintetico di performance di area;
5. Misurazione dell'indice sintetico di performance complessiva.

Gli indicatori sono il punto di arrivo di un processo logico e razionale di orientamento dei comportamenti voluto dalla Direzione aziendale. **La scelta degli indicatori rappresenta un processo organizzativo delicato, in quanto fornisce indicazioni e orientamenti chiari sugli obiettivi dell'organizzazione e sulle modalità che devono essere utilizzate per la valutazione delle performance in termini multidimensionali.**

Definizione delle aree

Il primo passo per lo sviluppo della metodologia è stato la definizione delle diverse aree di analisi e/o monitoraggio:

1. **LEA:** indicatori volti a sintetizzare le performance conseguite nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
2. **Programma Nazionale Esiti** (volumi, procedure/mortalità): monitoraggio degli esiti degli interventi sanitari segnalando eventuali aree critiche di intervento;
3. **Efficacia ed efficienza** indicatori volti a sintetizzare le performance conseguite nello svolgimento dell'attività assistenziale di ricovero;
4. **Linee Progettuali:** monitoraggio dello stato di avanzamento della spesa e delle attività progettuali svolte (DCA 134/2016 E DCA 74/2017);
5. **Valore delle attività:** monitoraggio sullo scostamento nella valorizzazione di ricoveri ordinari e day hospital;
6. **Dotazione organica:** monitoraggio dei processi di *exit* del personale aziendale e del relativo mutamento del fabbisogno necessario a garantire i Livelli essenziali di assistenza;
7. **Liste di attesa:** monitoraggio ed individuazione di strumenti volti all'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
8. **Consumi:** monitoraggio dei consumi per magazzino (in particolare farmaci e dispositivi medici) e del "Fondo farmaci innovativi (oncologici e non)" rapportato alle attività erogate dai Dipartimenti assistenziali;
9. **Flussi informativi:** monitoraggio delle scadenze dei debiti informativi gravanti in capo all'Azienda riepilogati in apposita mappa adottata con apposita deliberazione da parte della Direzione aziendale;
10. **Didattica e ricerca:** monitoraggio dei percorsi di didattica e ricerca attivati integrati con l'assistenza.

La misurazione della performance nell'ambito delle dieci aree tematiche sopra elencate individua i risultati conseguiti dall'Azienda.

4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

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

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

Oltre al contesto demografico è stato esaminato anche il contesto socio - economico che rende la Campania una regione assai peculiare nel panorama italiano.

Infatti, essa risulta tra la regioni con il più basso tasso di occupazione e con alti livelli del tasso di disoccupazione (globale e giovanile). Nel 2017 la Campania ha fatto registrare un tasso di disoccupazione del 20,9%, tra i più alti delle regioni del sud Italia.

In relazione al contesto sociale è possibile esaminare un indicatore sintetico di deprivazione rappresentato dalla quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito: non riuscire a sostenere spese impreviste; avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo); non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di una televisione a colori, o di un telefono, o di un'automobile.

Nel 2017 in Italia si riduce in misura decisa la quota di persone che vivono in famiglie gravemente deprivate (10,1%, due punti percentuali in meno rispetto al 2016). Le incidenze più elevate si registrano in Sicilia e Campania (oltre un milione di individui)¹.

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

Come detto in precedenza, i rapporti con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II e la Regione Campania sono disciplinati da uno specifico Protocollo di Intesa atto a "disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali". Il protocollo, attualmente vigente, ha dovuto adeguarsi all'Accordo per il Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Campania siglato il 13 marzo 2007 (poi recepito con Deliberazione della Giunta Regionale - DGR 460 del 20 marzo 2007), proseguito attraverso il Programma Operativo 2010 (Decreto del Commissario ad Acta - DCA 41 del 14 luglio 2010), il Programma Operativo 2011-2012 (DCA 45 del 20 giugno 2011) ed il Programma Operativo 2013-2015 (DCA 108 del 10 ottobre 2014). Tali Programmi hanno previsto:

- 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;

¹ Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo Edizione 2019, www.istat.it

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

Nel triennio successivo alla adozione del suddetto Protocollo l'AOU ha comunque di anno in anno recepire le indicazioni dei Piani Ospedalieri di volta in volta emanati dalla Regione.

Attualmente, sono in vigore dalla DGR n. 586 del 21/11/2019 "Presca d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento" e il DCA N. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018.

4.2 Analisi del contesto interno

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

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

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

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

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

Il protocollo di Intesa tra Regione e Università prevede che l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sia disciplinato con atto aziendale, all'interno del quale sono individuate le strutture operative che partecipano alla costituzione dei DAI (dotati di autonomia gestionale), quale strumento di gestione operativa dell'Azienda volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

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

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

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

5. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI

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

- Delibera della Giunta Regionale n. 374 del 06/08/2019 “Nomina Direttore Generale dell'azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli;
- Delibera della Giunta Regionale n. 586 del 21/11/2019 “Preso d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento”
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 “Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 1/03/2017 “Programma Operativo 2016-2018”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 28/12/2018 “Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018 “Piano triennale 2019 – 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2 c. 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- Protocollo di intesa Regione – Università 2016 - 2018, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.

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

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

6. OBIETTIVI STRATEGICI

Le prospettive e le scelte strategiche che l’Azienda intende effettuare per il triennio 2020 – 2022 sintetizzate, quantitativamente, nel bilancio di previsione, tengono conto di una serie di elementi quali:

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

7.1 Obiettivi di cui alla Delibera di nomina del Direttore Generale DGR n. 374 del 06/08/2019

6.1.1 Obiettivi di carattere generale

- a) adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi, ed il rispetto del Protocollo di Intesa;
- b) raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria;
- c) predisposizione e l’attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;
- d) adozione e l’attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);
- e) prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- f) rispetto dei tempi di pagamento.

6.1.2 Obiettivi specifici

- a) erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta ‘Griglia LEA’ - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nella tabella A) seguente o dei nuovi obiettivi fissati dal “Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza” a far data dalla loro adozione;
- b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- c) continuità, completezza e qualità nell’alimentazione dei flussi informativi;
- d) obiettivi tematici di cui alla tabella 9 allegato B) seguente.

