

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019
AOU FEDERICO II
(art. 10, comma 1, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009)

Premessa

La presente Relazione è redatta, 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.

Con questo documento l'AOU si propone di comunicare a tutti i propri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2019. 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 2019
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 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 2019
 - Allegato 1: Obiettivi DAI Anno 2019 AOU Federico II
 - Allegato 2: Obiettivi UUOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2019 AOU Federico II

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

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

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

Le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso 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'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo l'AOU Federico II si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. 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 DA, 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 intersectorialità, 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 31.12.2019

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 dei DAI e delle UUOCC 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

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

(*) Aggiornamento al 01/11/2019

(**) 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 31/12/2019

DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA' INTEGRATA (DAI)
1. TESTA-COLLO
2. ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE
3. MATERNO INFANTILE
4. MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE
5. EMERGENZE CARDIO-VASCOLARI, MEDICINA CLINICA E DELL'INVECCHIAMENTO
6. GASTROENTEROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA
7. CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA
8. MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO
9. MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE
10. SANITA' PUBBLICA , FARMACOUTILIZZAZIONE E DERMATOLOGIA
11. CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIE SPECIALISTICHE, DEI TRAPIANTI DI RENE, NEFROLOGIA, CURE INTENSIVE E DEL DOLORE

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

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

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.

¹ Lo Staff di Direzione Generale comprende i seguenti servizi: Ingegneria Clinica, Tecnologie sanitarie e HTA; Logistica e mobilità interna; Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione; Analisi dei fabbisogni formativi, progettazione didattica e valutazione; Segreteria generale, coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali; Protocollo generale; Albo pretorio; Comunicazione, URP e Ufficio Stampa; Affari Legali; Gestione contenzioso civile e transazioni; Gestione delle assicurazioni

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.

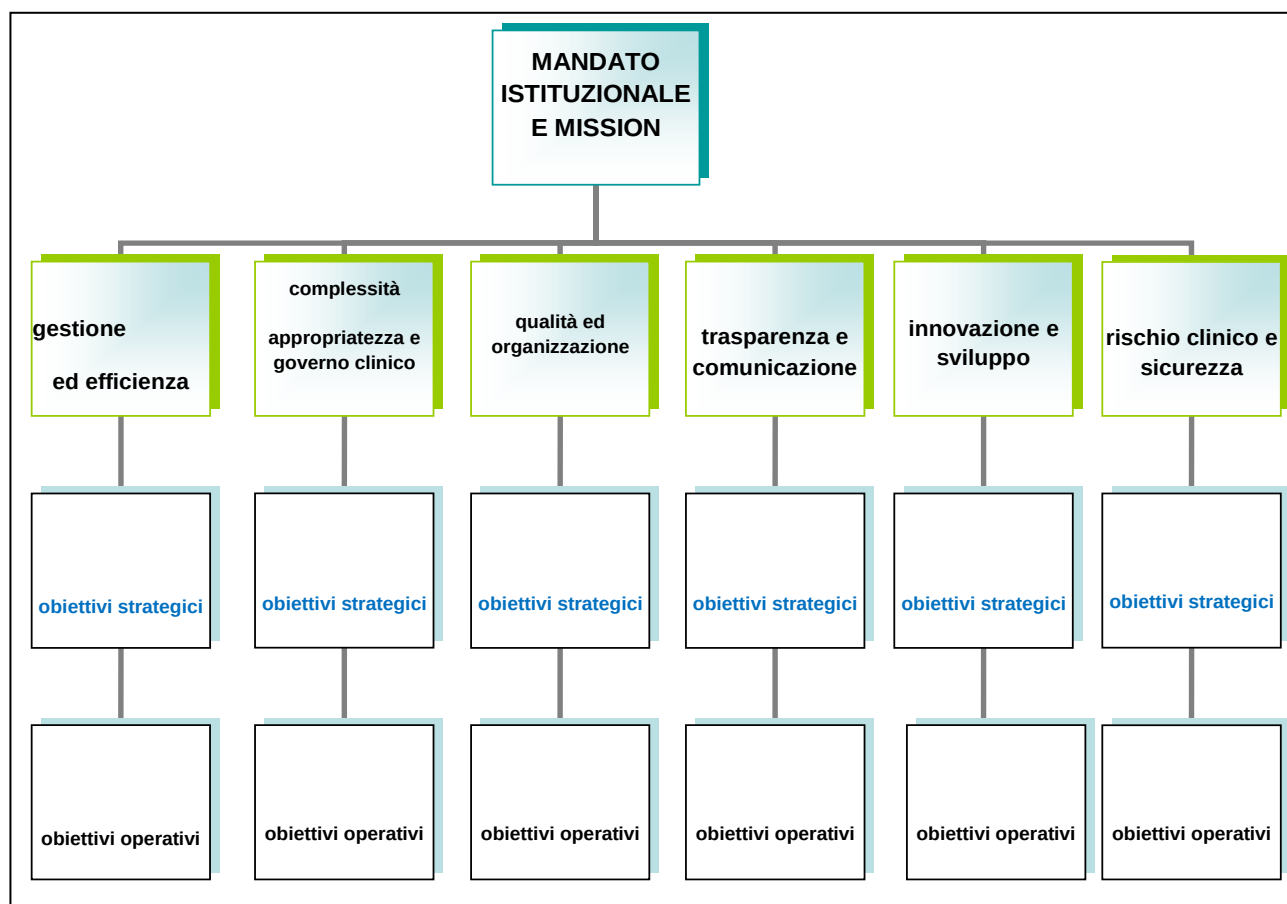
L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

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 2019

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

Nelle tabelle seguenti si riportano i risultati relativi agli obiettivi LEA realizzati rispetto all'anno 2018 e rispetto all'anno 2015 anno di confronto come da Delibera di assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale.

