



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. **145** del **24/02/2022**

Struttura proponente: Staff Della Direzione Strategica

Oggetto: Approvazione Piano Triennale della Performance. Aggiornamento per il triennio 2022 - 2024.

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Anna IERVOLINO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: Staff Della Direzione Strategica

Oggetto: Approvazione Piano Triennale della Performance. Aggiornamento per il triennio 2022 - 2024.

Il Coordinatore di Staff Della Direzione Strategica, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Coordinatore di **Staff Della Direzione Strategica**
Dott.ssa Carla Napoli

REGISTRAZIONE CONTABILE

- Il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico dell'Azienda
- Il presente provvedimento comporta oneri diretti a carico dell'Azienda

Il Coordinatore Staff Della Direzione Strategica

Premesso che con le Deliberazioni n. 839 del 30/12/2015, n. 867 del 12/12/2016, n. 67 del 30/01/2017, n. 62 del 31/01/2018, n. 72 del 30/01/2019, n. 115 del 30/01/2020 sono stati adottati i Piani della performance per i trienni 2015-2017, 2016-2018, 2017-2019, 2018-2020, 2019-2021, 2020-2022;

che con Deliberazione del Direttore Generale n. 273 del 09/04/2021 è stato adottato il “Piano della performance. Aggiornamento per il triennio 2021 – 2023” in applicazione del Decreto Legislativo n.150 del 2009 avente oggetto “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii;

che la citata normativa è finalizzata, tra l’altro, al raggiungimento di elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi, all’incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, al riconoscimento di meriti e demeriti, alla selettività ed alla valorizzazione delle capacità e dei risultati ai fini degli incarichi dirigenziali, all’incremento dell’efficienza del lavoro pubblico ed al contrasto alla scarsa produttività e all’assenteismo;

che la stessa normativa ha individuato, nell’ambito di ciascuna amministrazione pubblica, le iniziative in materia di performance da realizzare e le procedure da adottare;

Vista la Delibera n. 112/2010 della CIVIT (ora ANAC), che detta linee guida sulla struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;

Ritenuto di dover provvedere all’aggiornamento del Piano Triennale della Performance dell’A.O.U. Federico II per il triennio 2022 – 2024, così come previsto dalla succitata normativa, allegato alla presente deliberazione per formarne parte integrante;

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittimo ai sensi della normativa vigente e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della L.20/94 e succ. mod. e int.;

Propone

Per quanto indicato in premessa l’approvazione del deliberato che segue:

- approvare l’aggiornamento del “Piano della Performance 2022 – 2024” dell’A.O.U. Federico II che, allegato alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante;
- pubblicare il citato Piano sul sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente”;
- trasmettere il “Piano della Performance 2022 – 2024” dell’A.O.U. Federico II all’Organismo Indipendente di Valutazione.

Il Coordinatore di Staff della Direzione Strategica
Dott.ssa Carla NAPOLI

IL DIRETTORE GENERALE

Letta la proposta di delibera sopra riportata, presentata dal Coordinatore di Staff della Direzione Strategica;

Preso atto che il Coordinatore di Staff proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittimo ai sensi della normativa vigente e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.20/94 e succ. mod. e int.;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi su esposti, che qui abbiansi per riportati e confermati:

- di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati;
- di conferire immediata esecutività al presente atto, ricorrendone i presupposti;
- di inviare la presente deliberazione, ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Anna IERVOLINO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. **145** del **24/02/2022**

Struttura proponente: Staff Della Direzione Strategica

Oggetto: Approvazione Piano Triennale della Performance. Aggiornamento per il triennio 2022 - 2024.

SI DICHIARA CHE LA PRESENTE DELIBERA:

È stata pubblicata sull'Albo pretorio dell'Azienda, ai sensi dell'art. 32, Legge n. 69/2009, il 24/02/2022

E' divenuta esecutiva il 24/02/2022

L'addetto alla pubblicazione
Iazzetta Giacomo

Questo atto è stato firmato digitalmente da:

Napoli Carla - Responsabile del procedimento Staff Della Direzione Strategica

Napoli Carla - Direttore Staff Della Direzione Strategica

Vozzella Emilia Anna - Direttore Sanitario

Visani Stefano - Direttore Amministrativo

Iervolino Anna - Direttore Generale

Iazzetta Giacomo - Incaricato alla pubblicazione Staff Della Direzione Strategica