TABELLA 6: allegato A) Obiettivi "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA

N.	Definizione		target 2018 (valore di riferimento)	valore realizzato anno 2018 ²	target obiettivi DG 2020 -2022	target 2020	target 2021	target 2022	NOTE
1	1.1 Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2018	- 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.	16	22	16	16 (-27,3%)	16	16	L'obiettivo richiede mantenimento per l'intero mandato del valore target. Pertanto, si auspica per il 2020 di ridurre il n. RO rispetto al 2018 e di mantenere il valore negli anni successivi
	1.2 Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018	- 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: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 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: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.	174	297	174	174 (- 41,4%)	174	174	L'obiettivo richiede mantenimento per l'intero mandato del valore target. Pertanto, si auspica per il 2020 di ridurre il n. RO rispetto al 2018 e di mantenere il valore negli anni successivi
2	2.1 Riduzione del 70% nell'arco l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018	Ricoveri anno 2018 = 11.782	11.782	12.539	- 8.777 (-70%)	- 1.865 (-15%)	- 3.140 (-25%)	- 3.765 (-30%)	L'obiettivo richiede una riduzione da realizzare nell'arco dell'intero mandato. Pertanto, la riduzione è stata spalmata su tre anni in misura diversa.
	2.2 Riduzione del 70% nell'arco dell' intero mandato degli accessi di tipo medico rispetto all' anno 2018	Numero di accessi di tipo medico anno 2018 = 71.851	71.851	91.957	- 50.296 (-70%)	- 10.778 (-15%)	- 17.963 (-25%)	- 21.556 (-30%)	L'obiettivo richiede una riduzione da realizzare nell'arco dell'intero mandato. Pertanto, la riduzione è stata spalmata su tre anni in misura diversa.
3	Mantenimento rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Rapporto anno 2018= 0,21	< o = 0,21	0,27	< o = 0,21	= 0,21 (- 22,2%)	< o = 0,21	< o = 0,21	L'obiettivo richiede mantenimento per l'intero mandato del valore target. Pertanto, si auspica per il 2020 di ridurre il rapporto rispetto al 2018 e di mantenere o ulteriormente ridurre il valore negli anni successivi
4	Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	Dati secondo protocollo LEA: 142/826= 17,2%	valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	mantenimento valore anno 2018	mantenimento o valore anno 2018	mantenimento valore anno 2018	
5	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore >= 60,00%	>= 60,00%	13/18=72,2%	>= 60,00%	>= 60,00%	>= 60,00%	>= 60,00%	

² i dati sono estratti al 17.01.2020 pertanto, a seguito del consolidamento della chiusura delle SDO, potrebbero risultare lievemente differenti rispetto ai dati dell'ultima relazione sugli adempimenti LEA trasmessa in Regione alla data di verifica degli adempimenti stessi. Si riporta, comunque, un dato consolidato che rappresenta il punto di partenza per definire gli obiettivi per il triennio 2020 - 2022.

Al 31/12/2018 si registra un trend positivo nel corso del triennio 2016 – 2018 rispetto al 2015 (anno di riferimento).

Le maggiori difficoltà sono state incontrate in particolare per i seguenti adempimenti:

1. Accessi di tipo medico;
2. Day Hospital Medico diagnostici;
3. Ricoveri Ordinari in età adulta (≥ 18) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
4. DRG ad elevato rischio di inappropriatazza.

Per questi l'Azienda ha dovuto intraprendere un percorso di miglioramento condiviso con i singoli responsabili di Unità Operativa, come ad esempio:

- Avviare una procedura volta alla conversione di quei Day Hospital medico diagnostici con un unico accesso nei quali vengono essenzialmente svolti prelievi o visite di follow up in prestazioni ambulatoriali;
- Convertire i Day Hospital medico diagnostico in Day Hospital di tipo riabilitativo nel caso di riabilitazione respiratoria in pazienti con fibrosi cistica;
- Avviare ulteriori percorsi diagnostici ambulatoriali.
- Al fine di monitorare l'appropriatezza del ricorso al parto cesareo e contenere il fenomeno, l'Azienda ha introdotto la classificazione di "Robson" (DCA n.155 del 16/11/2016).

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

- 34 centri di riferimento Regionale per malattie rare che svolgono un'attività prettamente diagnostica;
- 1 centro di riferimento Regionale per l'HIV che svolge attività secondo quanto previsto nel PDTA Regionale che prevede per questa tipologia di pazienti un'attività assistenziale erogabile principalmente in Day Hospital

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

Tabella 7: Adempimenti LEA 2018

Indicatore	n. casi anno 2018	n. casi anno 2015	Delta	Target Obiettivo DG
Ricoveri Ordinari in età pediatrica (<18) per: asma e gastroenterite	22	30	-26,7 %	-30,0%
Ricoveri Ordinari in età adulta (>=18) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	297	200	48,5 %	-10,0%
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	12.539	14.341	-12,6 %	-30,0%
Accessi di tipo medico	91.957	85.045	8,1 %	-25,0%

Tabella 8: Adempimenti LEA 2018

Indicatore	n. casi numeratore anno 2018	n. casi denominatore anno 2018	Rapporto	Target Obiettivo DG
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	4.607	17.264	26,7 %	<= 21,0%
Pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	13	18	72,2 %	>= 60,0%
Parti cesarei primari corretto (indicazioni protocollo LEA)	142	826	17,2 %	20,01% <=x<=24,00%

TABELLA 9: allegato B) Obiettivi Tematici

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici
NUMERATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
DENOMINATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery . Sono esclusi : I dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD)- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile).
RIFERIMENTO	> 25%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione . Codifiche ICD-9 CM ; codici di procedure da 00 a 86 Reparto di ammissione: a) chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia , 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) b) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia : selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: I trapiantati (DRG 103,302,480,481,495,512,513 Pancreas: intervento principale 528) I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento ; i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	1,4 giorni
FONTE	Sistema Informativo Sdo
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
NUMERATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
DENOMINATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario di riabilitazione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	<= 20%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Flussi informativi NSIS
DEFINIZIONE	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9- CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e intervento principale cod. ICD - 9- CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.
RIFERIMENTO	L'obbligo del rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS deve essere garantito per l'intero mandato
FONTE	Nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Programma Nazionale ESITI (PNE)
DEFINIZIONE	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO
NOTE PER L'ELABORAZIONE	AUDIT di verifica della qualità di codifica
RIFERIMENTO	Grado di adesione alle richieste del Gruppo tematico Regionale " Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO"
	≥ 80% primo anno
	100% anni successivi
FONTE	Relazione del Gruppo tematico in merito al grado di adesione
LIVELLO	Azienda di erogazione

Tabella 10: Indicatori tematici 2018

Indicatore	n. casi numeratore anno 2018	n. casi denominatore anno 2018	Rapporto	Target Obiettivo DG	Note per l'elaborazione
Ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	4.084	16.367	25,0 %	< 25,0%	Sono considerate le specialità chirurgiche 06,07,09,10,11,12,13,14,30,34,35,36,38,43,76,78,98. Sono esclusi i dimessi con DRG 470 e i dimessi con intervento principale di litotripsia (985_).
Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	12.476	7.739	1,6	1,4 gg	Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione con reparto di ammissione chirurgico o con DRG chirurgici di pediatria e ostetricia e ginecologia. Sono esclusi i trapianti.
Dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani	187	2.595	7,2 %	<= 5,0%	Ricoveri in Regime Ordinario per acuti (escluso cod. 56,75,28 e 60) con età >= 65
Colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	28	213	13,2 %	10,0%	Ricoveri in regime di ricovero diurna e programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione con DRG 493, 494.
Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	703	18.930	3,7 %	3,7%	Ricoveri ripetuti: stesso CF e stessa MDC di un precedente ricovero e tempo tra ammissione e precedente dimissione <= 30 giorni. Sono esclusi i ricoveri con reparto di ammissione 40_,28_,56_,60_75_ , con DRG 409, 410, 492, con modalità di dimissione 5,6,7,8.