Adempimenti LEA 2019²

OBIETTIVO Numero/lettera	DETTAGLI	OSSERVAZIONI/CRITICITÀ
Appropriatezza delle prestazioni RIDUZIONE DEL 30% DEI RICOVERI ORDINARI IN Età PEDIATRICA (<18 anni) PER ASMA E GASTROENTERITE 2 - G	Obiettivo finale: -30%	 Osservazioni N. di casi al 28/11/2019: 19 N. di casi 31/12/2015: 30 N. di casi consentiti nell'anno 2019: 15 Restanti: -4
Appropriatezza delle prestazioni RIDUZIONE DEL 10% DEI RICOVERI ORDINARI IN Età ADULTA (≥18 anni) PER COMPLICANZE (A BREVE E LUNGO TERMINE) PER DIABETE, BPCO E SCOMPENSO CARDIACO 2 - G	Obiettivo finale: -10%	 Osservazioni N. di casi al 28/11/2019: 229 N. di casi al 31/12/2015: 200 N. di casi consentiti nell'anno: 267 Restanti: 38
Appropriatezza delle prestazioni RIDUZIONE DEI RICOVERI DIURNI DI TIPO DIAGNOSTICO 2 - G	Almeno di un valore pari al 30% rispetto al dato dell'anno 2015 Obiettivo finale: -30%	 Osservazioni N. di casi al 28/11/2019: 12.302 N. di casi anno 2015: 14.912 N. di casi consentiti nell'anno: 9.045 Ne restano - 3.257

² Tabella elaborata dal Gruppo monitoraggio LEA

Appropriatezza delle prestazioni

RIDUZIONE DEGLI ACCESSI DI TIPO MEDICO 2 - G

Almeno di un valore pari al 25% rispetto al dato dell'anno 2015

Obiettivo finale: -25%



Osservazioni

N. di casi al 28/11/2019: **67.063**
N. di casi anno 2015: **83.318**
N. di casi consentiti nell'anno: **68.260**
Ne restano **1.200**

Appropriatezza delle prestazioni

RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E DRG IN REGIME ORDINARIO (all. B Patto per la Salute 2010-12) 2 - G

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



Osservazioni

Al 28/11/2019:
2.699/11.577 = 23,3%
Al 31/12/2015:
6.506/17.457 = 37,3%

Risultato al di sopra del valore fissato ma in miglioramento rispetto all'anno 2015

Appropriatezza delle prestazioni

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

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



Osservazioni

Al 28/11/2019:
6/8 = 75%
Al 31/12/2015:
8/16 = 50%

Appropriatezza delle prestazioni

PERCENTUALE PARTI CESAREI PRIMARI 2 - G

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



Osservazioni

Al 28/11/2019:
Dati grezzi: 292/849 = 34,4%

in miglioramento rispetto al risultato del 2015
 Dati corretti dal Fattore di Rischio: **240/781 = 30,7%**
>24% ma in miglioramento rispetto al 2015
Dati secondo protocollo LEA: 59/378 = 15,6%

Al 31/12/2015:
Dati grezzi: 785/1741 = 45,1%
 Dati corretti dal Fattore di Rischio: **674/1618 = 41,7%**
Dati secondo protocollo LEA: 228/887 = 25,7%

Criticità

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

Assistenza farmaceutica

Monitoraggio spesa farmaceutica ospedaliera finalizzato al contenimento/riduzione dei costi

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

3 - L

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



Osservazioni

L'UOC di Farmacia invia mensilmente i dati, nel rispetto delle nuove scadenze, ovvero il 10 (file D) e il 15 (file CO) di ogni mese successivo al mese di riferimento.

Assistenza farmaceutica

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

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

3 - AAL

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



Osservazioni

L'UOC di Farmacia invia mensilmente i dati, nel rispetto delle nuove scadenze, ovvero il 10 (file D) e il 15 (file CO) di ogni mese successivo al mese di riferimento.

Assistenza ospedaliera

Controllo cartelle cliniche

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

4 - AM

Obiettivo finale: Controllare mensilmente almeno il 10% delle Cartelle Cliniche



Osservazioni

Il controllo viene effettuato su una percentuale maggiore del 10%

Assistenza ospedaliera

Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

1. implementazione Raccomandazioni Ministeriali
2. Formazione degli operatori sanitari sul tema della sicurezza pazienti
3. Monitoraggio dell'adozione della Check list in sala operatoria
4. Utilizzo della Check list in sala operatoria
5. Prevenzione delle cadute
6. Eventi sentinella: Monitoraggio tramite SIMES

4 - AS

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

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



Osservazioni

Si stanno effettuando monitoraggi per garantire il mantenimento dei risultati

L'Obiettivo per il 2017 è stato raggiunto:
sono state implementate tutte le raccomandazioni ministeriali applicabili

Sito di riferimento

Assistenza ospedaliera

Miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita

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

4 - AAF1

Gruppo di lavoro "Percorso nascita" costituito con

DCA n. 17 del 08/03/2017

Per l'A.O.U. prof. F. Raimondi



Osservazioni

Si stanno effettuando monitoraggi per garantire il mantenimento dei risultati

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

Criticità

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

Assistenza primaria

Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici

BPCO, HIV, Diabete e piede diabetico

5 - X



Osservazioni

Si stanno effettuando monitoraggi per garantire il mantenimento dei risultati

Obiettivo raggiunto nel 2017
PDTA HIV: disp. 389-04/08/17 parz. rett. 272-31/05/17

PDTA B.P.C.O.: disp. 321-13/11/2014
PDTA Diabetologia e piede diabetico: disp. 272-31/05/17

Fascicolo Sanitario Elettronico

Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE

FSE

7 - AAD



Osservazioni

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

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

SP - Stato Patrimoniale

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

CE - Conto Economico

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

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

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

CEDAP

8 - C

(disp. 272-31/05/17)

Puntuale trasmissione dei CEDAP



Osservazioni

Staff di Direzione Strategica - PO Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione – AOU Federico II di Napoli
 interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it

Obiettivo raggiunto

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

Flussi informativi

Conto annuale

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

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile
La scadenza annuale solitamente è il 31 maggio ques'anno, per problemi interni, la Regione ha spostato la data al 25 giugno 2018

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP22bis

8 - C

Obiettivo finale: Inviare il flusso TRIMESTRALMENTE



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP24

8 - C

Obiettivo finale: Inviare il flusso dati trimestralmente



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP14

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Criticità

L'invio dei flussi informativi è stato effettuato entro le scadenze previste ma per la ricezione da

parte del Ministero non è pervenuta alcuna informazione

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP12

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Criticità

L'invio dei flussi informativi è stato effettuato entro le scadenze previste ma per la ricezione da parte del Ministero non è pervenuta alcuna informazione

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

NSIS-HSP11

8 - C

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



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Criticità

L'invio dei flussi informativi è stato effettuato entro le scadenze previste ma per la ricezione da parte del Ministero non è pervenuta alcuna informazione

Flussi informativi

Monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi

SDO

SDO

8 - C

Obiettivo finale: inviare il flusso OGNI MESE ENTRO IL 15



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Criticità

L'invio dei flussi informativi è stato effettuato entro le scadenze previste ma per la ricezione da parte del Ministero non è pervenuta alcuna informazione

Flussi informativi

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

Liste d'attesa - Assicurazione debiti informativi

8 - H

Trasmissione flusso ex ante due volte l'anno
Obiettivo finale: Inviare il flusso due volte l'anno



Osservazioni

Aggiornamento inviato alla Regione il 18 luglio 2018:
Visita senologica e mammografia --> attesa pari a zero
Ricoveri: nel 2017 trattati 247 casi con una media di attesa di 32 giorni (tra data di prenotazione e ricovero)
Obiettivo raggiunto nel 2017
Per ciascuna criticità sono state indicate e messe in opera delle soluzioni operative.