Piano della performance AOU “Federico II” di Napoli anni: 2022-2024

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

Indice

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
1.1 Finalità del Piano.....	3
1.2 Contenuti del Piano	4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	5
2.1 L'AOU "Federico II"	5
2.2 L'attività dell'AOU "Federico II"	5
3. IDENTITÀ.....	7
3.1 L'amministrazione "in cifre"	7
3.2 Mandato istituzionale e Missione	12
3.3 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale	14
3.4 Albero della performance.....	15
3.5 Un ulteriore strumento per la misurazione e valutazione delle performance: il Cruscotto Direzionale Multidimensionale	18
4. ANALISI DEL CONTESTO.....	21
4.1 Analisi del contesto esterno	21
4.1.1 L'emergenza epidemiologica Covid-19.....	22
4.2 Analisi del contesto interno	27
5. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI	28
6. OBIETTIVI STRATEGICI	28
6.1 Obiettivi di cui alla Delibera di nomina del Direttore Generale DGR n. 374 del 06/08/2019.....	29
6.1.1 Obiettivi di carattere generale (DGR n. 374 del 06/08/2019).....	29
6.1.2 Obiettivi specifici (DGR n. 374 del 06/08/2019).....	29
6.2 Obiettivi Strategici e Obiettivi specifici definiti a livello aziendale e/o recepiti da disposizioni regionali e/o ministeriali	33
6.3 Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance.....	42
6.4 Piano Integrato delle attività e organizzazione (PIAO)	42
7. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI – IL CICLO DELLA PERFORMANCE	43
7.1 La valutazione del personale.....	44
7.2 L'Organismo Indipendente di valutazione della performance	46
8. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.....	47
8.1 Processo di redazione del Piano	47
8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	48
8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	48

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

1.1 Finalità del Piano

Il presente documento costituisce il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli ed è adottato ai sensi degli artt.10 comma 1, lettera a) e 15, comma 2, lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009. n. 150 e ss.mm.ii. al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance dell'Azienda. Il Piano è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'AOU "Federico II" per la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano, in assenza di linee guida specifiche successive alla cosiddetta "Riforma Madia", viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla già Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CiVIT) dettati con la Delibera n. 112/2010 ed in riferimento alle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017.

Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si articola nelle seguenti fasi:

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

Il Piano della performance è un documento flessibile, modificabile con cadenza annuale o anche infrannuale in relazione a:

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

Il D.lgs. 74/2017 evidenzia alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

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

1.2 Contenuti del Piano

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

- a) definizione dell'identità dell'organizzazione, che comprende gli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale e la mission aziendale;
- b) analisi del contesto esterno, con particolare riferimento allo scenario regionale;
- c) analisi del contesto interno, nel quale vengono illustrate le peculiari caratteristiche dell'AOU "Federico II", classificata nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale;
- d) definizione degli obiettivi strategici;
- e) definizione degli obiettivi operativi;
- f) descrizione del ciclo della performance.

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

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

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

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

2.1 L'AOU "Federico II"

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

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

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

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

Essa svolge, ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07.03 2011, *"attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario, attività che si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria penetrazione"*, adempiendo in modo unitario ed inscindibile alle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

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

2.2 L'attività dell'AOU "Federico II"

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

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

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

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

Tra le attività di rilievo dell'AOU Federico II vi sono le seguenti:

- Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN)
- Trasporto Neonatale di Emergenza (STEN) attivo 24/24h e dedicato al trasporto di neonatopatologici dai centri nascita alle terapie intensive e subintensive neonatali. In tutta la Campania sono attive 3 unità di Trasporto Neonatale; lo STEN Federico II coordina le chiamate per le province di Napoli e Salerno;
- Rete oncologica con la costituzione di 17 GOM e implementazione dei corrispettivi PDTA; GOM attivi, GOM neoplasie mammarie; GOM colon; GOM ginecologia; GOM melanoma; GOM neuro-oncologia;
- Ambulatorio condiviso (reumatologia, dermatologia, gastroenterologia) per la gestione del Percorso Assistenziale Ambulatoriale Coordinato e Continuativo (PACC) rivolto a pazienti affetti da "Immune Mediated Inflammatory Diseases" o IMIDs;
- Gruppo Oncologico Multidisciplinare finalizzato alla gestione del PDTA per i tumori eredo-familiari della mammella, dell'ovaio e del colon-retto (Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici);
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione ed il trattamento del paziente con diabete in età pediatrica;
- PDTA per il paziente affetto da Metastasi epatiche da adenocarcinoma colo-rettale (Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici).

Le prestazioni assistenziali ed i servizi erogati dall'AOU Federico II possono riassumersi in:

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

L'AOU Federico II, è dotata di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico. Inoltre, garantisce l'accesso dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Cardarelli ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 1 del 15/01/2015 "Organizzazione accesso pazienti in emergenza nell'area collinare di Napoli: misure urgenti per garantire l'assistenza in condizioni di iperafflusso" e ss.mm.ii.

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

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

3. IDENTITÀ

3.1 L'amministrazione "in cifre"

La struttura organizzativa

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

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

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

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

Tabella 1: Strutture organizzative (*)

Strutture	Numero
DAI	11
UOC amministrative	7
UOC sanitarie (**)	61
UOS	48
UOSD	26
Programmi	90

(*) Aggiornamento al 31/12/2021.