7.2 Obiettivi Strategici e Obiettivi specifici definiti a livello aziendale e/o recepiti da disposizioni regionali e/o ministeriali

Tabella 11: obiettivi dell'area della gestione e dell'efficienza

Area della gestione e dell'efficienza		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Rispetto della tempistica di trasmissione flussi di schede di dimissione ospedaliera (SDO) alla Regione	Trasmissione flussi SDO entro 30 giorni dalla dimissione	DAI medici e chirurgici Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Razionalizzazione della spesa farmaceutica (DCA n. 99 del 14/12/2018)	Miglioramento dell'appropriatezza nel consumo dei farmaci (utilizzo farmaci equivalenti, biosimilari ed antibiotici)	UOC Farmacia centralizzata DAI medici e chirurgici
	Implementazione sistema di monitoraggio sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi	UOC Farmacia centralizzata DAI medici e chirurgici
	Verifica trimestrale sulle scorte di magazzino di tutte le strutture	DAI medici, chirurgici, diagnostici e laboratorio UOC Farmacia centralizzata UOC Gestione economico finanziaria
	Monitoraggio del funzionamento dell'UFA e rilevazione del risparmio realizzato con il recupero degli scarti rispetto alla dose singola	UOC Farmacia centralizzata
	Controllo dell'appropriatezza prescrittiva - aderenza alle procedure aziendali	UOC Farmacia centralizzata
Efficienza nella gestione del patrimonio edile/tecnico aziendale	Attuazione degli interventi edilizi presso strutture preesistenti o da realizzare con fondi ex art.20 resi disponibili; Redazione Piano di Manutenzione ordinaria	UOC Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico

<p>Ottimizzazione nell'utilizzo delle sacche di sangue</p> <p>Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale</p>	<p>Implementazione delle azioni necessarie per una maggiore tracciabilità delle sacche, nonché ottimizzazione dei tempi di consegna e restituzione delle stesse al fine di evitare sprechi</p> <p>Adottare strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".</p>	<p>DAI Medicina di Laboratorio e Medicina Trasfusionale</p> <p>Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali</p>
<p>Ottimizzazione dei tempi di refertazione</p>	<p>Ottimizzazione dei tempi di refertazione dei servizi diagnostici e di laboratorio</p>	<p>DAI Oncoematologia, Diagnostica per Immagini e Morfologica e Medicina Legale</p> <p>DAI di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale</p>
	<p>Riduzione tempi di refertazione delle prestazioni di Genetica Medica</p>	<p>DAI Medicina di Laboratorio e Medicina Trasfusionale</p>
	<p>Riduzione tempi di refertazione delle prestazioni di Farmacologia Clinica e Tossicologia</p>	<p>DAI di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia</p>
<p>Efficienza nella gestione dei pagamenti alle ditte fornitrici</p>	<p>Riduzione dei tempi medi di pagamento ai fornitori</p>	<p>UOC Gestione economico finanziaria</p>
<p>Ottimizzazione tempi dei processi tecnico - amministrativi</p>	<p>Riduzione dei tempi di reclutamento del personale</p>	<p>UOC Gestione Risorse Umane</p>
	<p>Riduzione dei tempi di approvvigionamento beni e servizi</p>	<p>UOC Gestione e Acquisizione beni e servizi</p>
	<p>Riduzione dei tempi di effettuazione lavori e dei tempi della manutenzione ordinaria e straordinaria</p>	<p>UOC Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico</p>
	<p>Riduzione dei tempi di manutenzione strutture e apparecchiature</p>	<p>UOC Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico e PO Ingegneria clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA</p>

Tabella 12: obiettivi dell'area dell'appropriatezza, della complessità e del governo clinico

Area dell'appropriatezza, della complessità e del governo clinico		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Aumento del peso medio dei ricoveri ordinari	DAI medici e chirurgici
Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Riduzione del numero di ricoveri inappropriati	DAI medici e chirurgici
	Potenziare il sistema di controlli di appropriatezza delle prestazioni, in particolare quelle di ricovero (Decreto del Commissario ad Acta – Regione Campania – n. 6/2011)	Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Aumento dell'appropriatezza delle richieste di analisi di laboratorio e di diagnostica per immagini	Rispetto dei protocolli diagnostici per la richiesta delle prestazioni di laboratorio e prestazioni diagnostiche	Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali DAI medici e chirurgici
Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali	Razionalizzazione e semplificazione processi ambulatoriali (Circ. DS 1793 del 22.5.2014) - riduzione del numero di ambulatori e creazione di agende	
	Rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali - Riduzione liste d'attesa per le visite specialistiche attraverso la rimodulazione dell'offerta sanitaria e riorganizzazione dell'attività ambulatoriale	
	Informatizzazione agende per visite di controllo prenotate dalla struttura su sistema SGP	
	Rispetto dei tempi di attesa previsti dalla DGRC 271_2012 e dal Piano Aziendale di Governo Liste d'Attesa in riferimento alle singole classi di priorità UBDP	
Raggiungimento degli Obiettivi di salute Programma Nazionale Esiti 2012 Age.Nas.	Incrementare il n. Ptca eseguiti entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardio acuto	DAI medici e chirurgici

	Ridurre la degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche	DAI medici e chirurgici
	Ridurre il tempo di attesa per intervento frattura femore	DAI medici e chirurgici
	Ridurre il n° di parti con taglio cesareo primario	DAI medici e chirurgici

Tabella 13: obiettivi dell'area della qualità ed organizzazione

Area della qualità ed organizzazione		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Miglioramento dell'efficienza organizzativa nella gestione dei processi di assistenza	Implementazione di modalità assistenziali alternative più appropriate, nonché governo della presa in carico del paziente attraverso, ad esempio, l'adozione di un PDTA.	DAI medici e chirurgici
	Implementazione di reti cliniche (implementazione PDTA, collegamenti con il territorio, day service, ecc.)	DAI medici, chirurgici, diagnostici e laboratorio
	Implementazione di procedure assistenziali nell'ambito del "Ospedale senza dolore" (ad es. parto analgesia)	DAI Chirurgia Generale e Chirurgie Specialistiche, dei Trapianti di Rene, Nefrologia, Cure Intensive e del Dolore DAI Materno Infantile
Miglioramento della qualità dei processi clinico assistenziali e soddisfazione degli utenti e del personale	Implementazione dei requisiti ulteriori e procedure di accreditamento previste dal regolamento 1 del 2007 (ad es. predisporre guida ai servizi, procedure, ecc.) e dal regolamento n. 3 del 2006	DAI medici, chirurgici, diagnostici e laboratorio
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione - Compilazione sistematica del modulo di utilizzo del sangue e comunicazione al DAI di Medicina Trasfusionale	DAI medici e chirurgici

	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	DAI Chirurgici Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
	Adozione di strumenti e/o soluzioni organizzative che permettano la realizzazione di azioni volte a promuovere il benessere organizzativo, anche al fine di favorire il coinvolgimento del personale e di aumentarne la motivazione	UOC Gestione Risorse Umane
	Rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti	PO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa

Tabella 14: obiettivi dell'area della trasparenza, anticorruzione e comunicazione