Attualmente ci si adopera per ridurre ulteriormente i tempi di attesa

Flussi informativi

Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie

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

8 - AAP

Modalità di pubblicazione dei report

Obiettivo finale: 100%



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Gestione e valutazione del personale

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

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

9 - V

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



Osservazioni

Obiettivo raggiunto
Realizzato il 100%
Il piano Formativo Aziendale per l'anno 2017 è stato predisposto ed approvato dalla Direzione Aziendale con **delibera n. 923- 28/12/16**

Criticità

La nota carenza di personale rende difficile la

partecipazione ai percorsi formativi, seppure obbligatori, della maggior parte del personale.

Procedimenti contabili e gestionali e certificabilità dei bilanci del SSR

Implementazione e monitoraggio stato di attuazione della Contabilità analitica

Implementazione e monitoraggio della contabilità analitica

11 - N

OBIETTIVO A1: coerenza piano dei centri di costo con la struttura organizzativa
OBIETTIVO A2: coerenza piano dei fattori produttivi con piano dei conti
OBIETTIVO A3: quadratura Co.Ge. - Co.An.
OBIETTIVO A4: capacità di quantificare gli scambi interni
OBIETTIVO B1: utilizzo della Co.An. per compilazione modello L.A.
OBIETTIVO B2: capacità di quantificare attività territoriale svolta in ospedale e, in generale, fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi

Obiettivo finale: 100%



Osservazioni

Obiettivo raggiunto
Relazione avanzamento P.A.C.
Integrazione alla relazione

Procedimenti contabili e gestionali e certificabilità dei bilanci del SSR

Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSN

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

11 - AT

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

Obiettivo finale: SI



Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Sistema CUP

Sistema CUP

Sistema CUP - Monitoraggio e invio alla Regione di:

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

13 - AU

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



Osservazioni

Maggio 2018 inviati dati in Regione
Questionario LEA anno 2017

Salute Mentale

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

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



NSIS-SISM

14 - AAB

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

Osservazioni

Obiettivo raggiungibile

Criticità

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

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

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

Obiettivo finale: Rispetto degli standard



Osservazioni

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

16 - AAM

Obiettivo raggiungibile

Atto aziendale

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

Telemedicina

Telemedicina

Assicurazione debiti informativi - Questionario di rilevazione

Obiettivo finale: Questionario rivelazione



Osservazioni

Telemedicina - Assicurazione debiti informativi - Questionario di rilevazione

17 - AAO

Relazione giugno 2018

4.2.2 Rispetto dei tempi di attesa – attività ed iniziative intraprese

Nell'anno 2019 in ottemperanza a quanto disposto dal DCA n.52 del 4 luglio 2019, avente ad oggetto "Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa", l'AOU Federico II con Deliberazione n. 897 DEL 18.11.2019 adotta il Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021 (PAGLA)

L'AOU Federico II rispetta la normativa vigente riguardo agli obblighi di trasparenza, pubblicando periodicamente nell'apposita sezione del sito web aziendale tutte le statistiche ed i monitoraggi per le liste ed i tempi d'attesa previsti dalle relative norme nazionali e regionali vigenti.

Il ventaglio dell'offerta assistenziale dell'AOU Federico II comprende sia prestazioni ambulatoriali che di ricovero in regime ordinario e Day Hospital / Day Surgery. Il numero delle agende ambulatoriali (tutte informatizzate elettronicamente), tra prime visite e controlli, oltre a quelle interne per le consulenze, ammonta a più di 600. In aggiunta, quelle dedicate ai professionisti che svolgono ALPI, anche queste elettroniche, sono più di 300, per un totale di quasi 1000 agende.

Le liste di attesa per i ricoveri, ai fini della consultabilità, sono invece suddivise per Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI) e per Unità Operative (UU.OO.) ad essi afferenti, e riportano le statistiche descrittive per diagnosi e per classe di priorità, disponibili in forma anonimizzata secondo quanto previsto dal Regolamento EU 2016/679 (GDPR), qualora richieste in visione dal Cittadino.

L'Azienda è dotata di un Data Warehouse (DWH) in cui confluiscono i dati derivanti dai vari applicativi informatici che alimentano i flussi informativi sanitari, consultabile dai Direttori dei DAI e di UU.OO. con diversi livelli di accesso mediante interfaccia raggiungibile via intranet (Cruscotto Aziendale). Il Cruscotto è un prezioso strumento informatico organizzativo e di controllo, di immediata comprensione e fruizione da parte dell'utilizzatore, che consente di monitorare in tempo reale la reportistica relativa alle performance delle UU.OO. di propria competenza. La Direzione Strategica ed il Controllo di Gestione hanno una visione completa su tutto il DWH e la più ampia possibilità di produrre opportuna reportistica oltre che la peculiarità di sviluppare indicatori tailored per le esigenze della AOU, sia in ossequio alla normativa che con finalità di ricerca e sviluppo.

Il DWH, che andrà in futuro ad alimentare il Flusso per il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del Cittadino, interagisce inoltre con la Piattaforma Regionale So.Re.Sa. "ASAP_bi", sviluppata da Nexera, che da esso preleva i dati relativi ai tempi di attesa aziendali in maniera automatica ed in tempo reale. In prospettiva, anche a supporto della realizzazione del CUP Regionale mediante il Progetto SINFONIA, le estrazioni derivanti da "ASAP_bi" saranno visibili a tutti gli utenti per consentire tutti i monitoraggi previsti dal PNGLA 2019-2021 (Prenotazione, performance erogati, monitoraggi ex-ante, prima disponibilità, ricoveri, etc.).

Nel PAGLA sono contenuti gli obiettivi per il triennio 2019 – 2021, oltre che la descrizione delle azioni realizzate al fine del raggiungimento degli stessi e i risultati realizzati.