(**) Sono compresi i servizi centrali sanitari

Tabella 2: Dipartimenti assistenziali ad attività integrata

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

L'A.O.U. "Federico II" ha effettuato nel 2019, 2020 e 2021 in maniera, integrata con l'attività didattica e scientifica, i seguenti volumi di attività assistenziale istituzionale:

Tabella 3: Dati di attività*

	2021	2020	2019
casi RO**	20.396	19.491	23.786
giornate di degenza RO	137.953	151.745	175.052
accessi DH**	76.020	80.317	115.238
prestazioni ambulatoriali (totali)***	490.300	344.586	604.580

* Dati aggiornati al 31/12/2021

** fonte dati ADT

*** prestazioni ambulatoriali totali per interni ed esterni. Fonte dati SGP.

L'AOU Federico II, recependo le disposizioni dell'Unità di Crisi Regionale per l'Emergenza

Epidemiologica ha disposto nella prima fase dell'emergenza la sospensione dei ricoveri programmati e delle attività ambulatoriali non urgenti. Nell'anno 2021, invece, si osserva un aumento delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri rispetto al 2020, grazie alla ripresa a pieno regime delle stesse.

Il personale

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

- in base agli artt. 2 e 3 del vigente Protocollo d'intesa Regione/Università;
- in ragione dei fabbisogni organizzativi dell'Azienda e di standard qualitativi propri di aziende sanitarie che integrano assistenza, didattica e ricerca;
- del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n.70/2015;
- del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 67 del 14/07/2016;
- del Decreto della Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020.

Nel calcolo della forza lavoro attiva, si ricorre alla metodologia del *full time equivalent* (equivalenza rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore) in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore dell'Università il cui monte orario assistenziale è stato fissato in ore 26 con Decreto Rettorale n.3004 del 25/09/2012 e successivamente modificato con Decreto Rettorale n.2121 del 12/06/2013.

Inoltre, il DCA n. 67 del 14/07/2016 e il DGR n. 593 del 22/12/2020 forniscono un quadro di sintesi in merito alla metodologia adoperata dalla Regione Campania al fine di pervenire alla determinazione delle dotazioni organiche all'interno delle Aziende Sanitarie regionali in applicazione del comma 541 della Legge di Stabilità 2016 che, espressamente, recita "(...) le Regioni e le Province autonome predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161", nonché alla corretta predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno del Personale, ai sensi dell'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, nonché dall'art. 1 della Legge 24 aprile 2020 n. 27.

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

	Tecnico sanitario		a-Dirigenti Medici		b-Dirigenti sanitari non medici		c-Dirigenti tecnici-professionali-amministrati		d-Infermieri		e-Amministrativi		f-Tecnici non sanitari		g-Tecnici sanitari		h-Ausiliari		Totale	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	0	0,0	3	3,0	0	0,0	2	2,0	8	8,0	1	1,0	0	0,0	2	2,0	1	1,0	17	17,0
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	0	0,0	3	3,0	8	6,6	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	11	7,6	0	0,0	23	18,2
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	11	11,1	33	33,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	46	45,3
Contrattisti storici	0	0,0	1	1,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	6,0
Convenzionati Interinali	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	3	3,0	2	2,0	0	0,0	8	8,0
Dotazione Universitaria	0	0,0	361	214,5	49	35,3	18	17,5	234	233,7	84	83,3	30	30,0	31	30,3	10	10,0	817	654,6
Dotazione a tot. carico Aziendale	1	1,0	177	175,3	29	29,0	4	4,0	540	539,0	57	56,7	58	58,0	101	101,0	129	129,0	1.096	1.093,0
Ex-Gettonati	0	0,0	59	56,9	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	64	61,9
Specialista Ambulatoriale	0	0,0	97	88,9	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	99	90,7
TD CO.CO.CO.	0	0,0	24	24,0	1	1,0	0	0,0	82	77,7	7	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	114	109,3
r-Altre Convenzioni	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	22	0,0	0	0,0	0	0,0	25	0,6
Totale	1	1,0	728	567,4	99	83,8	24	23,5	879	873,4	183	180,7	113	91,0	148	143,9	140	140,0	2.315	2.104,7

La dotazione organica nell'anno 2021 ha subito variazioni tenuto conto dell'emergenza Covid-19 (e quindi della necessità di disporre di personale sanitario dedicato) nonché del mancato rinnovo del personale in convenzione con agenzie interinali.

Tabella 5: variazione dotazione organica biennio 2020 – 2021

	Al 31/12/2020		Al 31/12/2021		variazione dotazione organica	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	22	22,0	17	17,0	-23%	-23%
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	31	25,6	23	18,2	-26%	-29%
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	74	73,4	46	45,3	-38%	-38%
Contrattisti storici	11	11,0	6	6,0	-45%	-45%
Convenzionati Interinali	124	123,2	8	8,0	-94%	-94%
Dotazione Universitaria	833	674,0	817	654,6	-2%	-3%
Dotazione a tot. carico Aziendale	890	880,9	1.096	1093,0	23%	24%
Ex-Gettonati	88	85,9	64	61,9	-27%	-28%
Specialista Ambulatoriale	104	96,0	99	90,7	-5%	-5%
TD CO.CO.CO.	127	122,8	114	109,3	-10%	-11%
r-Altre Convenzioni	20	7,9	25	0,6	25%	-93%
Totale	2.324	2.122,78	2.315	2.104,70	-0,4%	-0,9%