Area della trasparenza, anticorruzione e comunicazione		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Rafforzamento della comunicazione, partecipazione e relazioni con il pubblico (anche attraverso l'utilizzo del sito web aziendale) verso l'esterno (pazienti e cittadinanza) e verso l'interno (interaziendale e interdipartimentale)	Implementazione ulteriori strumenti di comunicazione (es. app) e aggiornamento carta dei servizi	PO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa
	Favorire l'accesso dei visitatori alle strutture aziendali – segnaletica e confort negli spazi di attesa	PO Logistica e mobilità interna
	Predisposizione di Regolamenti per disciplinare le modalità di presentazione dei reclami e per garantire la pubblica tutela	Il Coordinatore di Staff della Direzione Strategica
	Monitoraggio e aggiornamento dei flussi informativi aziendali e dei relativi referenti	PO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa
Realizzazione degli adempimenti previsti nel PTPCT	Attuazione delle misure previste dal PTPCT	Tutte le strutture

Tabella 15: obiettivi dell'innovazione e dello sviluppo

Area dell'innovazione e dello sviluppo		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Implementazione ed utilizzo di sistemi informativi	Gestione informatizzata del processo chirurgico – Incremento nell'utilizzo del sistema SOWEB	DAI medici, chirurgici, diagnostici e laboratorio
	Implementazione ECG on line	Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
	Implementazione cartella clinica informatizzata e fascicolo sanitario elettronico	
	Implementazione di un processo informatizzato per la tracciabilità delle sacche NAD	DAI Medicina Interna ad indirizzo specialistico
	Migliorare la tracciabilità delle attività e dei processi aziendali della Medicina Legale, della Citogenetica, dell'Igiene e della Medicina Trasfusionale, al fine di migliorare il sistema informativo aziendale	Sistema Informativo, ICT
Implementazione di processi innovativi nelle aree cliniche ed amministrative	Programmazione attività di ricerca e sviluppo allo scopo di favorire i processi di internazionalizzazione e fund raising	UOC Gestione affari generali
	Favorire i rapporti con partner e/o enti in ambito nazionale ed europeo – Implementazione dei progetti internazionali/europei	UOS Ricerca e Sviluppo
	Implementazione di attività di valutazione delle innovazioni di prodotto e di processo con il supporto della metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA)	PO Ingegneria clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA PO Programmazione, controllo di gestione e valutazione
	Informatizzazione ed implementazione dell'attività di business intelligence, attraverso il potenziamento del Datawarehouse aziendale, al fine di orientare e supportare il processo decisionale	PO Programmazione, controllo di gestione e valutazione

Tabella 16: obiettivi del rischio clinico e della sicurezza

Area del rischio clinico e della sicurezza		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Consolidamento piano prevenzione infezioni ospedaliere	Corretta applicazione delle procedure di prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza	Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali DAI medici e chirurgici
	Mappatura delle aree aziendali con tipologia e livello di rischio e registrazione su software in dotazione	UOC Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro
Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori e degli utenti	Rispetto del Cronoprogramma delle attività da realizzare per l'implementazione del Piano Antincendio	PO Affari legali
	Monitoraggio sullo stato dei rischi dell'azienda derivanti da cause di servizio, ritardati pagamenti, mal practice	Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali DAI medici e chirurgici
	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali	

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

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

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati all'Organo di indirizzo politico-amministrativo dell'Azienda, alla Direzione Strategica, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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

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

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

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

Il raggiungimento degli obiettivi viene monitorato in itinere ed ex post. I risultati del monitoraggio sono rappresentati nella Scheda monitoraggio Obiettivi redatta dalla PO Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione e trasmessi ai Centri di Responsabilità.

La Direzione Strategica sostiene il processo e procede all'eventuale revisione o stralcio degli obiettivi se alla luce dei risultati infra-annuali non risultino effettivamente realizzabili.

7.1 La valutazione del personale

Il processo di valutazione della performance organizzativa viene descritto nel “Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistema premiante” mentre il processo di valutazione della performance individuale è descritto nel “Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance”, in corso di aggiornamento in relazione alle novità normative recenti.

Il Regolamento prevede a regime che alla Scheda Obiettivi assegnata alla struttura/centro di responsabilità venga collegata una Scheda Valutazione Individuale, che deve essere compilata dal responsabile di struttura sovraordinato (valutatore), a seguito di un colloquio con il valutato durante il quale il valutatore deve procedere, per ogni item della scheda, alla comunicazione dei criteri e degli indicatori che saranno oggetto di valutazione.

Tale comunicazione rappresenta un momento di confronto riguardante le aspettative reciproche: per il valutato in merito al proprio lavoro, alla crescita professionale, alle eventuali attività future e per il valutatore rispetto ai risultati attesi dal valutato ed alle competenze/capacità, in relazione al lavoro svolto e a possibili sviluppi organizzativi. La scheda derivante dal colloquio iniziale va sottoscritta sia dal valutatore che dal valutato.

Oggetto della valutazione sono:

- la performance organizzativa
- la performance individuale

alle quali viene attribuito un peso diverso a seconda dell'inquadramento contrattuale e del grado di responsabilità all'interno dell'organizzazione.

Alla definitiva valutazione del personale si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia *la performance* individuale, sia quella organizzativa quest'ultima scaturente dalla valutazione degli obiettivi assegnati alla struttura/centro di responsabilità.

La valutazione annuale ha rilevanza, oltre che ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, anche ai fini dell'affidamento o del rinnovo di incarichi e delle progressioni di carriera e per ogni altra finalità prevista dal D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii..

Il processo di valutazione disciplinato dall'AOU, si caratterizza per la sua conformità ai seguenti principi generali:

- obbligo di informazione adeguata in favore del Valutando;
- pubblicità delle procedure di valutazione, compatibilmente con le esigenze di riservatezza;
- predeterminazione e pubblicità dei parametri e dei criteri di valutazione;
- garanzia di contraddittorio, con riconoscimento, in favore del Valutando, di articolate ed incisive facoltà di intervento e di partecipazione;
- coinvolgimento di professionalità ed esperienze di soggetti esterni alla struttura organizzativa dell'AOU, ad iniziativa e nell'interesse del Valutando;
- divieto di giudizi e decisioni dal contenuto discriminatorio.

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

Tabella 17: griglia valutatori/valutati

CHI VALUTA?	CHI E' VALUTATO?
Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo	Direttori dei DAI
Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo e Coordinatore Staff di Direzione Strategica	Staff di Direzione Strategica
Direttore Sanitario	Direttori delle UOC della macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Direttore Amministrativo	Direttori delle UOC della macro area tecnico amministrativa
Direttori DAI	Direttori di UOC afferenti ai DAI, Responsabili di UOSD, Responsabili dei Programmi Infradipartimentali o Interdipartimentali, Personale di Comparto e Dirigenti senza incarico del DAI
Direttori delle UOC della macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali	Responsabili di UOS, Personale di Comparto e Dirigenti senza incarico delle UOC afferenti alla macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Direttori delle UOC della macro area tecnico amministrativa	Responsabili di UOS, Personale di Comparto, Dirigenti senza incarico delle UOC afferenti alla macro area tecnico amministrativa
Direttori delle UOC afferente al DAI	Responsabili delle UOS afferenti all'UOC
Direttori DAI presso cui è stato esercitato il diritto voto	Responsabili dei Centri Interdipartimentali

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

- a) modalità di svolgimento, caratteristiche quali-quantitative ed efficienza della prestazione lavorativa (*performance* individuale);
- b) efficienza della struttura organizzativa di appartenenza, intesa come percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati (*performance* organizzativa).

