



**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2018**  
**AOU FEDERICO II**  
**(art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009)**

**Premessa**

La presente Relazione è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2018, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii. che prevedono l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati.

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

Con questo documento l'AOU si propone di comunicare a tutti i propri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2018. Vengono evidenziati i risultati organizzativi raggiunti rispetto agli obiettivi programmati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari erogati dall'AOU Federico II, ai sensi all'art. 3 bis, comma 6 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.



## Sommario

1. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e il contesto esterno di riferimento
2. Il contesto organizzativo aziendale
3. Il Ciclo di gestione della performance nell'AOU Federico II
  - 3.1 Albero della performance
  - 3.2 Metodologia di definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (target) e dei rispettivi indicatori
  - 3.3 Gli Obiettivi anno 2017 e anno 2018
4. Monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi
  - 4.1 L'iter procedurale
  - 4.2 Monitoraggio Obiettivi
    - 4.2.1 Adempimenti LEA (All. A): analisi dei risultati ed azioni intraprese
    - 4.2.2 Rispetto dei tempi di attesa – attività ed iniziative intraprese
    - 4.2.3 Monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie
    - 4.2.4 La trasparenza
    - 4.2.5 Indicatori tematici
    - 4.2.6 Conclusioni: obiettivi raggiunti
5. Criteri di ripartizione dei fondi
6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance: fasi, soggetti e tempi
7. Allegati alla Relazione della Performance 2018
  - Allegato 1: Obiettivi DAI Anno 2017 AOU Federico II
  - Allegato 2: Obiettivi UOOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2017 AOU Federico II
  - Allegato 3: Obiettivi DAI Anno 2018 AOU Federico II
  - Allegato 4: Obiettivi UOOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2018 AOU Federico II
  - Allegato 5: risultati di natura economico –finanziario, tecnico-gestionale ed organizzativo del periodo agosto 2016 - dicembre 2018



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

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

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

Le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso 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 si caratterizza per alcune specifiche attività che di seguito vengono brevemente descritte:

- servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico;
- partecipazione dell'AOU alla rete dell'emergenza mediante:
  - 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.;
  - partecipazione alla Rete dell'Emergenza Cardiologica di cui al DCA n. 49 del 27/09/2010 che la definisce come un sistema organizzativo basato sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche e cardiocirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie). Il suddetto DCA 49 attribuisce all'AOU Federico II un ruolo fondamentale in quanto centro ad alta specializzazione e punto di riferimento per l'intera rete. L'AOU, infatti, viene riconosciuta quale Centro HUB di secondo livello per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento dei Dipartimenti Integrati delle Emergenze dell'ASL Napoli 1 CENTRO. Pertanto per i reparti di cardiologia, cardiocirurgia e chirurgia vascolare si prevede un incremento della casistica trattata in relazione all'aumento del bacino d'utenza. Successivamente il decreto n. 64 del 16/07/2018 attribuisce all'AOU Federico II un ruolo di HUB per la Macro area Napoli 1 Centro e Macro area Napoli 2 Nord, oltre che Centrale cardiologica di refertazione per la provincia di Napoli;

- partecipazione alla Rete dell'ictus cerebrale acuto (Stroke Unit), DCA n. 49 del 27/09/2010, con il ruolo chiave che è quello di rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete, adottando un modello di tipo Hub and Spoke. Anche in questo caso, all'AOU Federico II, considerando la sua elevata specializzazione, viene attribuita la funzione di Centro HUB di secondo livello;
- servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN);
- individuazione dell'AOU Federico II come Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico;
- presenza di numerosi centri di riferimento regionali (n. 34 centri di riferimento Regionale per malattie rare e n. 1 centro di riferimento Regionale per l'HIV) tutti istituiti con Deliberazioni regionali concentrati in maniera significativa proprio in virtù di particolari e rare competenze presenti presso l'AOU Federico II;
- 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%;
- presenza di un'altra Azienda (l'AOU Vanvitelli) che grava per le attività diagnostiche all'interno del complesso di Cappella Cangiani sulle strutture dell'AOU Federico II con rimborso, solo parziale, dei costi effettivi sostenuti;
- continuità assistenziale assicurata nel passaggio dall'età adolescenziale all'età adulta nel caso di patologie specifiche (es. diabete, fibrosi cistica) e nel caso di malattie rare;
- contemporaneità dello svolgimento anche della attività di didattica e di ricerca. alla svolgimento della triplice funzione di didattica, ricerca ed assistenza.

Il Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli pubblicato sul BURC n. 42 del 27.06.2016, Decreto n. 48 del 10.06.2016, prevede una dotazione di n° 829 posti letto. Con nota n.167 del 12.01.2017 il Commissario ad Acta della regione Campania ha disposto l'integrazione degli n° 829 posti letto con ulteriori n° 25, per un totale complessivo di n° 854 posti letto. Successivamente, con il Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017) n. 103 del 28.12.2018 avente ad oggetto "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018", sono stati programmati n. 851 posti letto.

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

I rapporti con l'Università degli Studi di Napoli Federico II e la Regione Campania sono disciplinati da un Protocollo di Intesa atto a "disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali".

Tale protocollo ha dovuto adeguarsi in primis, alla DGRC n.460/2007 (Piano di rientro) e, successivamente, ai Programmi Operativi e Piani Ospedalieri emanati dalla Regione, che hanno fissato:



- i vincoli di natura finanziaria al SSR della Campania, definendo i finanziamenti per ciascuna annualità del Piano e la loro distribuzione per azienda e macrovoce di spesa, programmando i disavanzi delle aziende del SSR fino al completamento del periodo di affiancamento;
- le azioni organizzativo-strutturali che, incidendo tra l'altro profondamente sull'organizzazione delle rete ospedaliera, consentono di raggiungere obiettivi di risparmio di spesa.

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

### **Missione**

La mission dell'AOU consiste nella piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca dell'AOU:

- Funzione assistenziale: l'Azienda è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità secondo il modello multidisciplinare, alla definizione ed applicazione di processi e linee guida che supportino i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
- Funzione didattica: l'Azienda concorre alla formazione sanitaria nella Regione Campania con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, i Corsi di laurea delle professioni sanitarie e la formazione continua degli operatori sanitari, anche nell'ottica della Educazione Continua in Medicina;
- Funzione di ricerca: l'Azienda realizza attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

### **Visione**

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

La visione dell'AOU Federico II si ispira ai seguenti principi fondanti, che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- **Centralità della persona:** l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, dei professionisti che operano al suo interno e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma accoglierlo considerando l'interessa dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo l'AOU Federico II si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella L. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante

gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili.

La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia e la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità.

□ **Governo Clinico:** l'AOU Federico II si propone l'integrazione virtuosa tra ricerca, didattica ed assistenza, allo scopo anche di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

□ **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando: a) sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro; b) sulla continua propensione dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali, impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

## 2. Il contesto organizzativo aziendale

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

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

- *Responsabilizzazione diffusa del personale*, per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo.
- *Flessibilità*, per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, al fine della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione e delle risorse a disposizione.

- *Dinamicità governata*, essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna ad introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo.
- *Innovazione*. L'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative. L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:
  - a) il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
  - b) la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;
  - c) il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
  - d) la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.
- *Multidisciplinarietà*, che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alla diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà.
- *Snellimento dell'organizzazione*. L'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, sui risultati, attraverso una struttura fondata su un numero limitato di livelli gerarchici in senso verticale ed orizzontale. L'efficacia dell'azione aziendale richiede un'organizzazione che eviti di parcellizzare le responsabilità e che invece sia orientata a integrare le attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità, in un contesto di diffusa fiducia professionale.
- *Valorizzazione delle risorse umane e professionali*, dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.
- *Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa*, attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

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

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

- amministrazione
- programmazione



- produzione di prestazioni e servizi sanitari

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

La valenza strategica è definita:

- dal livello di interfaccia con istituzioni oppure organismi esterni all'Azienda;
- dalla rilevanza quali-quantitativa e dal volume delle risorse da allocare;
- dalla rilevanza del problema a cui si intende dare risposta;
- dal livello di intersettorialità, che caratterizza gli interventi e, in particolare, dalla capacità di entrare in sinergia con i compiti, le funzioni e le finalità delle altre strutture operative, superando il principio tradizionale delle separazioni settoriali.