3.2 Mandato istituzionale e Missione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

specifico dalla Scuola di Medicina e Chirurgia.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Centralità della persona:** l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, dei professionisti che operano al suo interno e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma accoglierlo considerando l'interezza dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo l'AOU "Federico II" si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Ferme restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti e comportamenti, omissivi e/o limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento Aziendale di Tutela. L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicite in favore delle donne. L'A.O.U. si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e streaming anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

- **Governo Clinico** attraverso la costruzione di condizioni sia cliniche sia organizzative che sviluppino la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano **l'integrazione virtuosa tra ricerca didattica ed assistenza**. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

- **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando a) sulla "macchina

organizzativa”, evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro, b) sulla continua propensione dei professionisti all’adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. L’operare all’interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all’interno dell’Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

3.4 Albero della performance

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

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

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

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

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

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

1° Livello: Aree Strategiche

2° Livello: Obiettivi Strategici Aziendali

3° Livello: Obiettivi Operativi/Specifici

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

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

Le aree strategiche individuate nell’albero della performance sono:

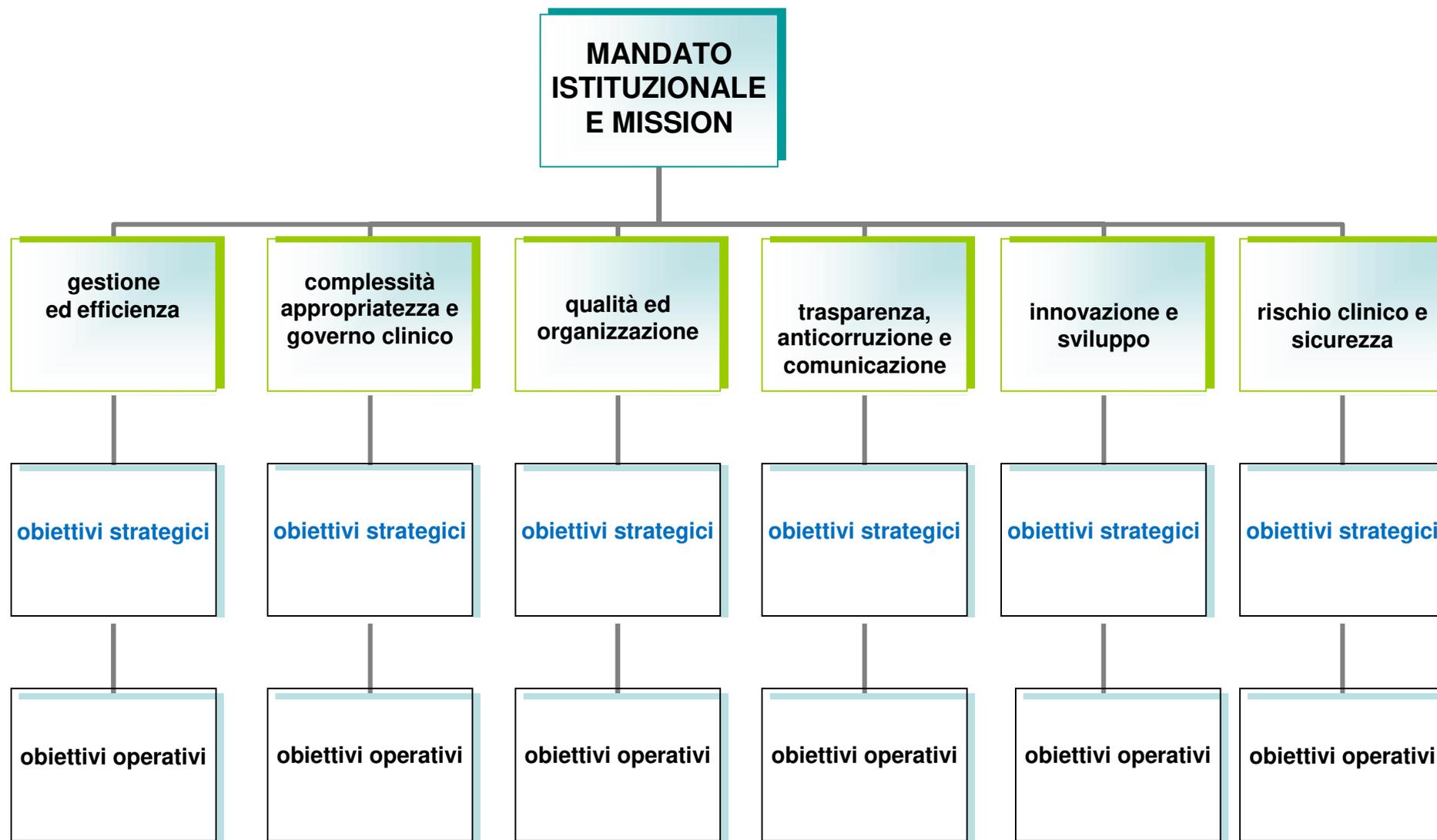
1. Area della gestione e dell’efficienza
2. Area dell’appropriatezza, della complessità e governo clinico
3. Area della qualità ed organizzazione
4. Area della trasparenza e comunicazione
5. Area dell’innovazione e dello sviluppo
6. Area del rischio clinico e della sicurezza

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

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

Data l'emergenza sanitaria Covid-19 nell'albero della performance assumono un ruolo determinante **l'Area del rischio clinico e della sicurezza e l'Area della trasparenza e comunicazione.**

Figura 1: Albero della Performance



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

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

Le finalità prioritarie di detto cruscotto sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 2 - Livelli di analisi e tipologia di customer



Processo di definizione del Bersaglio

La costruzione del bersaglio ha seguito le seguenti fasi:

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

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

Definizione delle aree

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

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

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

4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

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

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

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

Infatti, essa risulta tra le regioni con il più basso tasso di occupazione e con alti livelli del tasso di disoccupazione (globale e giovanile). Nel 2020 la Campania ha fatto registrare un tasso di disoccupazione del 19%, tra i più alti delle regioni del sud Italia¹.