7.2 L'Organismo Indipendente di valutazione della performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.1 Processo di redazione del Piano

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

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

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

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

Il presente Piano viene articolato secondo quanto previsto dalla Delibera n. 112/2010 – "Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*" (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150), in attesa dell'emanazione di specifiche linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica.

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

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

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

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

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

8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

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

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

9. ALLEGATI TECNICI

- Indicatori performance Cruscotto Direzionale Multidimensionale

ALLEGATO
al “Piano della performance AOU “Federico II” di Napoli anni: 2020-2022”

La mappa degli indicatori del Cruscotto Direzionale Multidimensionale					
Area	Indicatore	Peso	Definizione indicatore	Soglia	Punteggio
1 - Liste di attesa	1 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni NON traccianti (cod.priorità A)	0,06	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
	2 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni NON traccianti (cod.priorità B)	0,055	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
	3 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni NON traccianti (cod.priorità C)	0,05	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
	4 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni NON traccianti (cod.priorità D)	0,045	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
	5 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni traccianti (cod.priorità A)	0,06	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
	6 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni traccianti (cod.priorità B)	0,055	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità
90%-95% dei casi				2 - Bassa Criticità	
85%-90% dei casi				3 - Media Criticità	
< 85% dei casi				4 - Alta Criticità	
7 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni traccianti (cod.priorità C)	0,05	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	>= 95%	1 - Nessuna Criticità	
			90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità	
			85%-90% dei casi	3 - Media Criticità	

				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
8 - Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni traccianti (cod.priorità D)	0,045	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
9 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni traccianti (cod.priorità U)	0,06	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
10 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni traccianti (cod.priorità B)	0,055	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
11 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni traccianti (cod.priorità D)	0,05	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
12 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni traccianti (cod.priorità P)	0,045	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
13 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni NON traccianti (cod.priorità U)	0,06	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
14 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni NON traccianti (cod.priorità B)	0,055	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
15 - Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali prestazioni NON traccianti (cod.priorità D)	0,05	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100		>= 95%	1 - Nessuna Criticità
				90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
16 - Tempi di attesa prestazioni	0,045	(Num. casi con rispetto tempo di attesa in		>= 95%	1 - Nessuna Criticità

	ambulatoriali prestazioni NON traccianti (cod.priorità P)		funzione dell'urgenza / Num. casi totali) *100	90%-95% dei casi	2 - Bassa Criticità
				85%-90% dei casi	3 - Media Criticità
				< 85% dei casi	4 - Alta Criticità
	17 - Casi outlier	0,08	(Num. casi che superano i 365 giorni di attesa/Num. casi totali) *100	0%-1% dei casi	1 - Nessuna Criticità
				1%-5% dei casi	2 - Bassa Criticità
				5%-10% dei casi	3 - Media Criticità
				> 10% dei casi	4 - Alta Criticità
	18 - Disdette per rifiuto pazienti	0,04	[Num. casi con stato annullato/ (Num. casi ricoverati + casi con stato annullato)]*100	0%-1% dei casi	1 - Nessuna Criticità
				1%-5% dei casi	2 - Bassa Criticità
				5%-10% dei casi	3 - Media Criticità
				> 10% dei casi	4 - Alta Criticità
	19 - Pulizia liste: casi in lista da più di 365 gg	0,04	(Num. casi in lista da più di 365 gg/ Num. casi totali) *100	0%-1% dei casi	1 - Nessuna Criticità
1%-5% dei casi				2 - Bassa Criticità	
5%-10% dei casi				3 - Media Criticità	
> 10% dei casi				4 - Alta Criticità	
2 – Valore delle attività	1 – Scostamento valorizzazione RO effettivo	0,35	((valorizzazione RO periodo corrente-valorizzazione RO periodo precedente)/valorizzazione RO periodo precedente)*100)	>=1%	1 - Nessuna Criticità
				0%=<x<1%	2 - Bassa Criticità
				-5%=<x<0%	3 - Media Criticità
				x<- 5%	4 - Alta Criticità
	2 - Scostamento valorizzazione DH effettivo	0,2	((valorizzazione DH periodo corrente-valorizzazione DH periodo precedente)/valorizzazione DH periodo precedente rilevato dalla data di ricovero)*100)	>=1%	1 - Nessuna Criticità
				0%=<x<1%	2 - Bassa Criticità
				-5%=<x<0%	3 - Media Criticità
				x<- 5%	4 - Alta Criticità
	3 - Scostamento valorizzazione RO stimato	0,3	((valorizzazione stima RO periodo corrente-valorizzazione RO periodo precedente)/valorizzazione RO periodo precedente)*100)	>=1%	1 - Nessuna Criticità
				0%=<x<1%	2 - Bassa Criticità
				-5%=<x<0%	3 - Media Criticità
				x<- 5%	4 - Alta Criticità
4 - Scostamento valorizzazione DH stimato	0,15	((valorizzazione stima DH periodo corrente-valorizzazione DH periodo precedente rilevato dalla data di ricovero)/valorizzazione DH periodo precedente rilevato dalla data di ricovero)*100)	>=1%	1 - Nessuna Criticità	
			0%=<x<1%	2 - Bassa Criticità	
			-5%=<x<0%	3 - Media Criticità	
			x<- 5%	4 - Alta Criticità	
3 – Efficienza ed efficacia	1 - Indice di performance degenza media efficacia	0,035	((Giornate degenza osservate - giornate di degenza attese)/Num. dimissioni)	<0,5	1 - Nessuna Criticità
				0,5-1	2 - Bassa Criticità
				1-2	3 - Media Criticità