La complessità organizzativa è definita da:

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

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

### **Il modello organizzativo al 31.12.2018**

I vigenti Atto aziendale e POFA dell'AOU Federico II sono stati adottati con Delibera n. 229 28/03/2017 e approvati con DCA n. 25 del 30/03/2017.

La ridefinizione del DAI e delle UOC previste dal suddetto atto aziendale porta ad una riduzione numerica (i DAI si riducono da 13 ad 11 e le UOC da 69 a 61), contestuale ad una razionalizzazione, basata sulla combinazione di tre elementi:

- affinità culturale delle diverse aree cliniche riunite all'interno dei DAI (che ha importanti ricadute sullo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca scientifica e sull'efficacia stessa delle prestazioni di diagnosi e cura anche in termini di contenimento dei costi);
- razionalizzazione dei percorsi clinico-assistenziali sulla base delle tipologie di pazienti che accedono all'AOU;
- aspetti logistici, quali ad esempio la contiguità di edifici o delle strutture.

Tale ridefinizione modifica, peraltro, la distribuzione delle attuali UOC nell'ambito dei DAI.

**Tabella 1: Strutture organizzative AOU Federico II**

<b>Strutture (*)</b>	<b>Numero (*)</b>
DAI	11
UOC amministrative	7
UOC sanitarie (**)	61
UOS	50
UOSD	28

(\*) Aggiornamento al 22/01/2019

(\*\*) Sono compresi i servizi centrali sanitari



Inoltre, l'AOU ha istituito i Programmi così come previsto dall'art. 5 c. 4 del D.Lgs. n. 517/99, che detta: "Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione."

**Tabella 2: Dipartimenti assistenziali ad attività integrata al 31/12/2018**

<b>DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA' INTEGRATA (DAI)</b>
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. NEFROLOGIA, UROLOGIA E CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI RENE, ANESTESIA E RIANIMAZIONE

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

La macro-area tecnico-amministrativa avente una struttura gerarchica, favorisce lo svolgimento di una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali. Opera nell'ambito degli

indirizzi, prescrizioni e programmi del Direttore Amministrativo con il compito di realizzare uno stretto raccordo delle strutture organizzative centrali e periferiche per l'ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

**Tabella 3: UU.OO.CC. Tecniche e Amministrative e Sanitarie e Staff Direzione Strategica**

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

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

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

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

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

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

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

Il ciclo di gestione della Performance prende avvio dal processo di redazione del Piano della Performance, il quale si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

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

- Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 103 del 28.12.2018 "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018";
- programmazione regionale sanitaria. La Regione Campania nei Programmi Operativi 2013 – 2015 in prosieguo del Piano di Rientro (ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88) ha definito una serie di obiettivi, programmi e azioni, sia di carattere economico che più strettamente orientati al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni;
- Protocollo di intesa Regione – Università che individua le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.

### **3.1 Albero della performance**

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

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

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

Nella definizione dell'Albero, unitamente alle disposizioni normative vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e, quindi, tradotte in obiettivi



strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

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

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

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

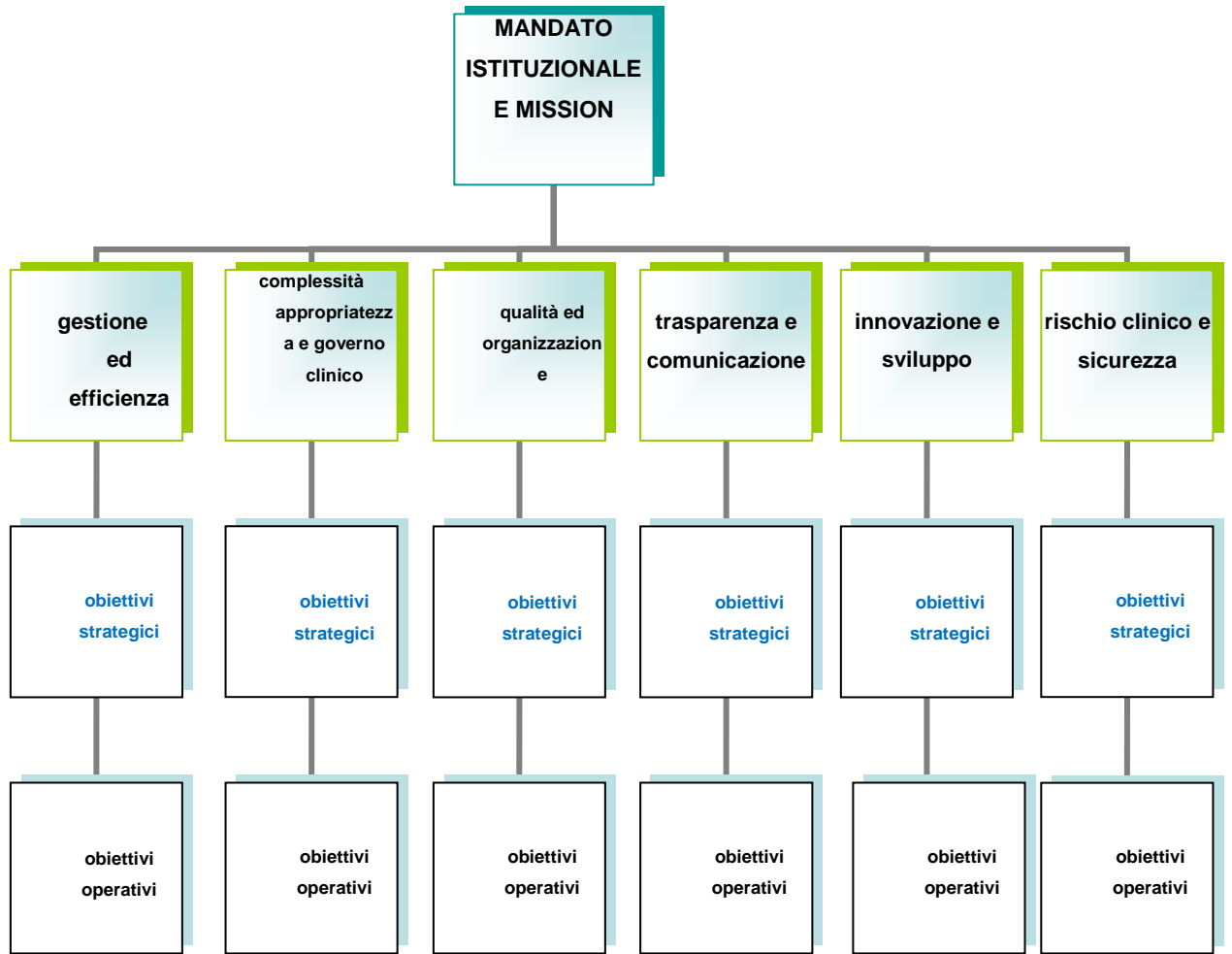
L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

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

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

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



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

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

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

Gli obiettivi strategici aziendali per il periodo 2018 - 2020 sono stati adottati con Deliberazione del Direttore Generale n. 62 del 31 gennaio 2018 di adozione del Piano della Performance.

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

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

In sintesi, le fasi del processo sono le seguenti:

Fase 1: Definizione degli indirizzi programmatici aziendali

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

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

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

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

Per ciascun obiettivo sono stati individuati:

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

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

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

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



### **3.3 Gli Obiettivi anno 2017 e anno 2018**

In allegato alla presente relazione si riportano gli obiettivi specifici individuati per le strutture assistenziali e quelle amministrative, nell'ambito delle macrocategorie individuate nel precedente Albero della Performance.