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

Nel 2017 in Italia si riduce in misura decisa la quota di persone che vivono in famiglie gravemente deprivate (10,1%, due punti percentuali in meno rispetto al 2016). Le incidenze più elevate si registrano in Sicilia e Campania (oltre un milione di individui)².

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

Come detto in precedenza, i rapporti con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II e la Regione Campania sono disciplinati da uno specifico Protocollo di Intesa atto a "disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali". Il protocollo, attualmente vigente, ha dovuto adeguarsi all'Accordo per il Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Campania siglato il 13 marzo 2007 (poi recepito con Deliberazione della Giunta Regionale - DGR 460 del 20 marzo 2007), proseguito attraverso il Programma Operativo 2010 (Decreto del Commissario ad Acta - DCA 41 del 14 luglio 2010), il Programma Operativo 2011-2012 (DCA 45 del 20 giugno 2011), il Programma Operativo 2013-2015 (DCA 108 del 10 ottobre 2014) e il Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA 14 del 1 marzo 2017.

¹ <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=20744>

² Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo Edizione 2019, www.istat.it

Tali Programmi hanno previsto:

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

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

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

"Il "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", di cui al DCA 103/2018, prevede una dotazione di posti letto pari a 19.841 pl acuti (3,6 PL per 1.000 abitanti –popolazione "pesata"), di cui 16.191 per acuti (2,90 PL x 1.000) e 3.650 posti letto post-acuzie (0,7 PL x 1.000 abitanti).

L'intero sistema ospedaliero è strutturato come organizzazione a rete HUB e Spoke, dove le Aziende Ospedaliere, quali HUB, costituiscono i grandi nodi di Riferimento regionale sia per il sistema dell'emergenza-urgenza (reti tempo dipendenti), che per le reti specialistiche per patologia, inclusa l'alta specialità e le attività assistenziali ad alta e media intensità di cura.

4.1.1 L'emergenza epidemiologica Covid-19

Il presente Piano si colloca in un contesto storico caratterizzato dall'*epidemia COVID-19* che da febbraio 2020 ha interessato anche l'Italia.

L'epidemia COVID-19 ha posto il Servizio Sanitario Regionale di fronte a:

- nuovi bisogni assistenziali che richiedono urgenza nella risposta e diversificazione della stessa, essendo assai eterogenee le caratteristiche cliniche dei casi;
- necessità di rispetto delle misure di prevenzione del contagio, tra cui il distanziamento sociale;
- necessità di coniugare la risposta ai nuovi bisogni assistenziali con il mantenimento dell'erogazione dei LEA, assicurando le prestazioni urgenti e la tutela della salute dei pazienti più fragili.

Pertanto, tra le nuove sfide vi è quella di individuare nuovi modelli organizzativi che possano coniugare la risposta ai bisogni assistenziali e la sicurezza di operatori sanitari e pazienti.

Il Piano recepisce la normativa nazionale e regionale strettamente correlata all'emergenza sanitaria Covid-19 e tiene conto di nuovi eventuali aggiornamenti.

L'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha imposto modifiche nelle modalità di erogazione dei servizi, coinvolgendo tutto l'assetto aziendale, toccando trasversalmente ogni area strategica descritta nel Piano e rendendo necessaria un'importante riorganizzazione delle attività, al fine di adattare i servizi ai bisogni emergenti correlati alla pandemia e alle nuove disposizioni normative ministeriali e regionali.

L'AOU Federico II, recependo le disposizioni dell'Unità di Crisi Regionale per l'Emergenza Epidemiologica ha disposto nella prima fase dell'emergenza la sospensione dei ricoveri programmati e delle attività ambulatoriali non urgenti, garantendo le prestazioni di ricovero ordinario urgenti o non differibili e/o legate alle reti tempo dipendenti (Rete Infarto Miocardico Acuto, Rete Stroke, prestazioni di Pronto Soccorso Ostetrico, etc.), i ricoveri in Day Hospital terapeutico e tutte le prestazioni di chemioterapia, radioterapia, onco-ematologia, medicina nucleare, dialisi, camera

iperbarica, PMA, IVG, emostasi e trombosi, attività del Centro Trasfusionale e gli interventi diagnostico/terapeutici relativi a patologie con carattere di non procrastinabilità. Inoltre, ha reso prenotabili le prestazioni ambulatoriali con carattere di urgenza con codice di priorità U e B per le “prime visite/primi accessi”, mentre le “visite di controllo/accessi successivi al primo” sono erogabili a discrezione del medico che ha effettuato la presa in carico assistenziale del paziente, in relazione alla gravità della patologia in oggetto e/o alle necessità assistenziali nell’ambito del follow-up.