TRACCIANTI (a)	ice tazione	Descrizione Prestazione	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI GENNAIO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI FEBBRAIO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI MARZO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI APRILE 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI MAGGIO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI GIUGNO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI LUGLIO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI AGOSTO 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI SETTEMBRE 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI OTTOBRE 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI NOVEMBRE 2019 (IN GIORNI) (b)	TEMPO MEDIO DI ATTESA MESE DI DICEMBRE 2019 (IN GIORNI) (b)
1	89.7	Visita Cardiologica	34,85	31,90	18,20	41,82	18,80	18,40	20,54	1,20	20,60	9,98	33,99	36,80
2	89.7	Visita Chirurgia Vascolare	7,13	5,50	8,60	7,19	4,90	12,20	6,97	29,00	6,55	9,18	5,49	7,70
3	89.7	Visita Endocrinologica	21,20	16,50	19,63	29,41	25,80	22,80	30,03	43,42	19,83	33,87	37,17	36,30
4	89.13	Visita Neurologica	18,59	33,80	42,67	45,78	47,50	46,20	41,82	79,70	43,29	51,24	42,46	51,40
5	95.02	Visita Oculistica	62,19	74,30	75,48	90,86	89,50	79,10	75,19	84,92	73,58	67,59	89,00	92,50
6	89.7	Visita Ortopedica	20,18	22,30	21,44	24,04	21,20	17,60	14,97	19,47	10,58	7,49	18,19	27,80
7	89.26	Visita Ginecologica	11,05	15,10	15,23	21,66	22,30	21,10	17,54	21,93	18,15	18,55	20,13	15,60
8	89.7	Visita Otorinolaringoiatrica	39,07	36,70	42,23	50,32	52,20	48,30	50,82	65,05	35,81	38,56	44,43	47,00
9	89.7	Visita Urologica	43,61	64,50	57,92	73,22	77,60	42,90	44,53	60,30	57,04	33,50	68,63	76,90

10	89.7	Visita Dermatologica	7,79	8,50	8,84	17,30	11,50	13,70	10,22	16,30	8,30	8,55	7,76	9,20
11	89.7	Visita Fisiatrica	5,70	3,80	4,97	9,00	11,00	6,30	5,95	6,00	5,89	4,71	5,95	5,80
12	89.7	Visita Gastroenterologica	28,60	32,20	26,55	48,68	40,30	32,80	40,25	26,30	35,53	60,06	37,24	35,70
13	89.7	Visita Oncologica	0,83	1,30	0,72	1,80	1,40	1,00	0,68	3,10	1,93	0,72	1,60	1,20
14	89.7	Visita Pneumologica	11,77	8,20	4,64	5,25	3,70	4,80	12,69		9,08		8,13	9,80
15	87.37.1 - 87.37.2	Mammografia	60,51	35,90	50,71	62,59	36,50	35,60	53,52	35,00	38,40	126,70	73,57	80,20
16	87.41 - 87.41.1	Tac Torace con e senza contrasto	16,04	18,40	35,15	19,59	37,80	29,20	23,63		25,72	7,33	39,08	24,10
17	88.01.2 - 88.01.1	TC Addome Superiore con e senza contrasto	4,33	0,00	87,00	0,00		63,50	115,00		0,00		96,29	
18	88.01.4 - 88.01.3	TC Addome inferiore con e senza contrasto	21,00	38,70	87,00	0,00		2,70	0,00		0,00		121,33	200,00
19	88.01.6 - 88.01.5	TC Addome Completo con e senza contrasto	20,95	17,50	40,76	32,38	38,80	40,30	31,41	63,50	29,80	11,00	32,04	22,70
20	87.03 - 87.03.1	TC Capo con e senza contrasto	11,77	17,70	24,45	30,75	6,80	12,90	24,75	27,50	4,85	11,00	7,88	14,60

21	88.38.2 88.38.1	- TC Rachide e Speco Vertebrale con e senza contrasto	1,00	0,00	42,00		34,00	12,80	43,50		0,00	0,00	9,00	6,70
22	88.38.5	TC Bacino con e senza contrasto	0,00					3,30			11,00			
23	88.91.1 88.91.2	- RMN Cervello e Tronco Encefalico	75,07	70,70	42,50	69,00	47,10	52,00	48,50		52,51	14,83	82,97	73,50
24	88.95.4 88.95.5	- RMN Pelvi, Prostata e Vescica	14,92	17,00	3,18	65,25	30,00	29,20	42,00		38,18	33,33	70,56	47,00
25	88.94.1 88.94.2	- RMN Muscoloscheletrica	0,12	0,00	3,67	0,00	0,00	1,30	0,00		0,00	0,00		0,00
26	88.93 88.93.1	- RMN colonna Vertebrale	71,18	59,30	76,00	87,29	80,40	52,20	41,58		61,10	62,00	67,68	55,00
27	88.71.4	Ecografia Capo e Collo	47,78	51,80	58,10	47,65	24,00	38,90	20,49	64,43	37,47	57,80	53,60	55,30
28	88.72.3	Ecocolordoppler cardiaca	16,03	16,20	11,54	23,50	38,50	35,70	32,49	19,17	45,63	30,78	49,41	54,40
29	88.73.5	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	8,15	13,80	14,11	34,85	24,70	25,10	8,73	1,20	48,07	40,36	59,33	65,40
30	88.77.2	Ecocolodoppler dei vasi periferici	9,34	8,70	20,88	30,74	17,40	23,00	10,04	5,47	10,27	19,40	31,34	31,60

31	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	Ecografia Addome	57,61	25,80	18,47	31,53	33,80	26,90	27,72	89,50	32,92	63,82	52,76	45,60
32	88.73.1 - 88.73.2	Ecografia Mammella	80,53	80,40	85,46	105,41	92,10	95,40	102,88	182,00	82,47	191,76	99,37	104,10
33	88.78 - 88.78.2	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	1,02	0,30	0,66	1,18	3,30	1,40	1,58	4,08	1,05	0,00	1,95	1,20
34	45.23 - 45.25 - 45.42	Colonscopia	43,00	41,50	42,18	43,86	36,80	41,90	49,52	52,71	42,33	41,64	58,19	41,60
35	45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	58,50	41,50	25,00	59,00		36,00	53,00		35,71		14,75	105,00
36	45.13 - 45.16	Esofagogastroduodenoscopia	14,83	18,70	17,57	27,36	19,60	23,80	23,51	18,50	18,90	17,37	23,86	29,00
37	89.52	Elettrocardiogramma	5,29	5,60	21,74	54,83	33,10	50,00	74,72	9,13	70,93	87,14	99,81	115,40
38	89.50	Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	10,42	4,90	1,88	7,86	4,10	3,40	9,45	3,00	11,71	9,75	8,68	18,00
39	89.41 - 89.43	Elettrocardiogramma da sforzo	5,98	4,80	2,75	8,06	5,00	10,50	17,01	0,00	14,55	3,50	20,27	19,40