				>2	4 - Alta Criticità
2 - Indice di performance casi oltresoglia	0,035	((Num. casi oltresoglia osservati - Num. casi oltresoglia attesi)/ N. Dimissioni)*100		0%-2%	1 - Nessuna Criticità
				2%-5%	2 - Bassa Criticità
				5%-10%	3 - Media Criticità
				> 10%	4 - Alta Criticità
3 - DM preoperatoria per acuti in RO per DRG Chirurgico	0,06	Obiettivo tematico DG Delibera Regionale 426/2016: Target obiettivo 1,4 gg		0 -1,4100 giorni	1 - Nessuna Criticità
				1,4101-1,710 giorni	2 - Bassa Criticità
				1,711-2,130 giorni	3 - Media Criticità
				> 2,130 giorni	4 - Alta Criticità
4 - Attrattività extra Regione	0,035	(Num. di dimessi RO extra Regione/Num. totale di dimessi RO)*100		> 3%	1 - Nessuna Criticità
				2%-3%	2 - Bassa Criticità
				1%-2%	3 - Media Criticità
				0%-1%	4 - Alta Criticità
5 - Attrattività extra Provincia	0,035	(Num. di dimessi RO residenti in Regione Campania extra Provincia /Num. totale di dimessi RO residenti in Regione Campania)*100		> 30%	1 - Nessuna Criticità
				20%-30%	2 - Bassa Criticità
				10%-20%	3 - Media Criticità
				0%-10%	4 - Alta Criticità
6 - Dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani	0,06	(Num. di dimessi RO pazienti >= 65 anni con degenza oltresoglia/ Num. di dimessi RO pazienti >= 65 anni)*100		<=5%	1 - Nessuna Criticità
				5%-10%	2 - Bassa Criticità
				10%-15%	3 - Media Criticità
				>15%	4 - Alta Criticità
7 - Colectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	0,06	(Num. di Colectomie lap. in DS e RO 0-1gg/Num. di Colectomie lap. in DS e RO)*100		>=10%	1 - Nessuna Criticità
				7%-10%	2 - Bassa Criticità
				5%-7%	3 - Media Criticità
				< 5%	4 - Alta Criticità
8 - Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	0,06	(Num. di ricoveri ripetuti con stesso MDC entro 30 giorni/Num. di ricoveri totali)*100		<=3,7%	1 - Nessuna Criticità
				3,7%-5%	2 - Bassa Criticità
				5%-7%	3 - Media Criticità
				>7%	4 - Alta Criticità
9 - Ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	0,06	(Num. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico/ Num. di dimessi da reparti chirurgici)*100		< 25%	1 - Nessuna Criticità
				25%-30%	2 - Bassa Criticità
				30%-35%	3 - Media Criticità
				>35%	4 - Alta Criticità
10 - Sdo con stato IN REPARTO e giornate di	0,06	SDO con schede con stato in reparto e giornate di		1-3	1 - Nessuna Criticità

	degenza > 15		degenza > 15	3-5	2 - Bassa Criticità
				5-8	3 - Media Criticità
				> 8	4 - Alta Criticità
	11 - Refertazione e trasmissione dei referti di anatomia patologica entro 15 gg. dall'esecuzione delle prestazioni	0,025	(Num. referti trasmessi entro 15gg./ Num. totale di referti)*100	> = 90%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 90%	2 - Bassa Criticità
				50% - 70%	3 - Media Criticità
				0% - 50%	4 - Alta Criticità
	12 - Esecuzione di TAC Total Body entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	0,025	(Num. di TAC Total Body eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/Num. di TAC Total Body richieste per i pazienti in RO) *100	>= 90%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 90%	2 - Bassa Criticità
				50% - 70%	3 - Media Criticità
				0% - 50%	4 - Alta Criticità
	13 - Esecuzione delle RX routinarie (torace e scheletro) in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in RO	0,025	(Num. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite in giornata (entro due giorni) dal momento della richiesta per i pazienti in RO/Num. di RX routinaria (torace e scheletro) richieste per i pazienti in RO) *100	>= 90%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 90%	2 - Bassa Criticità
				50% - 70%	3 - Media Criticità
				0% - 50%	4 - Alta Criticità
	14 - Esecuzione di RMN entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	0,025	(Num. RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/Num. RMN richieste per i pazienti in RO) *100	>= 90%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 90%	2 - Bassa Criticità
				50% - 70%	3 - Media Criticità
				0% - 50%	4 - Alta Criticità
	15 - Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del referto delle TAC Total Body entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	0,025	(Num. 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/Num. di TAC Total Body eseguite per i pazienti in RO) *100	>= 90%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 90%	2 - Bassa Criticità
50% - 70%				3 - Media Criticità	
0% - 50%				4 - Alta Criticità	
16 - Refertazione e trasmissione all'UO richiedente di RX routinaria (torace e scheletro) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	0,025	(Num. 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./Num. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite per i pazienti in RO) *100	> = 95%	1 - Nessuna Criticità	
			75% - 95%	2 - Bassa Criticità	
			55% - 75%	3 - Media Criticità	
			0% - 55%	4 - Alta Criticità	
17 - Refertazione e trasmissione all'UO richiedente di RMN entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	0,025	(Num. di RMN refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/Num. di RMN eseguite per i	> = 85%	1 - Nessuna Criticità	
			65% - 85%	2 - Bassa Criticità	
			45% - 65%	3 - Media Criticità	
			0% - 45%	4 - Alta Criticità	

			pazienti in RO) *100		
18 - Tempo refertazione richieste urgenti che arrivano in Order Entry (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)	0,025		(Num. refertazioni eseguite entro un'ora dal check)/Num. totale di richieste)*100	> = 80%	1 - Nessuna Criticità
				60% - 80%	2 - Bassa Criticità
				40% - 60%	3 - Media Criticità
				0% - 40%	4 - Alta Criticità
19 - Tempo 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)	0,025		(Num. refertazioni eseguite entro due ore dal check)/Num. totale di richieste)*100	> = 95%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 95%	2 - Bassa Criticità
				50% - 70%	3 - Media Criticità
				0% - 50%	4 - Alta Criticità
20 -Tempo refertazione degli esami di routine in giornata (salvo indagini speciali)	0,025		(Num.di esami di routine refertati nel giorno della esecuzione/Num.di esami di routine effettuati) *100	90% - 100%	1 - Nessuna Criticità
				70% - 90%	2 - Bassa Criticità
				50% - 70%	3 - Media Criticità
				0% - 50%	4 - Alta Criticità
21. Incremento del n° di sacche prodotte in proprio	0,025		(sacche prodotte in proprio nell'anno n - sacche prodotte in proprio nell'anno n-1)/sacche prodotte in proprio nell'anno n-1	> = 15%	1 - Nessuna Criticità
				> = 10%	2 - Bassa Criticità
				> = 5%	3 - Media Criticità
				< 5%	4 - Alta Criticità
22. Incremento della produzione di plasma	0,025		(produzione anno n - produzione anno n-1)/produzione anno n-1	> = 20%	1 - Nessuna Criticità
				> = 15%	2 - Bassa Criticità
				> = 10%	3 - Media Criticità
				< 10%	4 - Alta Criticità
23. Numero di segnalazioni eventi sentinella, near missing (dai) / eventi totali	0,025				1 - Nessuna Criticità
					2 - Bassa Criticità
					3 - Media Criticità
					4 - Alta Criticità
24. Utilizzo del sistema Order Entry per tutte le richieste di prestazioni diagnostiche e consulenze	0,025		(N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100	> =96%	1 - Nessuna Criticità
				85%-95%	2 - Bassa Criticità
				67%-84%	3 - Media Criticità
				55%-66%	4 - Alta Criticità
25. Supporto alla Direzione Aziendale nell'implementazione della tracciabilità	0,025		SI/NO	SI	1 - Nessuna Criticità
				NO	4 - Alta Criticità