#### 4. Monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi

##### 4.1 L'iter procedurale

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

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

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

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

##### 4.2 Monitoraggio Obiettivi

###### 4.2.1 Adempimenti LEA (All. A): analisi dei risultati ed azioni intraprese

Al 31/12/2018 la situazione risulta essere la seguente:

###### Adempimenti LEA di competenza dell'A.O.U. "Federico II"







Su 34 adempimenti LEA di pertinenza dell'A.O.U. "Federico II" al 31/12/2018 risultano:

- 28 raggiunti;
- 4 non raggiunti;
- 1 per il quale si è in attesa di ulteriori disposizioni dalla Regione (FSE);
- 1 raggiunto ma in modalità diverse da quelle previste, infatti per l'accesso alla piattaforma per la trasmissione dati di assistenza salute mentale (NSIS-SISM) non sono mai state ricevute le credenziali più volte richieste; i dati sono stati inviati in formato cartaceo.

Pertanto, la percentuale di risultati raggiunti risulta essere di 29 su 33, ovvero circa del 88%.

Gli Obiettivi che hanno presentato maggiori criticità sono gli stessi del precedente anno ma, grazie alle azioni intraprese, è stato registrato un trend positivo a partire dal 2015 (anno di riferimento) ad oggi.

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

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

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

Di seguito i risultati specifici per gli adempimenti che presentano maggiori difficoltà:

<b>OBIETTIVO</b> <b>Numero/lettera</b>	<b>DATI RILEVATI</b>	<b>COMMENTI</b>
<b>Appropriatezza delle prestazioni</b>  <b>RIDUZIONE DEL 30% DEI RICOVERI ORDINARI IN ETÀ PEDIATRICA (&lt;18 anni) PER ASMA E GASTROENTERITE</b>  <b>2 - G</b>	N. di casi al 31/12/2018: <b>21</b> N. di casi 31/12/2015: <b>30</b> N. di casi consentiti nell'anno 2018: <b>21</b>  (N. di casi effettuati nell'anno 2017: <b>23</b> )	<b>Risultato raggiunto ed in miglioramento rispetto al 2015.</b> <b>Inoltre se vogliamo considerare i casi in senso assoluto, essi sono numericamente esigui e tali che la loro frequenza non è statisticamente significativa e difficile da ridurre in un ospedale in rete con l'emergenza pediatrica</b>
<b>Appropriatezza delle prestazioni</b>  <b>RIDUZIONE DEL 10% DEI RICOVERI ORDINARI IN ETÀ ADULTA (≥18 anni) PER COMPLICANZE (A BREVE E LUNGO TERMINE) PER DIABETE, BPCO E SCOMPENSO CARDIACO</b>  <b>2 - G</b>	N. di casi al 31/12/2018: <b>296</b> N. di casi al 31/12/2015: <b>200</b> N. di casi consentiti nell'anno: <b>180</b>  (N. di casi effettuati nell'anno 2017: <b>193</b> )	<b>Risultato: non si è avuta una riduzione del 10%.</b>
<b>Appropriatezza delle prestazioni</b>  <b>RIDUZIONE DEI RICOVERI DIURNI DI TIPO DIAGNOSTICO</b>  <b>2 - G</b>	N. di casi al 31/12/2018: <b>12.905</b> N. di casi anno 2015: <b>14.912</b> N. di casi consentiti nell'anno: <b>10.438</b>  (N. di casi effettuati nell'anno 2017: <b>13.025</b> )	<b>Risultato: la riduzione è minore del 30% ma in miglioramento rispetto al 2015.</b> <b>La difficoltà nel raggiungimento del risultato consta nella non implementazione di modelli organizzativi alternativi come il day service, che l'Azienda conta di fare nel corso del 2019.</b>
<b>Appropriatezza delle prestazioni</b>  <b>RIDUZIONE DEGLI ACCESSI DI TIPO MEDICO</b>  <b>2 - G</b>	N. di casi al 31/12/2018: <b>89.653</b> N. di casi anno 2015: <b>83.318</b> N. di casi consentiti nell'anno: <b>62.489</b>  (N. di casi effettuati nell'anno	<b>Risultato: non si è avuta una riduzione del 25% ma il dato è in lieve miglioramento rispetto al 2017.</b> <b>La difficoltà nel raggiungimento del risultato consta nella non</b>

	2017: <b>89.709</b> )	implementazione di modelli organizzativi alternativi come il day service, che l'Azienda conta di fare nel corso del 2019.
<p><b>Appropriatezza delle prestazioni</b></p> <p><b>RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E DRG IN REGIME ORDINARIO (all. B Patto per la Salute 2010-12)</b></p> <p><b>2 - G</b></p>	<p>Al 31/12/2018: 4568/16.943= <b>27%</b></p> <p>Al 31/12/2015: 6.506/17.457= <b>37,3%</b></p>	<p><b>Risultato:</b> il rapporto è maggiore del 24% pertanto al di sopra del valore fissato (21%) ma in miglioramento rispetto all'anno 2015. L'AOU ha lavorato assiduamente all'implementazione nell'utilizzo dei corretti regimi assistenziali tale da ottenere una riduzione in tre anni del 10% dei suoi ricoveri a rischio di inappropriatazza</p>
<p><b>Appropriatezza delle prestazioni</b></p> <p><b>PERCENTUALE PAZIENTI (Età 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO</b></p> <p><b>2 - G</b></p>	<p>Al 31/12/2018: 13/18=<b>72,2%</b></p> <p>Al 31/12/2015: 8/16= <b>50%</b></p>	<p><b>Obiettivo raggiunto</b> (percentuale maggiore del 60%) grazie a modelli organizzativi di sinergia tra le UOC di ortopedia ed i servizi intermedi di supporto</p>
<p><b>Appropriatezza delle prestazioni</b></p> <p><b>PERCENTUALE PARTI CESAREI PRIMARI</b></p> <p><b>2 - G</b></p>	<p>Al 31/12/2018: <b>Dati secondo protocollo LEA: 138/820= 16,8%</b></p> <p>Al 31/12/2015: <b>Dati secondo protocollo LEA: 228/887= 25,7%</b></p>	<p><b>Criticità</b> L'AOU in quanto centro di III livello tratta circa 300 donne con gravidanze a rischio. Nella percentuale dei tagli cesarei dell'AOU non sono quindi considerati i tagli cesarei primari delle donne con gravidanze a rischio.</p>

#### 4.2.2 Rispetto dei tempi di attesa – attività ed iniziative intraprese

##### *Prestazioni ambulatoriali e di ricovero*

a) *Programmazione dell'accesso.* Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, nel periodo di interesse della presente relazione, l'offerta di visite e prestazioni strumentali è stata completamente e definitivamente articolata in agende elettroniche che stabiliscono giorni, orari e numero di posti (slot)

disponibili per ciascuna prestazione (o per pacchetti di prestazioni). Le agende, ai sensi del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) e del relativo recepimento regionale (DGRC n.271\_2012 e s.m.i.), sono state progressivamente organizzate per classi di priorità (alla data del 31 dicembre 2018, la percentuale di agende organizzate con classi di priorità è dell'85%), al fine di stratificare l'offerta in funzione dell'urgenza clinica della prestazione richiesta e strutturate in modo da tener distinti i primi accessi dagli accessi successivi per controlli clinico-strumentali e follow up (alla data del 31 dicembre 2018, la percentuale di agende distinte per primo accesso e accessi successivi è dell'85%).

b) *Accesso e front office*. Sono stati aumentati i canali di prenotazione, che prevedono sportello, call center, fax/mail, farmacie e associazioni di volontariato convenzionate con l'AOU.

c) *Garanzia dei tempi di attesa*. È stata attivata una procedura di overbooking sistematico per garantire i tempi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P) per ciascun paziente, qualora la disponibilità in agenda non consenta di prenotare il paziente nei tempi stabiliti dalla classe, e di pulizia delle liste (recall telefonico ai pazienti prenotati). È stato riorganizzato il sistema di offerta e, di conseguenza, sono stati ridotti i tempi di attesa per le prestazioni traccianti che risultavano maggiormente critiche quali la visita neurologica, la visita oculistica, l'ecografia oculare, la visita ortopedica e si sono intraprese iniziative (procedure di reclutamento per medici radiologi e tecnici di radiologia) per ridurre le attese per l'accesso alle prestazioni di imaging (TAC, RMN).