40	95.41.1	Audiometria	36,29	40,40	33,94	47,74	67,60	46,80	54,61	75,27	34,33	46,89	52,25	51,10
41	89.37.1 - 89.37.2	Spirometria	4,57	5,70	4,58	4,08	3,00	4,10	9,43	4,00	4,37	4,00	4,86	9,00
42	95.09.1	Fondo Oculare	36,68	45,30	49,41	56,02	76,00	57,20	41,15	32,48	51,81	51,47	59,34	57,40
43	93.08.1	Elettromiografia	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	1,46	0,00

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 Conclusioni: obiettivi raggiunti

Premesso che ad oggi è ancora in corso il consolidamento del monitoraggio dei dati relativi alle singole Strutture a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19 verificatasi proprio nel periodo di avvio monitoraggio. Tuttavia, per la maggior parte degli obiettivi aziendali, ai fini della presente relazione si è fatto riferimento al periodo gennaio – novembre 2019, in quanto i dati relativi alle attività conclusesi a novembre 2019 possono ritenersi consolidati sui sistemi informativi già a febbraio 2020 e pertanto possono essere estratti ai fini di un primo monitoraggio.

In generale, nell'AOU Federico II, 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. I risultati realizzati risentono notevolmente dell'impatto della riorganizzazione aziendale a partire dai vertici con la nomina del nuovo Direttore Generale ad Agosto 2019.

Pertanto, 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 2019:

- Allegato 1: Obiettivi DAI Anno 2019 AOU Federico II
- Allegato 2: Obiettivi UUOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2019 AOU Federico II

Allegato 1: Obiettivi DAI Anno 2019 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2019	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Anno 2019	100%	SDO
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Anno 2019	SI	SDO
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 – 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Anno 2019	< = 21%	Cartella Clinica
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Aprile - Dicembre 2019	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	Report
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Aprile - Dicembre 2019	Incremento del 15%	Schede di sorveglianza epidemiologica
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	
			Compilazione schede di sorveglianza	N. schede compilate / N. interventi chirurgici	Aprile - Dicembre 2019	70%	

			epidemiologica	effettuati (fonte QUANI)			
			Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Aprile - Dicembre 2019	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	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Aprile - Dicembre 2019	100%	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale
	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Rispetto dei tempi di refertazione del germe sentinella previsti dalla procedura		Tempi impiegati/Tempi presvisti	Aprile - Dicembre 2019	90%	Report prodotto dal DAI
		Rispetto dei tempi di caratterizzazione microbiologica e fototipo di antibiotico resistenza		Tempi impiegati/Tempi presvisti	Aprile - Dicembre 2019	90%	Report prodotto dal DAI
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore	Esecuzione interventi per frattura femore (età +65) entro 2 giornate di degenza ordinaria	N° interventi eseguiti entro le 2 giornate in RO/N° interventi totale	Anno 2019	> = 60%	SDO
		Riduzione del n° di parti primari con taglio cesareo		N° tagli cesarei primari/ N° parti totali	Anno 2019	20 % <=> 24%	Report adempimenti LEA
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2019 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Anno 2019	-30%	Report adempimenti LEA
		Riduzione degli accessi di			Anno 2019	-25%	

		tipo medico rispetto all'anno 2018					
Efficacia	Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Riduzione della degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)	Dimissione dei pazienti entro 3 giorni	N° interventi con giornate di degenza < o = a 3 giorni/N° interventi totale	Anno 2019	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 2019	90%	SDO
		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 2018		(n. casi 2019 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Anno 2019	-10%	Report adempimenti LEA
		Riduzione dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite		(n. casi 2019 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Anno 2019	-30%	Report adempimenti LEA
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione delle Raccomandazioni 2, 3 e Check List	Corredare tutte le Cartelle Cliniche relative a interventi chirurgici della Check list di Sala Operatoria compilata correttamente e completamente	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di Sala Operatoria
		Implementazione della Raccomandazione 7 e	Corredare tutte le Cartelle Cliniche della Scheda Unica	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Scheda

		SUT	di Terapia (S.U.T.) firmata e correttamente e completamente compilata				Unica di Terapia
		Implementazione della Raccomandazione 5	Corredare tutte le Cartelle Cliniche in cui sia stata effettuata una trasfusione della Check list di trasfusione firmata e correttamente e completamente compilata	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di trasfusione
		Implementazione della Raccomandazione 13	Corredare tutte le Cartelle Cliniche relative a ricoveri ordinari (eccetto Pediatria) della Scheda di Valutazione individuale del Rischio Caduta correttamente e completamente compilata	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Scheda di Valutazione individuale del Rischio Caduta
		Implementazione della Raccomandazione 17	Corredare tutte le Cartelle Cliniche relative a ricoveri ordinari della Scheda di Riconciliazione Farmacologica correttamente e completamente compilata	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Scheda di Riconciliazione Farmacologica
	Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Adottare strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".	Avviare le azioni, di competenza della UOC, successive alla adesione alla Gara SORESA al fine di utilizzare il braccialetto elettronico del processo trasfusionale	SI/NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Relazione/Report
	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle	Implementazione della Raccomandazione 5	Corredare tutte le Cartelle Cliniche in cui sia stata effettuata una trasfusione	SI / NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di trasfusione

	Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti		della Check list di trasfusione firmata e correttamente compilata				
Efficienza	Ottimizzazione tempi di refertazione	Riduzione dei tempi di refertazione per le richieste urgenti che arrivano in Order Entry (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)		(n. richieste urgenti in OE refertate entro un'ora/n. richieste urgenti in totale OE) (n. richieste urgenti in OE refertate entro un'ora e mezza/n. richieste urgenti totali in OE)	Aprile - Dicembre 2019	80% entro un'ora 20 % entro 1 ora e mezza	Report
		Refertazione richieste urgenti dell'AOU Federico II che non arrivano in Order Entry ma in cartaceo entro due ore dall'arrivo del campione (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)		(n. richieste urgenti cartacee in OE refertate entro un'ora/n. richieste cartacee totali arrivate)	Aprile - Dicembre 2019	95%	Report
		Refertazione degli esami di routine in giornata (salvo indagini speciali)		(numero di esami di routine refertati nel giorno della esecuzione/n. di esami di routine effettuati) *100	Aprile - Dicembre 2019	100%	Report
	Ottimizzazione dei costi	Costituzione gruppo donatori al fine di incrementare la produzione in proprio di sacche rispetto all'anno 2018	Attivare iniziative volte ad incrementare il numero di donatori del 10% rispetto al 2018	N. donatori aprile - dicembre 2019/N. donatori aprile - dicembre 2018	Aprile - Dicembre 2019	10%	Report prodotto dal DAI
		Ottimizzazione dei costi attraverso il miglior utilizzo delle sacche di sangue e maggiore	Produzione report per DAI e per UOC sul percorso delle sacche (emazie concentrate) con	N. 5 Report bimestrali	Aprile - Dicembre 2019	N. 5 Report bimestrali	Report di monitoraggio redatto dal DAI