	delle prestazioni svolte dal DAI di Igiene e medicina del lavoro e preventiva verso altri DAI e relativa ipotesi di valorizzazione				
	26. Implementazione informatizzazione dei processi ambulatoriali con inserimento sul sistema SGP	0,025	SI/NO	SI	1 - Nessuna Criticità
				NO	4 - Alta Criticità
	27. Rilevamento a campione del grado di soddisfazione del personale dell'AOU rispetto al servizio mensa/ristorazione collettiva	0,025	n. questionari somministrati e raccolti	>= 96%	1 - Nessuna Criticità
				65%-95%	2 - Bassa Criticità
				34%-64%	3 - Media Criticità
				0%-33%	4 - Alta Criticità
	28. Rilevamento del grado di soddisfazione dei degenti rispetto al servizio mensa	0,025	n. questionari somministrati e raccolti	>= 96%	1 - Nessuna Criticità
				65%-95%	2 - Bassa Criticità
				34%-64%	3 - Media Criticità
				0%-33%	4 - Alta Criticità
	29. Monitoraggio sull'acquisizione di informazioni su strumenti o attività relative al rischio clinico o alla qualità dei processi assistenziali e relativa Formazione	0,025	SI/NO	SI	1 - Nessuna Criticità
				NO	4 - Alta Criticità
	30. 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	0,025	n. dipendenti invitati/n. totale dipendenti da visitare	>= 96%	1 - Nessuna Criticità
				65%-95%	2 - Bassa Criticità
				34%-64%	3 - Media Criticità
				0%-33%	4 - Alta Criticità
4 – Piano nazionale Esiti	1 - IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	0,2	((Ricoveri con IMA con PTCA entro 2 giorni/ Ricoveri con IMA) *100)	>= 45%	1 - Nessuna Criticità
				35%-45%	2 - Bassa Criticità
				25%-35%	3 - Media Criticità
				<25%	4 - Alta Criticità
	2 - Colectect. laparosc.: ricoveri con degenza post-op < 3 gg	0,2	((ricoveri con colecist.lap. con deg. post-operatoria < 3 gg/ ricoveri con colecist.lap.) *100)	>= 70%	1 - Nessuna Criticità
				60%-70%	2 - Bassa Criticità
				50%-60%	3 - Media Criticità
			<50%	4 - Alta Criticità	
	3 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,2	(Ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza grave nello stesso ricovero o in	<= 0,20%	1 - Nessuna Criticità
				0,20%-0,50%	2 - Bassa Criticità

			ricoveri successivi entro 42 gg/Ricoveri per parto naturale)*100	0,50%-0,70%	3 - Media Criticità
				>0,70%	4 - Alta Criticità
	4 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,2	(Ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza grave nello stesso ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg/Ricoveri per parto cesareo)*100	<= 0,30%	1 - Nessuna Criticità
				0,30%-1%	2 - Bassa Criticità
				1%-1,20%	3 - Media Criticità
				>1,20%	4 - Alta Criticità
	5 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	0,2	(Ricoveri con nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/Ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella)*100	<=8%	1 - Nessuna Criticità
				8%-12%	2 - Bassa Criticità
				12%-18%	3 - Media Criticità
				>18%	4 - Alta Criticità
5 - LEA	1 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza(all.B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	0,3	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	<= 0,21	1 - Nessuna Criticità
				0,21 -0,24	2 - Bassa Criticità
				0,24-0,26	3 - Media Criticità
				> 0,26	4 - Alta Criticità
	2 - Pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	0,19	(Num. dimissioni pazienti (65+) con diagn.princ.o second. di frattura del collo del femore con 0-2 gg.deg. preop./Num. dimissioni pazienti (65+) con diagn.princ.o second. di frattura del collo del femore)*100	>= 60%	1 - Nessuna Criticità
				55%-60%	2 - Bassa Criticità
				33%-55%	3 - Media Criticità
				<=33%	4 - Alta Criticità
	3 - Parti cesarei primari	0,19	(Num. dimissioni con parto cesareo primario/Num. dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo)*100	20,01%-24,00%	1 - Nessuna Criticità
				24,01%-30,00%	2 - Bassa Criticità
				30,01%-35,00%	3 - Media Criticità
				> 35,00%	4 - Alta Criticità
	4 - Ricoveri Ordinari in età pediatrica (<18) per: asma e gastroenterite	0,07	((Num. dimissioni RO pazienti (<18) con diagn.princ.asma e gastroenterite anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (<18) con diagn.princ.asma e gastroenterite anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (<18) con diagn.princ.asma e gastroenterite anno precedente)*100	>= -30%	1 - Nessuna Criticità
				tra -20% e -30%	2 - Bassa Criticità
				tra -10% e -20%	3 - Media Criticità
<-10%				4 - Alta Criticità	
5 - Ricoveri Ordinari in età adulta (>=18) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	0,07	((Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con	>= -10%	1 - Nessuna Criticità	
			tra -7% e -10%	2 - Bassa Criticità	
			tra -3,5% e -7%	3 - Media Criticità	

			diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno precedente)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete,BPCO e scomp.card. anno precedente)*100	< -3,5%	4 - Alta Criticità
	6 - Ricoveri diurni di tipo diagnostico	0,12	((Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno corrente - Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)*100	>= -30%	1 - Nessuna Criticità
				tra -20% e -30%	2 - Bassa Criticità
				tra -10% e -20%	3 - Media Criticità
				< -10%	4 - Alta Criticità
	7 - Accessi di tipo medico	0,06	((Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno corrente - Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)/Num.accessi DH con tipo DRG Medico anno precedente)*100	>= -25%	1 - Nessuna Criticità
				tra - 16% e -25%	2 - Bassa Criticità
				tra -8% e -16%	3 - Media Criticità
				<-8%	4 - Alta Criticità
6 - Consumi	1 - Monitoraggio consumo farmaci in relazione al valore della produzione (consumi al netto del File F)	0,5	Consumo farmaci/Valore della produzione (RO+DH+Spec. Ambulator+PS + valore servizi intermedi e consulenze int.ed est.)	<=23,86%	1 - Nessuna Criticità
				23,86% - 24,86%	2 - Bassa Criticità
				24,86% - 25,86%	3 - Media Criticità
				>25,86%	4 - Alta Criticità
	2 - Monitoraggio consumo dispositivi in relazione al valore della produzione	0,5	Consumo dispositivi/Valore della produzione (RO+DH+Spec. Ambulator+PS + valore servizi intermedi e consulenze int.ed est.)	<=22%	1 - Nessuna Criticità
				22% - 23%	2 - Bassa Criticità
				23% - 24%	3 - Media Criticità
				>25%	4 - Alta Criticità
7- Linee Progettuali	1 - Richiesta di spesa/finanziamento concesso	0,2	Importo di richiesta di spesa/importo del finanziamento previsto per il progetto	80-100%	1 - Nessuna Criticità
				70-80%	2 - Bassa Criticità
				60-70%	3 - Media Criticità
				<60%	4 - Alta Criticità
	2- Importo impegnato/finanziamento concesso	0,1	Importo impegnato per il progetto/importo del finanziamento previsto per il progetto	80-100%	1 - Nessuna Criticità
				70-80%	2 - Bassa Criticità
				60-70%	3 - Media Criticità
				<60%	4 - Alta Criticità
	3 - Importo speso/finanziamento concesso	0,1	Importo speso per il progetto/importo del finanziamento previsto per il progetto	80-100%	1 - Nessuna Criticità
70-80%				2 - Bassa Criticità	
60-70%				3 - Media Criticità	
<60%				4 - Alta Criticità	
8 – Dotazione Organica	1 - Incidenza dei costi di personale medico su valore della produzione	0,1	Costo del personale medico /Valore della produzione(Valore della produzione:	<= 37,14%	1 - Nessuna Criticità
				37,14% - 39%	2 - Bassa Criticità