Elenco prestazioni			Giorni medi di attesa			
N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
<b>Visite specialistiche</b>						
1	Visita cardiologia	89.7	25,95	23,80	27,80	27,90
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	11,60	8,70	6,60	3,40
3	Visita endocrinologia	89.7	32,80	19,43	15,14	16,10
4	Visita neurologica	89.13	51,95	47,93	57,98	52,10
5	Visita oculistica	95.02	95,73	101,21	88,04	56,70
6	Visita ortopedica	89.7	46,66	33,35	24,50	24,80
7	Visita ginecologica	89.26	19,05	10,47	11,05	5,50
8	Visita otorinolaringoiatria	89.7	38,10	43,37	26,27	26,40
9	Visita urologia	89.7	47,33	50,80	53,84	53,90
10	Visita dermatologica	89.7	8,20	8,25	7,80	4,10
11	Visita fisiatrica	89.7	14,00	9,55	6,50	2,40
12	Visita gastroenterologica	89.7	38,43	34,46	28,41	26,10
13	Visita oncologica	89.7	163,40	17,60	18,70	4,70
14	Visita pneumologica	89.7	172,50	68,75	34,30	26,90
<b>Prestazioni strumentali</b>						
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	18,55	16,12	24,27	23,10
16	TC senza econ contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	20,05	21,87	21,25	5,80
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1	21,00	0,00	3,00	7,30
18	TC senza econ contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3	35,50	44,00	5,00	5,80
19	TC senza econ contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5	19,25	20,92	21,55	4,60
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1	27,10	24,57	19,68	14,70
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1	35,35	23,53	14,45	15,10

Elenco prestazioni			Giorni medi di attesa			
N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38 .5	32,50	3,10	13,00	5,60
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88 .91 .1 - 88.91 .2	78,60	48,23	46,00	46,20
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88 .95 .4 - 88.95.5	37,80	39,55	51,12	23,50
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 -88.94.2	91,47	94,80	56,52	41,90
26	RMN Colonna vertebrale	88 .93 - 88.93.1	80,42	51,37	40,00	40,30
27	Ecografia Capo e collo	88 .71 .4	76,81	63,60	67,38	26,30
28	Ecocolordoppler cardiaca	<b>88 .72 .3</b>	67,10	46,40	51,76	16,50
29	Ecocolordoppler <lei tronchi sovra ortici	<b>88 .73.5</b>	54,30	59,20	57,50	10,30
30	Ecocolordoppler <lei vasi periferici	<b>88 .77 .2</b>	44,80	43,01	41,69	12,60
31	Ecografia Addome	88 .74.1- 88.75.1-88.76.1	53,78	53,93	68,65	47,30
32	Ecografia Mammella	<b>88 .73.1 - 88.73.2</b>	11,40	19,74	24,50	25,10
33	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	88.78 - 88.78.2	25,65	12,45	7,65	0,40
<b>Altri esami specialistici</b>						
34	Colonscopia	45 .23 - 45 .25 - 45.42	69,40	74,83	104,30	53,40
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45 .24	68,30	76,85	74,80	27,70
36	Esofagogastroduodenoscopia	45 .13 -45 .16	32,05	47,42	34,50	23,00
37	Elettrocardiogramma	89 .52	25,95	23,80	27,08	27,90
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	25,80	26,00	20,45	9,30
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89 .41 - 89 .43	26,75	26,32	28,65	4,20
40	Audiometria	95 .41 .1	63,20	69,70	54,30	55,10
41	Spirometria	89 .37.1 - 89.37.2	100,55	36,80	30,16	6,40
42	Fonda Oculare	95 .09.1	117,90	118,95	133,60	10,70
43	Elettromiografia	93.08.1	0,00	0,00	0,00	0,10
<b>Prestazioni in day hospital/day surgery</b>						
44	Chemioterapia	99.25	66,54	14,82	12,24	6,06
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	13,89	16,68	10,94	10,27
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	16,89	15,69	25,00	13,96
47	Emorroidectomia		53,70	71,32	133,34	51,20
48	Riparazione emia inguinale	53.0-53.10	94,89	88,45	107,22	62,76
<b>Prestazioni in ricovero ordinario</b>						
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	8,50	20,22	39,77	16,75
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	95,33	44,09	54,48	50,78
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45 .7x - 45.8; 48.5 - 48.6	28,03	31,01	37,76	27,93
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68 .9	19,38	18,73	22,83	24,03
53	By pass aortocoronarico	36 .10		3,00		
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0		82,50		4,00
55	Endoarteriectomia carotidea	38 .12	21,47	23,93	66,91	25,38
56	Intervento protesi d'anca	81 .51 - 81 .52 - 81 .53	126,86	85,20	100,60	64,64
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9				10,00
58	Tonsillectomia	28 .2-28.3	97,40	81,57	77,18	74,33

Come si evince dalla tabella che precede, i tempi di attesa per le erogazioni delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sono complessivamente diminuiti in misura significativa nel periodo 2015-2018, pur rimanendo alcune criticità in particolare per quanto riguarda gli interventi chirurgici tumore mammella, interventi chirurgici tumori dell'utero e l'endoarteriectomia carotidea. Rinviando alle analiticità della tabella suddetta, la riduzione dei tempi di attesa è stata la seguente:

<b>Prestazioni</b>	<b>Riduzione media gg di attesa 2015-2018</b>	<b>Riduzione media % gg di attesa 2015-2018</b>
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	-28,04	-56,69%
Ricoveri (DH e RO)	-22,00	-41,06%

#### **4.2.3 Monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie**

Oltre all'assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale in tema di monitoraggio dei volumi e dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di libera professione (ALPI), è stato attivato un flusso periodico di monitoraggio interno dei casi prenotati in lista d'attesa nei due regimi (c.d. istituzionale e ALPI) che viene notificato sistematicamente all'Ufficio ALPI ai fini della verifica dell'equilibrio di tempi e volumi.

#### **4.2.4 La trasparenza**

Vengono pubblicate periodicamente sul sito aziendale le informazioni riguardanti le liste d'attesa ai sensi dell'art.41 D. Lgs 33\_2013. In particolare, vengono periodicamente riportati, in un'apposita sezione denominata "Liste d'attesa":

- i Tempi medi di attesa prestazioni ambulatoriali traccianti, consultabili in excel e pdf e distinti per anno e per mese di interesse
- i Tempi di attesa per accesso alle prestazioni in regime istituzionale ed ALPI;
- i Tempi di attesa per ricoveri ordinari e day hospital/day surgery relativi alle prestazioni "traccianti"
- i Tempi massimi di attesa previsti in base alla classe di priorità.

Nella stessa sezione sono, inoltre, fornite al cittadino le seguenti informazioni:

- Criteri di formazione creazione delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e attribuzione classe di priorità
- Spiegazione ed effetti delle classi di priorità
- Criteri di formazione delle liste di attesa per ricoveri programmati e attribuzione classe di priorità
- Creazione lista d'attesa, attribuzione delle priorità

#### 4.2.5 Indicatori tematici

Come si evince nella tabella “Indicatori tematici”, il trend 2016-2018 dimostra un miglioramento progressivo di tutti gli indici ed un raggiungimento del target nel 2018 per tre indicatori su cinque. Relativamente ai due target non raggiunti, va sottolineato che l’indicatore dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani fa riferimento ad un mix di pazienti la cui provenienza spesso è il pronto soccorso del Cardarelli. Tale casistica spesso è costituita da pazienti anziani non dimissibili per motivi non sanitari ma socio-assistenziali in quanto spesso sono pazienti soli e senza supporto familiare. Per l’indicatore Giorni (gg) di degenza media precedenti l’intervento chirurgico occorre evidenziare che il valore (1,7) è quasi prossimo al raggiungimento del target fissato e, a tale scopo, l’A.O.U. sta provvedendo all’implementazione più estesa del regime di pre-ospedalizzazione.