		controllo attraverso la tracciabilità delle stesse.	segnalazione delle non conformità e proposta di misure correttive.				
Informatizzazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione		(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Aprile - Dicembre 2019	100%	Report SIA
Organizzazione e Qualità	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	Somministrazione questionari di gradimento del personale del servizio mensa/ristorazione collettiva, rilevazione dei risultati e proposte di risoluzione delle situazioni critiche	n. questionari somministrati e raccolti	Aprile - Dicembre 2019	n. 600	Report e Relazione
		Rilevamento del grado di soddisfazione dei degenti rispetto al servizio mensa	Somministrazione questionari di gradimento dei degenti del servizio mensa, rilevazione dei risultati e proposte di risoluzione delle situazioni critiche	n. questionari somministrati e raccolti	Aprile - Dicembre 2019	n. 1200	Report e Relazione
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali	Monitoraggio e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	Elaborazione e diffusione report trimestrali sugli esiti dell'attività di sorveglianza sanitaria	SI/NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report semestrale
Sicurezza	Migliorare i livelli di sicurezza aziendale	Monitoraggio sull'utilizzo di dispositivi di protezione	Produrre report sull'utilizzo dei dispositivi di protezione	SI/NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report o Relazione
		Monitoraggio sullo smaltimento di dispositivi di protezione	Produrre report sullo smaltimento dei dispositivi di protezione	SI/NO	Aprile - Dicembre 2019	SI	Report o Relazione
Farmacovigilanza	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 2019	≥ 80%	Report o Relazione
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti alle cliniche		(N° di risultati trasmessi in giornata/Totale esami)*100	Aprile - Dicembre 2019	≥ 80%	Report o Relazione

		nella stessa giornata on line					
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti a pazienti ambulatoriali e altre strutture ospedaliere del territorio per via telefonica e/o fax, e-mail in giornata		(N° di risultati trasmessi in giornata/Totale esami)*100	Aprile - Dicembre 2019	≥ 80%	Report o Relazione

Allegato 2: Obiettivi UOCC tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2019 AOU Federico II

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2019	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	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	Redazione report di monitoraggio delle schede non storicizzate e invio ai referenti Sdo	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report mensile
		Monitoraggio degli indicatori di risultato e valutazione ex ante delle performance prodotte	Redazione report di monitoraggio degli indicatori di risultato e valutazione delle performance	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio e Relazione di valutazione
	Potenziare l'accesso e la fruibilità dei servizi ai cittadini attraverso la rete con le farmacie	Implementazione del 20% in più delle prenotazioni rispetto al 2018		incremento percentuale rispetto al 2018	20%	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio
	Riduzione liste di attesa	Pulizia Liste con il sistema di "recall" per le prime 10 prestazioni ambulatoriali traccianti con tempi di attesa più lunghi (riferimento: tempi medi 2018)	Pulizia Liste con il sistema di "recall"	% di pazienti chiamati / totale di pazienti presenti in lista per ciascuna lista	50% dei pazienti	Aprile - Dicembre 2019	Report

Qualità Appropriatezza	Implementazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Monitoraggio trimestrale delle infezioni del sito chirurgico e produzione report	Redazione report di monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio
		Monitoraggio indicatori di risultato e valutazione ex ante del rischio infettivo	Redazione report di monitoraggio degli indicatori di risultato e valutazione del rischio infettivo	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio e relazione di valutazione
		Audit dipartimentali sulle infezioni notificate e Analisi singoli casi	Eseguire Audit dipartimentali e relazione di analisi dei singoli casi	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione e verbali di audit
Efficienza	Definire e implementare le procedure amministrative contabili di cui al Progetto "Art. 79" "Attuazione dell'art. 79, comma sexies lettera c), della legge 133/2008 e dell'art. 2, comma 70, della legge 191/2009"	Definire e implementare tutte le procedure di cui al Progetto art. 79		% di implementazione	100%	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto art. 79
	Ottimizzazione dell'utilizzo di apparecchiature e dispositivi	Definire piano di rinnovo e potenziamento del parco biotecnologico appropriato e indicatori specifici di monitoraggio	Definire e Implementare il Piano di rinnovo e potenziamento del parco tecnologico	% di implementazione in relazione al budget disponibile autorizzato	100% in relazione al budget disponibile autorizzato	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
			Definire e implementare il Piano di indicatori specifici al fine di monitorare il Piano di rinnovo e potenziamento del parco tecnologico				Relazione
	Migliorare la gestione dei procedimenti di gara	Monitoraggio trimestrale sulla corretta esecuzione dei lavori contemplati nell'offerta tecnica presentata dalla società		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Comunicazioni trimestrali alla Direzione Strategica

		aggiudicatrice e comunicazione alla Direzione Strategica					
	Migliorare i processi informativi interni e verso l'esterno	Utilizzo standard NISAN per analisi dati	Incontri con Direzione Sanitaria e Farmacia per analisi delle unità operative con maggiore differenza, relativamente ai soli presidi, tra consumato nel 2018 e standard Nisan	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
		Utilizzo e diffusione Cruscotto Direzionale	A seguito del primo ciclo di incontri di presentazione del cruscotto ai DAI, svolgimento di attività di analisi delle criticità e risoluzione problematiche in collaborazione con Direzione Sanitaria e Santec . Avvio secondo ciclo di incontri con Dai di produzione solo a seguito di rilascio di versione del cruscotto aggiornata e migliorativa da parte della Società Santec.	SI/NO	SI	Anno 2019	Relazione
	Migliorare i processi informativi interni e verso l'esterno	Alimentazione piattaforma LegalApp	Alimentare completamente la piattaforma LegalApp	% di alimentazione	100%	Aprile - Dicembre 2019	Relazione e/o Report
	Efficienza nei pagamenti	Mantenimento tempi medi di pagamento realizzati nel 2018		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
	Implementare SIAC Sistema Informativo	Analisi e definizione del Piano dei conti aziendale da		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto art. 79