		RO+DH+Spec. Ambulator+PS)	39% - 41,22%	3 - Media Criticità
			> 41,22%	4 - Alta Criticità
2 - Incidenza dei costi di personale infermieristico su valore della produzione	0,1	Costo del personale infermieristico/Valore della produzione (Valore della produzione: RO+DH+Spec. Ambulator+PS)	<= 33,22%	1 - Nessuna Criticità
			33,22% - 35%	2 - Bassa Criticità
			35% - 38%	3 - Media Criticità
			> 38%	4 - Alta Criticità
3 - Incidenza dei costi altro personale su valore della produzione	0,1	Costo altro personale/Valore della produzione (Valore della produzione: RO+DH+Spec. Ambulator+PS)	<= 16%	1 - Nessuna Criticità
			16% - 18%	2 - Bassa Criticità
			18% - 21%	3 - Media Criticità
			> 21%	4 - Alta Criticità
4 - Numero di FTE di assenza	0,1	Sommatoria N* ore di assenza / Ore teoriche settimanali risorsa da contratto *numero di settimane nel periodo considerato	0-1/0-1% ?	1 - Nessuna Criticità
			1-2	2 - Bassa Criticità
			2-4	3 - Media Criticità
			> 4	4 - Alta Criticità
5 - Aderenza delle FTE del personale medico al decreto 67/2016	0,1	[(FTE medici da decreto 67/2016 - FTE medici effettivi)/FTE medici effettivi]*100	+/- 0-5%	1 - Nessuna Criticità
			+/- 5-10%	2 - Bassa Criticità
			+/- 10-15%	3 - Media Criticità
			> +/- 15%	4 - Alta Criticità
6 - Aderenza delle FTE del personale infermieristico al decreto 67/2016	0,1	[(FTE infermieri da decreto 67/2016 - FTE infermieri effettivi)/FTE infermieri effettivi]*100	+/- 0-5%	1 - Nessuna Criticità
			+/- 5-10%	2 - Bassa Criticità
			+/- 10-15%	3 - Media Criticità
			> +/- 15%	4 - Alta Criticità
7 - Tasso di turnover complessivo	0,1	(entrati - usciti)/usciti nel periodo	0 - 5%	1 - Nessuna Criticità
			5-10%	2 - Bassa Criticità
			10-15%	3 - Media Criticità
			>15%	4 - Alta Criticità
8 - Indicatore sul lavoro straordinario	0,1	Num. di ore di assenza/Num. di ore di straordinario	1 oppure Assenza=0 oppure Straordinario=0 oppure Assenza diverso da zero e Straord =0	1 - Nessuna Criticità
			tra 0,67 e 1,5 (escluso 1)	2 - Bassa Criticità
			tra 1,5 e 2 (esclusi	3 - Media Criticità

				estremi) e 0,5 e 0,67 (esclusi estremi)	
				>=2 oppure minore 0,5 oppure Assenza=0 e Straord diverso da zero	4 - Alta Criticità
	9 - Indicatore sulla Valutazione delle Risorse Umane (area sanitaria)	0,1	% media degli obiettivi raggiunti/% di obiettivi assegnati	1	1 - Nessuna Criticità
				100% - 80%	2 - Bassa Criticità
				80% - 70%	3 - Media Criticità
				<70%	4 - Alta Criticità
	10 - Rapporto tra num. unità personale amministrativo e num. unità personale sanitario/tecnico/professionale	0,1	Num. unità personale amministrativo/Num. unità personale sanitario-tecnico-amministrativo	<11%	1 - Nessuna Criticità
				11%-12%	2 - Bassa Criticità
				12%-13%	3 - Media Criticità
				>13%	4 - Alta Criticità
9 - Flussi informativi	1 - SDO non chiuse RO	0,45	SDO con schede con stato dimesso non storicizzato/SDO totali	0%-1%	1 - Nessuna Criticità
				1%-2%	2 - Bassa Criticità
				2%-3%	3 - Media Criticità
				> 3%	4 - Alta Criticità
	2. Qualità dei dati di produzione	0,1	2 - Num. di scarti del Flusso A/Num. di ricoveri	0%-1%	1 - Nessuna Criticità
				1%-2%	2 - Bassa Criticità
				2%-3%	3 - Media Criticità
				> 3%	4 - Alta Criticità
		0,1	3 - Num. di scarti del Flusso Emur/Num. di accessi al PS	0%-1%	1 - Nessuna Criticità
				1%-2%	2 - Bassa Criticità
				2%-3%	3 - Media Criticità
				> 3%	4 - Alta Criticità
		0,1	4 - Num. scarti File C/Num. di prestazioni ambulatoriali	0%-1%	1 - Nessuna Criticità
				1%-2%	2 - Bassa Criticità
				2%-3%	3 - Media Criticità
				> 3%	4 - Alta Criticità
	0,1	5 - Num. scarti flusso CEDAP/Num. di parti	0%-1%	1 - Nessuna Criticità	
			1%-2%	2 - Bassa Criticità	
			2%-3%	3 - Media Criticità	
			> 3%	4 - Alta Criticità	

	6 - Tempestività della trasmissione	0,1	Num. di invii effettuati entro la scadenza/totale degli invii	90-100%	1 - Nessuna Criticità
				85-90%	2 - Bassa Criticità
				80-85%	3 - Media Criticità
				<80%	4 - Alta Criticità
	7 - Correttezza logico-formale dei dati trasmessi	0,05	Num. di segnalazioni sugli invii/totale degli invii	90-100%	1 - Nessuna Criticità
				85-90%	2 - Bassa Criticità
				80-85%	3 - Media Criticità
				<80%	4 - Alta Criticità
10 - Didattica e Ricerca	1 - Produzione scientifica	0,25	N. di pubblicazioni scientifiche / n. personale medico e sanitario	Soglia da definire.	1 - Nessuna Criticità
					2 - Bassa Criticità
					3 - Media Criticità
					4 - Alta Criticità
	2 - Qualità della produzione scientifica (IF)	0,25	Σ impact factor / n. personale medico e sanitario		1 - Nessuna Criticità
					2 - Bassa Criticità
					3 - Media Criticità
					4 - Alta Criticità
	3 - Qualità della produzione scientifica (SCI)	0,25	Σ Science Citation Index / n. personale medico e sanitario		1 - Nessuna Criticità
					2 - Bassa Criticità
					3 - Media Criticità
					4 - Alta Criticità
	4 - Impatto fatturato ricerca clinica	0,25	Fatturato ricerca clinica / Fatturato totale		1 - Nessuna Criticità
					2 - Bassa Criticità
					3 - Media Criticità
					4 - Alta Criticità