#### **INDICATORI TEMATICI - ALL.B della DEL. 426 del 27/07/2016**

Indicatore	2016 (dal 01/08)	2017	2018	Target Obiettivo DG
Ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	39,1%	28,3%	21,3%	< 25,0%
Giorni (gg) di degenza media precedenti l’intervento chirurgico	1,8	1,5	1,7	<1,4
Dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani	5,6%	8,2%	6,9%	<= 5,0%
Colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	3,9%	5,8%	10,7%	>10,0%
Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	4,0%	3,8%	3,5%	<3,7%

#### 4.2.6 Conclusioni: obiettivi raggiunti

Alla luce di quanto sopra rappresentato, di seguito vengono riepilogate le attività svolte dal management aziendale nel triennio 2016-2018 nonché le prospettive strategiche verso cui l’Azienda intende orientarsi per l’anno 2019 che tengono conto di una serie di elementi quali:

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

Atteso che l'obiettivo principale del management aziendale è quello di contemperare l'erogazione di servizi assistenziali di elevata qualità con l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda, si rappresentano di seguito in forma descrittiva e, in allegato, in tabella i risultati di natura economico-finanziario, tecnico-gestionale ed organizzativo del periodo agosto 2016 - dicembre 2018.

Per la maggior parte degli obiettivi aziendali, i risultati raggiunti sono rappresentabili in termini di miglioramento rispetto ai risultati degli anni precedenti, in termini di approssimazione ad un target da realizzare, in termini di avvio di azioni e attività che dovranno produrre un risultato.

Gli obiettivi aziendali possono essere suddivisi in:

obiettivi di mantenimento rispetto a risultati raggiunti;

obiettivi di sviluppo rispetto a risultati da conseguire.

Gran parte degli obiettivi discendono da disposizioni regionali che hanno a loro volta l'obiettivo di efficientare l'intero sistema sanitario regionale, ma che nel tempo dovranno trovare una collocazione più specifica nel contesto aziendale tenendo conto delle caratteristiche peculiari del contesto interno ed esterno in riferimento al tipo di utenza e il bisogno da questa espresso.

La realizzazione degli obiettivi specifici aziendali, ribaltati sulle singole strutture assistenziali e amministrative, ha richiesto in primo luogo di ripensare all'organizzazione, di ripensare agli scopi dell'organizzazione aziendale. Sono stati ridefiniti ruoli e responsabilità inserendoli in processi che coinvolgono l'intera struttura dipartimentale richiamando ad unità gli sforzi di ciascuno verso il raggiungimento di obiettivi di salute.

## **5. Criteri di ripartizione dei fondi**

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

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

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

- Direzione Aziendale

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



## **7. Allegati alla Relazione della Performance 2018:**

- Allegato 1: Obiettivi DAI Anno 2017 AOU Federico II
- Allegato 2: Obiettivi UUOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2017 AOU Federico II
- Allegato 3: Obiettivi DAI Anno 2018 AOU Federico II
- Allegato 4: Obiettivi UUOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2018 AOU Federico II
- Allegato 5: risultati di natura economico –finanziario, tecnico-gestionale ed organizzativo del periodo agosto 2016 - dicembre 2018

## Allegato 1: Obiettivi DAI Anno 2017 AOU Federico II

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

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

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

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

## Allegato 2: Obiettivi UUOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2017 AOU Federico II

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

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

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



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

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

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

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

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

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

<b>Organizzazione e qualità</b>	Migliorare l'organizzazione dei processi	Redigere Regolamento per la Gestione e Acquisizione dei beni e servizi e per l'organizzazione dell'UOC	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Regolamento e delibera di adozione
<b>Trasparenza</b>	Adottare la normativa sulla Trasparenza degli Atti Pubblici	Publicare sul su sito web gli atti inerenti il 100% delle procedure di gara per l'affidamento di contratti pubblici (art. 1 della Legge n. 190/2012 - c.d. Legge Anticorruzione)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Relazione Sito web
<b>Efficienza</b>	Realizzare l'efficientamento del patrimonio edile aziendale	Rilievo di tutti gli edifici con modifica delle planimetrie, individuazione della destinazione d'uso, suddivisione in base alla attività prevalente svolta (Assistenza, Didattica, Ricerca, SUN), calcolo delle superfici dei singoli ambienti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione
		Aggiornamento di tutte le planimetrie per i locali ad uso medico di gruppo 1 e 2	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Nota trasmissione
		Catalogazione e registrazione di tutte le richieste di intervento di manutenzione ordinaria con indicazione della categoria, problematica, priorità, fase di attivazione, ditta esecutrice, preventivazione del costo (ove richiesto), data inizio e fine lavori	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2017	Tabulato excel

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



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

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

### Allegato 3: Obiettivi DAI Anno 2018 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2018	STRUMENTO DI VERIFICA
<b>Efficienza Appropriatezza</b>	Rispetto tempistica flussi SDO in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Anno 2018	100%	SDO
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno	SI / NO	Anno 2018	SI	SDO
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Anno 2018	< = 21%	Cartella Clinica
<b>Efficienza</b>	Ottimizzazione tempi di refertazione	Riduzione dei tempi medi di refertazione delle prestazioni di Patologia Clinica, tranne per gli esami di II livello.	Tempi medi di refertazione 2018/Tempi medi di refertazione 2017	Anno 2018	- 20%	Report redatto dal DAI
	Ottimizzazione dei costi	Incremento della produzione interna della Patologia Clinica al fine di ridurre il ricorso a fornitori esterni da parte dei reparti aziendali	SI/NO	Anno 2018	SI	Relazione redatta dal DAI

<b>Qualità Appropriatezza</b>	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria	% di appropriatezza	Aprile - Dicembre 2018	Incremento del 15%	Schede di sorveglianza epidemiologica
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	SI / NO	Aprile - Dicembre 2018	SI	
			N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Aprile - Dicembre 2018	70%	
			N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Aprile - Dicembre 2018	70%	
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Aprile - Dicembre 2018	100%	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale
<b>Appropriatezza</b>	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore	N° interventi eseguiti entro le 2 giornate in RO/N° interventi totale	Anno 2018	> = 60%	SDO

	(all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2017	(n. casi 2018 - n. casi 2017)/n. casi 2017	Anno 2018	-30%	Report adempimenti LEA
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2017		Anno 2018	-25%	
		Riduzione del n° di parti primari con taglio cesareo	N° tagli cesarei primari/ N° parti totali	Anno 2018	20 % <=> 24%	Report adempimenti LEA
		Riduzione dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	(n. casi 2018 - n. casi 2017)/n. casi 2017		-30%	
		Riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2017	(n. casi 2018 - n. casi 2017)/n. casi 2017	Anno 2018	-10%	Report adempimenti LEA

<b>Efficacia</b>	Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Riduzione della degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	N° interventi con giornate di degenza < o = a 3 giorni/N° interventi totale	Anno 2018	99,39%	SDO
		Incremento del n. Ptca eseguiti entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardio acuto (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	Ptca eseguiti entro 48 ore/Totale Ptca	Anno 2018	90%	SDO
<b>Informatizzazione</b>	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Anno 2018	90%	Report SIA
<b>Efficienza</b>	Riduzione delle liste di prenotazione esami diagnostici	Esecuzione di TAC TORACE-ADDOME-PELVI entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero di TAC Total Body eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO /n. di TAC Total Body richieste per i pazienti in RO) *100	Luglio - Dicembre 2018	85% TAC TORACE-ADDOME-PELVI eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	Report del Resp.le verifica

		Esecuzione di MIOCARDIOSCINTIGRAFIA entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO/n. di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE richieste per i pazienti in RO) *100	Luglio - Dicembre 2018	100% MIOCARDIOSCINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	Report del Resp.le verifica
		Esecuzione del 100% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in RO	(n. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in RO /n. di RX routinaria (torace e scheletro) richieste per i pazienti in RO ) *100	Luglio - Dicembre 2018	100%	Report del Resp.le verifica
		Esecuzione del 70% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in DH e del 30% entro due giorni dal momento della richiesta per i pazienti in DH	(n. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite in giornata (entro due giorni) dal momento della richiesta per i pazienti in DH /n. di RX routinaria (torace e scheletro) richieste per i pazienti in DH) *100	Luglio - Dicembre 2018	70% 30%	Report del Resp.le verifica