	Amministrativo Contabile - SIAC	migrare in SIAC					
		Analisi quadratura saldo Contabilità Generale e saldo Partitario Fornitori		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto art. 79
	Ottimizzazione del patrimonio edile e impiantistico	Completamento, entro il 31/12/2019, dei lavori edili avviati al 31/12/2018		% completamento lavori	100%	Aprile - Dicembre 2019	Verbale di ultimazione
		Rispetto del cronoprogramma e dei SAL dei lavori su impianti elettrici, II fase Art. 20		% completamento lavori	100%	Aprile - Dicembre 2019	Documento di Stato Avanzamento Lavori
		Implementazione e avvio nell'utilizzo del Protocollo Informatico (D. lgs. 30 marzo 2001, n° 165)	Redazione e approvazione Regolamento Protocollo Informatico in collaborazione con l' U.O.C. Sistema Informatico, ICT	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Deliberazione
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incentivare l'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	Realizzare monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari e provvedere ad opportune azioni di incentivazione	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio
	Soddisfare il debito informativo nei confronti della Regione Campania ai sensi del D.M. 11/06/2010	Monitorare e trasmettere alla Regione Campania il consumo e la spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS relativi a tutti i mesi del periodo gennaio - dicembre 2019		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report
		Corretta trasmissione alla Regione Campania del flusso consumi e del flusso contratti (la percentuale dei n. di		n. repertorio flusso consumi e contratti 2019/n. repertorio flusso consumi 2019	85%	Aprile - Dicembre 2019	Report

	repertorio del flusso consumi e del flusso contratti, con riferimento ai contratti attivi nel 2019, deve essere pari ad almeno l'85% dei n. di repertorio trasmessi con il flusso consumi)					
	Corretta trasmissione alla Regione Campania delle fatture elettroniche (la percentuale dei n. di repertorio presenti nelle fatture elettroniche per l'anno 2019 deve essere pari ad almeno il 70% dei n. di reperetorio trasmessi col flusso consumi)		n. repertorio fatt. elettr. 2019/n. repertorio flusso consumi 2019	70%	Aprile - Dicembre 2019	Report
Ottimizzazione del patrimonio edile e impiantistico	Completamento, entro il 31/12/2019, dei lavori edili avviati al 31/12/2018		% completamento lavori	100%	Aprile - Dicembre 2019	Verbale di ultimazione
	Rispetto del cronoprogramma e dei SAL dei lavori su impianti elettrici, II fase Art. 20	Redazione e approvazione Regolamento Protocollo Informatico in collaborazione con l' U.O.C. Sistema Informatico, ICT	% completamento lavori	100%	Aprile - Dicembre 2019	Documento di Stato Avanzamento Lavori
	Implementazione e avvio nell'utilizzo del Protocollo Informatico (D. lgs. 30 marzo 2001, n° 165)		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Deliberazione
Ottimizzazione del processo di reclutamento del personale	Implementazione del PTFP 2018/2020 dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli adottato con delibere n. 676/2018 e n. 34 del 21/01/2019DCA Regione Campania N. 11 DEL 22.01.2019	Porre in essere le procedure di reclutamento al fine di soddisfare il FABBISOGNO DI PERSONALE previsto per l'anno 2019 NEL RISPETTO DEL DCA	% procedure concluse	100%	Aprile - Dicembre 2019	Atti procedure di reclutamento Report di analisi

			67/16, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09				
			Garantire il costante monitoraggio e controllo dell'andamento della spesa relativa al costo personale, anche autorizzato, attraverso gli strumenti, le modalità e le procedure già in essere presso i competenti Uffici Regionali e la Struttura Commissariale	Spesa < o = all'importo autorizzato	Spesa < o = all'importo autorizzato	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio
Formazione e aggiornamento	Rilevazione del fabbisogno formativo per il triennio 2019 - 2021	Predisposizione e analisi della rilevazione del fabbisogno formativo per il triennio 2019 - 2021 attraverso una raccolta on line presente sul sito web istituzionale		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report
Trasparenza e anticorruzione	Favorire lo sviluppo della capacità istituzionali dell'amministrazione (art. 54 del d.lgs. 165/2001)	Progettazione ed erogazione di un intervento formativo per almeno n. 100 unità di neo assunti 2018/2019 (assunzioni fino al 30.06.2019) sui Codici di comportamento e disciplinari, sulla riservatezza dei dati sensibili, ovvero sull'organizzazione dell'AOU Federico II		% di neo assunti formati	100%	Aprile - Dicembre 2019	Report
Comunicazione	Migliorare la comunicazione verso l'esterno e verso l'interno	Valorizzare le eccellenze assistenziali dell'AOU Federico II attraverso campagna di comunicazione sui media locali		n. articoli sui principali quotidiani locali n. trasmissioni televisive su emittenti locali in programmi	min. n. 10 articoli sui principali quotidiani locali	Aprile - Dicembre 2019	Realzione

				dedicati alla salute	min. n. 5 trasmissioni televisive su emittenti locali in programmi dedicati alla salute		
		Realizzare il progetto "Contrastare l'obesità dall'allattamento al seno all'età geriatrica: vivere meglio e più a lungo"	Realizzare cronoprogramma attività condiviso con "Il Mattino", rif. Nota AOU Federico II prot. N. 0003346 del 21/02/2019	% attività realizzate	100%	Aprile - Dicembre 2019	Delibera di adozione
		Provvedere al Restyling del Magazine Aziendale	Restyling del Magazine Aziendale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
	Migliorare la comunicazione verso l'esterno	Miglioramento dell'accesso on line alle informazioni sulle convenzioni attive per le attività di volontariato al servizio dei pazienti	Creazione dell'area web, alimentazione e aggiornamento tempestivo della stessa con i flussi concernenti le convenzioni attive con le Associazioni ed Enti in collaborazione con l' U.O.C. Sistema Informatico, ICT	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
		Miglioramento dell'accesso on line alle informazioni sulle convenzioni attive per le attività di volontariato al servizio dei pazienti	Creazione dell'area web, alimentazione e aggiornamento tempestivo della stessa con i flussi concernenti le convenzioni attive con le Associazioni ed Enti in collaborazione con l' U.O.C. Gestione Affari Generali	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
		Aggiornare le informazioni sul sito web aziendale	Aggiornare il data base nominativi, contatti e	% di aggiornamento	100%	Aprile - Dicembre 2019	Relazione