Tutte le prestazioni sono state erogate nel rispetto delle norme anti-COVID nazionali, regionali ed aziendali attualmente vigenti e dei requisiti e delle procedure di sicurezza (triage, distanziamento sociale, igienizzazione delle mani, corretto utilizzo di mascherine chirurgiche ed altri dispositivi medici, appuntamenti ad orari prefissati).

In relazione al Programma Operativo della Regione Campania e in qualità di soggetto attuatore, l’AOU Federico II ha attivi, al 30/01/2022, n. 83 posti letto per i pazienti COVID:

- 30 Malattie infettive (di cui 12 terapia semintensiva);
- 36 Per le donne in gravidanza positive;
- 9 Hub regionale pediatrico;
- 8 Terapie Intensive (edificio 6).

Nel corso del 2020 l’AOU Federico II ha convertito l’intera terapia intensiva ai pazienti Covid positivi. Un supporto indispensabile al lavoro dell’Ospedale Cotugno nelle more del completamento di nuovi ospedali e delle riconversioni in altri presidi.

Nell’attuale contesto la sicurezza degli operatori e dei pazienti dipende non solo dai dispositivi di protezione individuale (dpi) ma anche dall’organizzazione dei percorsi sporco/pulito che consentono di entrare e uscire dalle aree Covid senza contaminazione. Tutti i reparti Covid finora attivati, sono separati da quelli comuni.

Le attività per i cronici e gli oncologici sono state erogate garantendo che questi pazienti fragili, in genere immunodepressi, non entrino in contatto con i pazienti Covid positivi.

Da aprile 2020 è attivo un percorso dedicato ai pazienti oncologici ed ematologici, fragili ed immunodepressi che spesso nella fase di esordio della malattia presentano una sintomatologia clinica simile a quella da infezione da COVID-19 come febbre, tosse e dispnea. È stato ideato e realizzato un percorso di triage unico per tutti i pazienti onco-ematologici che quotidianamente afferiscono alla struttura. Le cure oncologiche rappresentano trattamenti salvavita cui bisogna garantire continuità e sicurezza mettendo in atto tutti i presidi esistenti volti a ridurre al massimo il pericolo di contagio intraospedaliero da infezione Covid-19.

Da giugno 2020, presso il reparto di Dermatologia Clinica del DAI di Sanità Pubblica è attivo il “tunnel di sanificazione”. Il tunnel è equipaggiato con termoscanner per la misurazione della temperatura di chi lo percorre e getti di soluzione disinfettante che igienizzano a tempo record indumenti ed oggetti.

L’AOU Federico II, è stata individuata come HUB regionale per la gestione e delle donne in gravidanza affette da Covid-19, prevedendo un percorso nascita distinto e separato da quello ordinario, a garanzia di tutte le neomamme e dei nati: le donne che presentano i sintomi del Covid-19 sono accolte in una tenda di pre-triage per essere sottoposte al tampone e poi accompagnate in sale parto dedicate, distaccate in un altro edificio e con personale ostetrico esclusivamente dedicato, in modo da salvaguardare la salute e la sicurezza anche delle altre partorienti.

Anche la UOC di Malattie Infettive Pediatriche del DAI Materno-Infantile è HUB regionale con un percorso pediatrico per la gestione dei bambini Covid-19 da 0 a 14 anni. Il DAI è centro di eccellenza per numerose patologie pediatriche croniche che richiedono di essere seguite nel tempo senza interruzione di assistenza anche in corso di epidemia con l’adozione di tutte le strategie utili ad evitare il contagio.

Inoltre, all’interno del DAI Medicina Interna, Immunologia Clinica, Patologia Clinica e Malattie Infettive è presente il laboratorio di virologia, inserito nella rete Coronetlab regionale.

Durante questa prima fase della pandemia COVID-19, che ha richiesto la sospensione delle visite ambulatoriali non urgenti, è stata introdotta la telemedicina come provvedimento necessario per garantire continuità assistenziale e sicurezza per gli utenti, si è dimostrata una soluzione efficace per le

prestazioni ambulatoriali che non richiedono necessariamente un contatto in presenza tra medico e paziente.

Un riscontro più che positivo che ha motivato l'avvio della sperimentazione, in collaborazione con la Regione Campania che ha fornito hardware e software dedicati a tre ambulatori pilota (Endocrinologia, Dermatologia e Neuropsichiatria Infantile) con l'obiettivo di migliorare e perfezionare l'esperienza per l'utente e per il medico. "La Telemedicina, in sintesi, rappresenta, il livello più alto di qualità e di equità nell'accesso all'assistenza, in tempi di Covid e presenta ampio margine di miglioramento e possibilità di applicazione anche nel prossimo futuro per garantire una risposta assistenziale tempestiva ed efficace".