		Esecuzione di RMN encefalo e rachide entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero RMN encefalo e rachide eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO /n. RMN encefalo e rachide richieste per i pazienti in RO) *100	Luglio - Dicembre 2018	100%	Report del Resp.le verifica
<b>Efficienza</b>	Riduzione dei tempi di refertazione di anatomia patologica	Refertazione e trasmissione del 50% dei referti di anatomia patologica per alcuni settori di patologia (patologie oncologiche per le quali è indispensabile il ricorso a multiple, sequenziali tecniche di fenotipizzazione, valutazione prognostica e	( numero referti trasmessi entro 12gg.)/numero totale di referti  ( numero referti trasmessi entro 14gg.)/numero totale di referti  (numero referti trasmessi entro 20gg.)/numero	Luglio - Dicembre 2018	50%  40  10	Report del Resp.le verifica



		<p>predittiva di risposta alle terapie: immunoistochimica, biologia molecolare applicata) entro 14 gg. dall'esecuzione delle prestazioni; Refertazione e trasmissione del 40% dei referti di anatomia patologica per le patologie funzionali ed infiammatorie e neoplasie benigne entro 12 gg. dall'esecuzione delle prestazioni ; Refertazione e trasmissione del 10% dei referti di anatomia patologica entro 20gg</p>	<p>totale di referti</p>			
	<p>Riduzione dei tempi di refertazione per esami diagnostici ****</p>	<p>Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del referto del 90% delle TAC TAC TORACE-ADDOME-PELVI entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>(numero di TAC TORACE-ADDOME-PELVI refertate e trasmesse entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di TAC TORACE-ADDOME-PELVI eseguite per i pazienti in RO) *100</p>	<p>Luglio - Dicembre 2018</p>	<p>90% delle TAC TAC TORACE-ADDOME-PELVI refertate e trasmesse entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% delle TAC TAC TORACE-ADDOME-PELVI refertate e trasmesse entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>Report del Resp.le verifica</p>

		<p>Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del referto del 90% delle MIOCARDIOSCINTIGRAFIE entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>(numero di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE eseguite per i pazienti in RO) *100</p>	<p>Luglio - Dicembre 2018</p>	<p>90% delle MIOCARDIOSCINTIGRAFIE refertate e trasmesse entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p> <p>10% MIOCARDIOSCINTIGRAFIE refertate e trasmesse entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO</p>	<p>Report del Resp.le verifica</p>
		<p>Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del 100% di RX routinaria (torace e segmento scheletrico singolo) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH</p>	<p>(n. di RX routinaria (torace e scheletro) refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmiss. del referto all'UO richiedente nel giorno della refertaz./n. di RX routinaria (torace e scheletro) eseguite per i pazienti in RO ) *100</p>	<p>Luglio - Dicembre 2018</p>	<p>100%</p>	<p>Report del Resp.le verifica</p>

		Refertazione e trasmissione all'UO richiedente del 85% di RMN entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 15% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	(numero di RMN refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di RMN eseguite per i pazienti in RO ) *100	Luglio - Dicembre 2018	85% di RMN refertate e trasmesse entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO  15% di RMN refertate e trasmesse entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	Report del Resp.le verifica
<b>Organizzazione e Qualità</b>	Adozione di strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e del personale ed implementare eventuali azioni correttive	Rilevamento a campione del grado di soddisfazione del personale dell'AOU rispetto al servizio mensa/ristorazione collettiva	n. questionari somministrati e raccolti	Aprile - Dicembre 2018	n. 500	Report e Relazione
		Rilevamento del grado di soddisfazione dei degenti rispetto al servizio mensa	n. questionari somministrati e raccolti	Aprile - Dicembre 2018	n. 1000	Report e Relazione
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali	Monitoraggio e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Incremento del 5% degli interventi sorvegliati.	SI/NO	Aprile - Dicembre 2018	5%	Report semestrale
<b>Sicurezza</b>	Migliorare i livelli di sicurezza aziendale	Monitoraggio sull'utilizzo di dispositivi di protezione	SI/NO	Aprile - Dicembre 2018	SI	Report o Relazione

		Monitoraggio sullo smaltimento di dispositivi di protezione	SI/NO	Aprile - Dicembre 2018	SI	Report o Relazione
<b>Farmacovigilanza</b>	Migliorare il processo di rilevazione degli eventi avversi	Inserimento nella rete nazionale di farmacovigilanza delle schede e loro validazione	(N° schede inserite o validate/Totale schede)*100	Aprile - Dicembre 2018	≥ 80%	Report o Relazione
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti alle cliniche nella stessa giornata on line	(N° di risultati trasmessi in giornata/Totale esami) *100	Aprile - Dicembre 2018	≥ 80%	Report o Relazione
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti a pazienti ambulatoriali per via telefonica e/o fax in giornata	(N° di risultati trasmessi in giornata/Totale esami)*100	Aprile - Dicembre 2018	≥ 80%	Report o Relazione

**Allegato 4: Obiettivi UOCCOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2018 AOU Federico II**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	TARGET 2018	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
<b>Efficienza</b>	Ottimizzazione dell'utilizzo di apparecchiature e dispositivi	Analisi dei fermi macchina al fine di ridurre i tempi di intervento per manutenzione e riparazione	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Report e Relazione
	Ottimizzare le informazioni del Flusso SIMES	Eeguire analisi dei dati e delle informazioni del Flusso SIMES e valutare la congruità del Fondi Rischi	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e/o Report
	Migliorare i processi informativi interni e verso l'esterno	Analisi di bechmark rispetto al network Ni.San. Con focus sulle maggiori aree di assorbimento delle risorse	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
		Implementare Cruscotto Direzionale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Efficienza</b>	Ottimizzare il processo di programmazione degli acquisti	Redazione e diffusione di un'Informativa sulle fasi e sui tempi di approvvigionamento e distribuzione di farmaci e dispositivi	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e/o report

<b>Efficienza</b>	Certif. Dati Bilancio	Completare il processo di Certificabilità dei Bilanci, in attuazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 70, della Legge n. 191/2009	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e Delibera di approvazione
	Monitorare il patrimonio aziendale	Realizzare inventariazione informatizzata di tutti i carichi e scarichi di tutti i beni aziendali dal 1 gennaio 2018 al 31 dicembre 2018	SI/NO	SI	Anno 2018	Relazione
<b>Efficienza</b>	Ottimizzare il processo di programmazione degli acquisti	Redazione e diffusione di un'Informativa sulle fasi e sui tempi del processo di approvvigionamento e distribuzione di beni e servizi	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e/o report
	Ottimizzare la gestione del magazzino	Regolamentare le condizioni generali di fornitura al fine di consentire l'utilizzo dei sistemi di identificazione automatica (bar code e nuove tecniche RFID)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Delibera di adozione
		Acquistare e verificare le funzionalità dei sistemi di comunicazione che si basano su tecnologia radio frequenza e l'uso di terminali portatili o sistemi basati sulla ricognizione vocale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione

		Migliorare la logistica relativa al carico/scarico merci  Definizione dei nuovi percorsi per fornitori con opportuna segnaletica; realizzazione nuovo varco di carico/scarico merci; installazione di nuovi ausili di protezione dei beni di consumo dagli agenti atmosferici	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
	Ottimizzare i tempi di espletamento dei procedimenti di gara	Regolamentare le competenze del RUP e dei DEC in relazione alle procedure di gara	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
		Adeguamento di tutti i capitolati di gara con importo superiore alla soglia comunitaria al capitolato "tipo" approvato dall'ANAC	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Efficienza</b>	Migliorare l'efficienza dei processi clinici	Consegna lavori Biobanca (Edificio 9)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Verbale di consegna
	Efficientamento energetico	Presentazione al Ministero dell'Ambiente del progetto definitivo di adeguamento energetico (Edificio 2)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Invio progetto a mezzo Pec e nota trasmissione al Ministero