		inerenti nominativi, contatti e sedi in relazione alla nuova struttura organizzativa aziendale	sedi in relazione alla nuova struttura organizzativa aziendale				
			Implementare applicativo web che consenta la ricerca dei contatti per nominativo e per struttura	% completamento	100%	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
Rischio Clinico	Migliorare la gestione del rischio clinico	Costituzione Comitato Valutazione Sinistri		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione e/o Report
	Migliorare i processi informativi interni e verso l'esterno	Migliorare la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi attraverso l'utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)	Alimentare correttamente e completamente il flusso SIMES	% di alimentazione % di errori	100% 0%	Aprile - Dicembre 2019	Relazione e/o Report
	Monitoraggio sull'implementazione delle raccomandazioni sul rischio clinico	Effettuazione di 2 corsi di formazione per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione e verbali di partecipazione al corso
	Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Adottare strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".	Avviare le azioni, di competenza della UOC, successive alla adesione alla Gara SORESA al fine di utilizzare il braccialetto elettronico del processo trasfusionale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione/Report
	Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Adottare strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".	Avviare le azioni, di competenza della UOC, successive alla adesione alla Gara SORESA al fine di utilizzare il braccialetto elettronico del processo trasfusionale	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione/Report
Ricerca e sviluppo	Partecipazione a progetti/eventi	Partecipazione ad almeno un progetto di ricerca	Presentazione della proposta progettuale	n. progetti	1	Aprile - Dicembre 2019	documenti di trasmissione/sottomissione del

		internazionale oppure "Innovative Procurement"	alla Commissione Europea				progetto
		Organizzazione di almeno due eventi internazionali	Organizzazione workshop/seminari a carattere internazionale	n. eventi	2	Aprile - Dicembre 2019	Documenti di comunicazione e promozione
		Partecipazione ad eventi internazionali ed attività di networking di carattere locale, nazionale ed internazionale	Partecipazione ad eventi, conferenze e seminari a carattere locale, nazionale ed internazionale in qualità di relatore	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Registrazione agli eventi
Informatizzazione	Migliorare la gestione documentale dematerializzata	Avvio utilizzo software Gestione delibere/determinazioni	Individuare personale addetto all'utilizzo del software	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio
			Partecipare al corso di formazione per l'utilizzo del software	personale partecipante/tot. Personale individuato	100%	Aprile - Dicembre 2019	
			Avvio utilizzo del software (laddove possibile)	ore presenza/ore totali di formazione	100%	Aprile - Dicembre 2019	
	Adeguamento e integrazione dei sistemi informativi aziendali	Implementare tutte le azioni di completamento delle informazioni elaborate dai sistemi informativi del personale previste dal Progetto "art. 79"	Porre in essere le Action Plan previste in relazione a Tab. 1 Dati Anagrafici; Tab. 2 Inquadramento contrattuale; Tab. 3 CdC - Cril; Tab. 4 Ore; Tab. 5 Trattamento Economico	% completamento	100%	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto Art. 79
			Porre in essere le Action Plan previste in relazione alle Variabili produttive	% completamento	100%	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto Art. 79
	Adeguamento e integrazione dei sistemi	Implementare tutte le azioni necessarie al completamento	Porre in essere le tutte le azioni necessarie a	% completamento	100%	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto art. 79

	informatici e informativi aziendali	delle informazioni elaborate dai sistemi informativi del personale previste dal Progetto "art. 79"	realizzare le Action Plan previste in relazione al Personale, al fine di consentire la generazione automatica delle seguenti tabelle: Tab. 1 Dati Anagrafici; Tab. 2 Inquadramento contrattuale; Tab. 3 CdC - Cril; Tab. 4 Ore; Tab. 5 Trattamento Economico				
		Correzione, Allineamento e Verifica dei dati dei Flussi Informativi File C e Tessera sanitaria, affinché l'AOU fruisca di dati veritieri e corretti entro i termini previsti dalla normativa		% completezza e correttezza dati Scostamento tra il tempo in cui il dato è disponibile e il tempo in cui il dato deve essere trasmesso ad altri enti al fine di adempiere alla normativa vigente	100% = 0 < di 0	Aprile - Dicembre 2019	Report
	Adeguamento e integrazione dei sistemi informativi aziendali	Implementare tutte le azioni necessarie all'integrazione dei sistemi informativi aziendali per la migrazione in SIAC previste dal Progetto "art. 79"		SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio Progetto art. 79
		Realizzare allineamento dispensazioni AIFA e il reale somministrato (Log '80)		% di allineamento	100%	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
	Migliorare la gestione documentale dematerializzata	Avvio utilizzo software Gestione delibere/determinazioni	Individuare personale addetto all'utilizzo del software	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio

			Partecipare al corso di formazione per l'utilizzo del software	personale partecipante/tot. Personale individuato	100%		
			Avvio utilizzo del software (laddove possibile)	delibere registrate/delibere da registrare	100%		
	Migliorare la gestione documentale dematerializzata	Avvio utilizzo software Gestione delibere/determinazioni	Individuare personale addetto all'utilizzo del software	SI/NO	SI		
			Partecipare al corso di formazione per l'utilizzo del software	personale partecipante/tot. Personale individuato	100%		
			Avvio utilizzo del software (laddove possibile)	delibere registrate/delibere da registrare	100%		
						Aprile - Dicembre 2019	Report monitoraggio
Sicurezza	Adeguaire i sistemi di sicurezza e protezione dei dati alla normativa vigente	Implementare le azioni volte all'adozione e implementazione del nuovo GDPR	Adozione di un Registro delle attività di trattamento	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
			Revisione del Regolamento aziendale interno (sul corretto utilizzo degli strumenti elettronici, posta elettronica e internet) e rafforzamento degli obblighi di informativa nei confronti dei dipendenti	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
	Miglioramento sicurezza antincendio	Adeguamento Antincendio degli edifici Soddisfacimento dei seguenti punti del D.M. 19.03.2015	Indizione della procedura volta alla progettazione delle attività di cui alla II SCIA	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Deliberazione

		punto 13.3; punto 14; punto 15.2 c. 1, lett. f), g), h); punto 15.4; punto 17.1 c.1, c.2, lett.e); punto 17.2.1; punto 17.2.2; punto 17.2.3; punto 17.2.5; punto 17.3.1, c.1; punto 17.3.2; punto 18.5.	del D.M. 19.03.2015				
		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	Realizzazione corso Antincendio con I Vigili del Fuoco di Napoli di durata pari a 16h per edizione	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione
	Miglioramento sicurezza nei luoghi di lavoro	Aggiornamento della valutazione del rischio	Aggiornamento della valutazione del rischio Strutturale e Impiantistico per gli edifici	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Documento valutazione rischi
		Redazione del Documento Unico di Valutazione Rischi Interferenti	Predisposizione del DUVRI in occasione delle procedure di gara	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Resoconto Duvri realizzati
		Riduzione del Rischio negli edifici dell' AOU tramite l'implementazione di Armadi Antincendio	Implementazione Armadi Antincendio	SI/NO	SI	Aprile - Dicembre 2019	Relazione