Da dicembre 2020, l'Unità di Crisi Regionale per l'Emergenza Epidemiologica CoViD-19 ha autorizzato una graduale ripresa delle attività precedentemente sospese, ivi comprese quelle in regime di ALPI. L'AOU Federico II, ha ripreso le attività (prime visite e visite di controllo) adottando tutte le misure di sicurezza ai fini del contenimento epidemiologico del virus (distanziamento sociale, utilizzo di protezioni individuali e presidi, lavaggio frequente delle mani, pre-triage telefonico e triage in presenza, etc.), a partire dalle prenotazioni già esistenti, attraverso il recall dei sospesi.

Da gennaio 2021 è in corso la campagna vaccinale anti Covid, così come previsto dal piano vaccinale regionale, a partire dal personale sanitario che a qualunque titolo presta servizio in azienda ed è direttamente impegnato nei reparti Covid, proseguendo con gli altri operatori, inclusi specializzandi e studenti delle scuole delle professioni sanitarie e gli studenti di Medicina degli ultimi anni.

A tal riguardo, nel corso del 2021 sono state organizzate delle giornate di "open-day" per favorire la somministrazione dei vaccini a tutto il personale. Inoltre, alla luce del D.L. n. 105 del 23/07/2021, avente come oggetto "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche", si è proceduto ad aggiornare il Protocollo prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 per i pazienti che accedono in regime ambulatoriale, di ricovero diurno o di ricovero ordinario.

Nello specifico, tutti gli Utenti che accedono presso l'Azienda, inclusi i pazienti che ricevono prestazioni in Regime Ambulatoriale, di Ricovero Diurno o di Ricovero Ordinario, devono esibire la Certificazione Verde COVID-19 in formato cartaceo o elettronico al personale di vigilanza posto all'ingresso di tutti gli Edifici dell'AOU Federico II. I pazienti che accedono in Regime Ambulatoriale o di Day Hospital di tipo Medico sono sottoposti in ambulatorio, immediatamente prima dell'esecuzione della visita, a triage clinico/anamnestico mediante la compilazione della Scheda di Triage. I pazienti che presentano un triage clinico/anamnestico dubbio sono sottoposti a test antigenico rapido, che sarà effettuato presso un locale dedicato ed identificato dal Responsabile di ciascuna Unità Operativa nell'ambito del Dipartimento. In caso di paziente con test antigenico rapido positivo, è necessaria l'esecuzione del tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2; il suddetto paziente non accede alla prestazione ambulatoriale e viene rinviato al proprio domicilio. I pazienti che accedono in regime di Ricovero Ordinario, di Day Surgery o di Day Service di tipo chirurgico devono essere sottoposti a tampone molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 nelle 72h precedenti al ricovero, nonché a distanza di 48h dall'ammissione e ogni 5 giorni per i ricoveri di lunga durata. Agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n.104 del 05/02/1992 è consentito prestare assistenza, anche nel reparto di degenza, qualora non risultino affetti da COVID-19 e previa presentazione della Certificazione Verde COVID-19.

Le visite da parte dei familiari, indipendentemente dallo stato di infezione da SARS-CoV-2 dei pazienti, al fine di garantire la loro tutela e la sicurezza, vengono svolte in videochiamata o in presenza, previa presentazione da parte dei familiari della Certificazione Verde COVID-19, in un luogo identificato dal Responsabile dell'Unità Operativa di ricovero. Le informazioni sullo stato di salute dei pazienti ai familiari vengono fornite secondo le modalità e le figure designate dal Responsabile dell'Unità Operativa. È fatto obbligo ai degenti di indossare sempre gli adeguati DPI e mantenere la distanza di almeno 1 metro durante la consumazione del vitto.

Infine, gli accompagnatori dei pazienti non affetti da COVID-19, previa esibizione della Certificazione

Verde al personale di vigilanza posto all'ingresso degli Edifici, possono permanere nelle sale di attesa dei Dipartimenti d'Emergenza e Accettazione e dei reparti di Pronto Soccorso rispettando sempre le misure di sicurezza.

Per i dipendenti così come per i pazienti sono state adottate misure per la sicurezza strutturale, organizzativo e comportamentale, oltre che adottare rapporti di lavoro in modalità smart- working come tra l'altro indicato dal DPCM del 18 ottobre 2020 e ss.mm.ii..

Alla luce del protocollo operativo della Regione Campania "identificazione/gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Coronavirus" versione 6/02/2020, della Ordinanza n.1 del 24/02/2020 della Regione Campania e della Circolare 5443 del 22/02/2020, sono state impartite alcune raccomandazioni al personale sanitario e al personale amministrativo:

- garantire la stretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni (precauzioni standard, via aeree, da droplet e da contatto) con particolare riferimento al Pronto Soccorso ostetrico;
- ridurre il numero di accompagnatori e/o di visitatori sia per i pazienti ricoverati che per utenti ambulatoriali e di pronto soccorso, anche adottando soluzioni organizzative per scaglionare gli accessi, evitando gli affollamenti;
- effettuare il lavaggio frequente delle mani e il distanziamento sociale, quando possibile, per ridurre il rischio di infezioni;
- limitare il numero di operatori in contatto con i pazienti, con particolare riferimento ai medici in formazione, ove possibile.