		Approvazione del progetto esecutivo di efficientamento energetico di cui al POR 2014-2020	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Verbale di verifica di apposita Commissione e validazione RUP
<b>Efficienza</b>	Ottimizzazione del processo di reclutamento del personale aziendale	Redazione e diffusione di un'Informativa sulle procedure di reclutamento del personale da reclutare nell'ambito delle Linee Progettuali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e/o report
		Ridurre i tempi di evasione delle procedure di reclutamento relative alle Linee Progettuali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e/o report
<b>Efficienza</b>	Monitorare il patrimonio aziendale	Realizzare inventariazione informatizzata di tutti i carichi e scarichi di tutti i beni aziendali dal 1 gennaio 2018 al 31 dicembre 2018	SI/NO	SI	Anno 2018	Relazione
	Rispetto tempistica flussi SDO	Ottimizzare tempo di risoluzione delle problematiche emergenti nella elaborazione SDO dal momento della segnalazione	SI/NO	SI	Anno 2018	Relazione



<b>Efficienza organizzativa</b>	Miglioramento dell'efficienza organizzativa	Verifica della conoscenza interna sui processi amministrativo/contabili aziendali  Redazione e somministrazione schede di monitoraggio	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Efficienza organizzativa</b>	Migliorare la logistica e la mobilità interna	Predisporre Piano di azioni di miglioramento della logistica e della mobilità interna  Predisporre entro il 31	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Report e Relazione contenenti situazione attuale, proposte

		<p>agosto 2018 ed implementare entro il 31 dicembre 2018 un Piano Logistica relativo alle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regolamentazione trasporto interno di farmaci e beni economici</li> <li>- regolamentazione carico e scarico merci;</li> <li>- censimento delle aree di cantiere presenti in azienda, verifica dello status quo delle stesse e controllo della "messa a discarica" dei materiali di risulta dei cantieri censiti;</li> <li>- programma di intervento per ridurre code e attese degli utenti alla fermata autobus all'ingresso dell'AOU;</li> <li>- monitoraggio sull'attività di rimozione auto, analisi delle problematiche riscontrate e proposte risolutive;</li> <li>- miglioramento della viabilità in situazioni critiche;</li> <li>- valutazione dello stato di usura dell'asfalto.</li> </ul>				e soluzioni realizzate
--	--	--	--	--	--	------------------------

<b>Efficienza Appropriatezza</b>	Rispetto tempistica flussi SDO in RO come previsto dalla Regione	Rispetto dei Tempi di fornitura di farmaci e dispositivi	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione Direzione Sanitaria
	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Rispetto tempi di fornitura quindicinale e settimanale di antibiotici e disinfettanti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione Direzione Sanitaria
		Rispetto Rispondenza qualitativa nella fornitura di antibiotici e disinfettanti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione Direzione Sanitaria
<b>Efficienza Appropriatezza</b>	Rispetto tempistica flussi SDO in RO come previsto dalla Regione	Monitoraggio e consegna ai referenti SDO di un report mensile (il 15 di ogni mese) delle schede ancora non storicizzate	SI/NO	SI	Anno 2018	Report mensile
		Creazione di un registro delle anomalie sulla procedura SDO-DRG e invio della problematica agli uffici competenti	SI/NO	SI	Anno 2018	Registro
		Monitoraggio degli indicatori di risultato e valutazione ex ante delle performance prodotte	SI/NO	SI	Anno 2018	Report monitoraggio e Relazione di valutazione

<b>Qualità Appropriatezza</b>	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Monitoraggio trimestrale delle infezioni del sito chirurgico e produzione report	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Report monitoraggio
		Monitoraggio indicatori di risultato e valutazione ex ante del rischio infettivo	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Report monitoraggio e relazione di valutazione
		Audit dipartimentali sulle infezioni notificate e Analisi singoli casi	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione e verbali di audit
<b>Appropriatezza</b>	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Ottimizzare Tempi di aggiornamento e/o inserimento documentazione on line (procedure e modulistica)	SI/NO	SI	Anno 2018	Relazione
<b>Comunicazione</b>	Miglioramento della comunicazione verso l'esterno	Miglioramento dell'accesso on line alle informazioni per gli studenti tirocinanti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Nota trasmissione/sito web

<b>Comunicazione</b>	Migliorare la comunicazione verso l'esterno	<p>Aggiornamento e popolamento della sezione del sito web aziendale dedicata agli studenti su indicazione della U.O.C. Gestione Affari Generali</p> <p>Trasmissione tempestiva alla P.O. Sistemi Informativi e Gestione Flussi di: elenco convenzioni attive con le Università/Istituti di provenienze degli studenti, con aggiornamento in tempo reale delle stesse; informazioni necessarie per facilitare l'accesso degli studenti ai percorsi formativi</p>	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Comunicazione</b>	Migliorare la comunicazione interna	Proporre, implementare e diffondere Piano di comunicazione interna	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Delibera approvazione Piano, Relazione sullo stato di implementazione
<b>Comunicazione</b>	Ottimizzare il processo di diffusione della conoscenza a livello aziendale	Realizzare evento di diffusione del Regolamento sulla Contabilità	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Ricerca e sviluppo</b>	Partecipazione a progetti/eventi	Presentazione proposta progettuale Pre Commercial Procurement	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione

		Partecipazione ad almeno un progetto collaborativo internazionale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
		Partecipazione agli eventi/networking meeting delle seguenti reti: EIP on AHA; Promis	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Formazione e aggiornamento</b>	Formare ed aggiornare costantemente il personale aziendale	Realizzare analisi fabbisogno formativo aziendale e predisporre programma di intervento per l'anno 2019	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Informatizzazione</b>	Implementare processo di dematerializzazione	Implementare processo di dematerializzazione del Protocollo	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
		Implementare processo di dematerializzazione delle Deliberazioni e Atti aziendali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	
<b>Informatizzazione</b>	Dematerializzare i processi aziendali	Implementare la nuova procedura SIOPE e conseguente dematerializzazione degli ordinativi di spesa e di riscossione	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione

<b>Informatizzazione</b>	Adeguamento e integrazione dei sistemi informativi aziendali	Realizzare la piena integrazione del sistema informativo gestione paghe, con sistema gestione giuridica del personale e rilevazione presenze	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
		Integrazione nel sistema Iriswin delle specialità mediche per il personale sanitario	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Informatizzazione</b>	Adeguamento e integrazione dei sistemi informatici e informativi aziendali	Completare l'informatizzazione di tutti gli armadietti farmaceutici di reparto	% di completamento	100%	Aprile - Dicembre 2018	Report
		Realizzare la piena integrazione del sistema informativo gestione paghe, con sistema gestione giuridica del personale e rilevazione presenze	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
		Supervisione e valutazione dell'efficacia dell'azione formativa realizzata sull'utilizzo del software AREAS per la gestione della contabilità aziendale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione

<b>Trasparenza</b>	Implementazione strumenti di partecipazione dei cittadini al controllo sul rispetto degli obblighi di trasparenza	Definizione e redazione di procedure per la raccolta di segnalazione illeciti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Delibera di adozione
<b>Trasparenza</b>	Implementazione strumenti di partecipazione dei cittadini al controllo sul rispetto degli obblighi di trasparenza	Implementazione di procedure on line per la raccolta di segnalazione illeciti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
<b>Sicurezza</b>	Migliorare la sicurezza degli ambienti di lavoro	Redazione capitolato per l'individuazione del progettista e del direttore dei lavori per l'adeguamento e messa a norma degli impianti elettrici e speciali (Edificio 18)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Nota trasmissione al Direttore Generale



		Redazione capitolato per l'individuazione del progettista per l'adeguamento e messa a norma del pronto soccorso ostetrico e per la realizzazione delle nuove sale parto (Edificio 9)	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Nota trasmissione al Direttore Generale
Sicurezza	Miglioramento sicurezza antincendio	Aggiornamento della valutazione del rischio Incendio per gli edifici 1,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14, 15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26Sopralluoghi specialistici presso i luoghi di lavoro, Analisi/Valutazione dei Rischi presenti e la riduzione degli stessi tramite apposito programma di miglioramento	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Documento valutazione rischi
		Adeguamento Antincendio degli Edifici dell'AOU "Federico II"				
		Predisposizione della documentazione di gara per l'affidamento della Progettazione Definitiva/Esecutiva	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Deliberazione

		Valutazione del Rischio per la Movimentazione dei pazienti ospedalizzati per gli edifici 1,2,3,4 tramite sopralluoghi specialistici presso i luoghi di lavoro, analisi delle risultanze e conseguente valutazione del rischio MAPO	SI/NO	SI	aprile - Dicembre 2018	Verbali di sopralluogo - Relazione
		Formazione del Personale per il conseguimento dell'attestazione per addetti ad Alto Rischio Incendio con apposito corso  Antincendio di durata pari a 16h per edizione	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
	<b>Miglioramento sicurezza nei luoghi di lavoro</b>	Aggiornamento delle Tavole d'Esodo e delle Norme di Comportamento tramite sopralluoghi specialistici presso i luoghi di lavoro, l'aggiornamento della documentazione e delle planimetrie presenti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione

		<p>Riduzione del Rischio negli edifici dell'AOU tramite l'implementazione di Armadi Antincendio</p> <p>Realizzazione Corso Antincendio di durata pari a 16h per edizione</p>	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2018	Relazione
--	--	--	-------	----	---------------------------	-----------

**Allegato 5: risultati di natura economico –finanziario, tecnico-gestionale ed organizzativo del periodo agosto 2016 - dicembre 2018**

Obiettivo		Azioni conseguite/risultati raggiunti periodo agosto 2016/dicembre 2018
1	Partoanalgesia	Visite anestesilogiche n. 860 Partoanalgesie effettuate n. 190
2	Parti cesarei primari (secondo protocollo LEA)	Riduzione del n. dei casi dei parti cesari primari (25,7% dei casi al 2015 vs 16,8% dei casi nel 2018)
3	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)	Avvio/progettazione di n. 8 PDTA
4	Reti assistenziali tempo-dipendenti	Partecipazione attiva a: - rete oncologica campana (ROC) - rete dell'infarto miocardico acuto (IMA) Avvio fase di organizzazione della rete dell'ictus cerebrale acuto (Stroke Unit)
5	Equilibrio economico-finanziario	Conseguimento di un avanzo di gestione nel 2016 e 2017 Conseguimento del 100% degli obiettivi di abbattimento di spese di cui alla Spendig Review
6	Informatizzazione	Sviluppo di n. 27 nuove procedure di informatizzazione per l'area sanitaria ed amministrativa
7	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio	Prosecuzione del piano di ammodernamento, ristrutturazione e adeguamento della struttura edilizia.
8	Percorso di certificabilità del Bilancio (PAC)	Conseguimento del 75/ 80% del cronoprogramma delle attività relative al PAC
9	Progetto integrato della logistica del farmaco	In fase di avvio del Partenariato Pubblico Privato con stima di risparmio del consumo farmaci di almeno 4% rispetto all'attuale consumo
10	Tutela della privacy	Adeguamento agli standard previsti dal GDPR Reg. UE 679/2016
11	Anticorruzione e trasparenza	Adempimento al 100% rispetto alle nuove prescrizioni del Decreto legislativo n.33/2013 (progetto "Bussola della trasparenza")
12	Riorganizzazione aziendale (di cui al POFA 2016/2018)	Riduzione del numero di UOC (n. 61 UOC attuali) Riduzione di n. 2 DAI (passaggio da n. 13 DAI a n. 11 DAI mediante l'accorpamento di aree omogenee di attività)
13	Adempimenti LEA	Raggiungimento di n. 29 adempimenti su 33 previsti (88% degli obiettivi raggiunti) di cui: - incremento del n. degli interventi entro le 48h da frattura del femore dal 50% dei casi del 2015 al 72% dei casi nel 2018

		- riduzione del n. dei casi dei parti cesari primari (25,7% dei casi al 2015 vs 16,8% dei casi nel 2018)
14	Tempi di attesa	Prestazioni di specialistica ambulatoriale: - <b>riduzione media di 28 gg di attesa (56,69%)</b>  Ricoveri (DH e RO) - <b>riduzione media di 22 gg di attesa (41,06%)</b>
15	Prestazioni ALPI	Intensificazione del monitoraggio delle attività istituzionali ed in ALPI ai fini della verifica dell'equilibrio di tempi e volumi
16	Performance assistenziali	Miglioramento degli obiettivi tematici: - riduzione dei ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici – obiettivo raggiunto al 100% - aumento delle Colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno - obiettivo raggiunto al 100% - riduzione dei Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC - obiettivo raggiunto al 100%
17	Accoglienza del paziente	Riorganizzazione del CUP: - aumento del nr. di sportelli (passaggio da nr. 6 a nr. 10 sportelli) - adesione di nr. 800 farmacie dislocate sul territorio regionale per il servizio di prenotazioni delle prestazioni assistenziali - incremento di oltre il 100% del nr. di telefonate servite all'utenza, dal 2016 ad oggi - n. 1.648 re-call in n. 4 mesi
18	Sicurezza	Miglioramento degli standard di sicurezza nei luoghi di lavoro: n. 6 lavori di miglioramento della sicurezza antincendio aggiudicate mediante gare pubbliche
19	Interventi strutturali	Interventi ex art. 20 realizzati: - Adeguamento e messa a norma di nr. 10 complessi operatori e rianimazione ed ematologia - Ristrutturazione e messa a norma degli impianti elettrici di nr. 10 edifici <u>Attività progettate a farsi:</u> - nuova U.T.I.C. e Centro Ipertensione "La Cicogna" - Efficientamento energetico - reparto di terapia intensiva della neurochirurgia - reparto di ematologia - reparto di medicina interna - bio banca - ambulatori per gli adulti e degenze pediatriche per fibrosi cistica

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- piastra endoscopica pediatrica</li> <li>- piastra endoscopica interventistica</li> </ul>
20	Gestione del contenzioso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione di oltre il 100% del contenzioso civile (passaggio da n. 25 D.I. nel 2016 a n. 11 D.I. nel 2018) con seguente risparmio economico.</li> <li>- Riduzione del contenzioso amministrativo da n. 17 ricorsi nel 2016 a n. 5 ricorsi nel 2018.</li> <li>- Riduzione del contenzioso del lavoro da n. 49 ricorsi nel 2016 a n. 17 nel 2018.</li> </ul>
21	Altri obiettivi	Acquisizione della quota di partecipazione del 60% in Ceinge scarl.
22	Apparecchiature elettromedicali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimenti effettuati nel triennio 2016/2018 ammontano a circa 17 milioni di euro.</li> <li>- Previsione di investimenti per il triennio 2019/2021 è pari a circa 11,5 milioni di euro.</li> <li>- Installate le seguenti apparecchiature nel triennio 2016/2018: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Robot Chirurgico “Da Vinci”</li> <li><input type="checkbox"/> “TrueBeam stx”, una moderna apparecchiatura per la radioterapia dei tumori</li> <li><input type="checkbox"/> nuove Tac per il centro di diagnostica per immagini;</li> <li><input type="checkbox"/> nuova PET-TC</li> <li><input type="checkbox"/> nuova piastra di endoscopia digestiva</li> <li><input type="checkbox"/> nuovo Mammografo digitale con Tomosintesi</li> </ul> </li> <li>- Introduzione della metodologia di valutazione dell’obsolescenza del parco tecnologico biomedicale</li> </ul>
23	Tempi di pagamento (media) dei fornitori	Forte riduzione dei tempi medi di pagamento: da 72 giorni nel 2015 a -14 giorni nel 2018
24	Controllo direzionale	Sviluppo del Cruscotto direzionale multidimensionale (CDM) con formazione in aula a n. 5 DAI e adesione al network NISAN
25	Procedure di reclutamento	Anno 2016: n. 94 procedure per n. 194 figure professionali Anno 2017: n. 91 procedure per n. 338 figure professionali Anno 2018: n. 92 procedure per n. 150 figure professionali
26	UFA	Risparmi da drug day: 2016 - euro 924.071 2017 - euro 2.084.103 2018 - euro 1.703.947