Altra attività che ha caratterizzato il periodo di epidemia Covid è la **campagna di raccolta fondi #iostoonilpoliclinico**, che ha consentito di raccogliere risorse utili per l'acquisto di un apparecchio radiologico portatile per i pazienti Covid, di tre apparecchiature per emofiltrazione per il trattamento dei pazienti più gravi tra quelli con infezione da Coronavirus.

Con le prossime donazioni sarà possibile allestire nuovi posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva da mettere a disposizione dell'intera rete regionale.

Il Comitato Etico 'Carlo Romano' dell'Università degli Studi di Napoli Federico II ha donato tre ventilatori per ventilazione invasiva e non invasiva - per un valore complessivo di mercato di circa 30 mila euro - che ha consentito di attivare posti aggiuntivi in Terapia Intensiva per i pazienti COVID-19.



SOSTIENI IL POLICLINICO
per essere al fianco di chi sta combattendo contro il Coronavirus

CAMPAGNA DI CROWDFUNDING
<https://www.gofundme.com/f/iostoonilpoliclinico>

IBAN IT47 0 03069035941 00000300036 causale Emergenza Covid19

grazie al vostro aiuto prezioso abbiamo raccolto
131.666 €
oltre alla donazione di ventilatori ed altre apparecchiature
per la nostra terapia intensiva, per un valore di **30.000 €**

Azienda Ospedaliera Universitaria
Federico II

A seguito dell'emergenza dovuta al diffondersi dell'epidemia di Covid-19, la Regione Campania ha messo in campo misure straordinarie di sostegno socio-economico, programmate con la Deliberazione n. 170/2020, con la quale la Giunta Regionale ha approvato il "Piano per l'emergenza socio economica della Regione Campania" ed ha demandato alle Autorità di Gestione del POR Campania FSE 2014-2020 e del POR Campania FESR 2014-2020, di concerto con la Programmazione Unitaria, l'adozione degli adempimenti necessari ad assicurare la disponibilità delle risorse dei rispettivi Programmi Operativi e degli strumenti finanziari a ciascuno connessi ed all'avvio di ogni utile misura di intervento per sostenere il sistema economico e sociale della Regione Campania nel periodo di crisi.

La drammatica situazione correlata all'epidemia covid-19 ha imposto all'AOU Federico II di rivedere

la programmazione di tutte le attività e l'impiego di risorse umane e strumentali, al fine di rispondere ai bisogni emergenti.

La programmazione strategica è, dunque, influenzata in modo significativo nel suo divenire, anche sotto la spinta della necessità di adottare modelli organizzativi flessibili, in grado di rispondere velocemente al cambiamento.

Gli obiettivi, dunque, sono in continua evoluzione per il carattere di variabilità del fenomeno pandemico e impongono un monitoraggio continuo al fine di intervenire con correttivi e/o rimodulazioni in corso d'anno.

La stesura e l'applicazione di protocolli e procedure Covid, la rimodulazione di spazi e percorsi per la sicurezza del personale e dei pazienti, la programmazione di acquisti, l'introduzione di una contabilità separata dei costi COVID, il rispetto di tutte le misure di prevenzione e sicurezza legati, la trasmissione dei flussi informativi, tutte attività che assumono un ruolo ancora più pregnante. In relazione ad esse e all'evoluzione del fenomeno saranno definiti gli obiettivi per l'anno 2022.

4.2 Analisi del contesto interno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI

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

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

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

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

6. OBIETTIVI STRATEGICI

Le prospettive e le scelte strategiche che l'Azienda intende effettuare per il triennio 2022 – 2024 sintetizzate, quantitativamente, nel bilancio di previsione, tengono conto di una serie di elementi quali:

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

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

6.1.1 Obiettivi di carattere generale (DGR n. 374 del 06/08/2019)

1	Raggiungimento dell' equilibrio economico dell'azienda sanitaria
2	Rispetto dei tempi di pagamento
3	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili , nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali , attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità
4	Adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018)
5	Predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale , in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale
6	Adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi, ed il rispetto del Protocollo di Intesa

Gli obiettivi di cui alla tabella precedente sono dettagliati in obiettivi specifici assegnati alle diverse strutture aziendale, come rappresentato nelle tabelle di cui al par. 6.1.4.

6.1.2 Obiettivi specifici (DGR n. 374 del 06/08/2019)

1	Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta 'Griglia LEA' - punto E degli Adempimenti LEA), riportati in tabella 6 allegato A) seguente o dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione
2	Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie
3	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi
4	Obiettivi tematici di cui alla tabella 7 allegato B) seguente

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

N.	Definizione	target 2018 (valore di riferimento)	valore realizzato anno 2018 ⁴	target obiettivi DG 2020 - 2022	target 2020	Valore realizzato o anno 2020 *	target 2021 **	target 2022	NOTE	
1	1.1 Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2018	- Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.	16	22	16	16 (-27,3%)	15	16	16	L'obiettivo richiede mantenimento per l'intero mandato del valore target. Pertanto, si auspica per il 2022 di confermare un n. RO minore o uguale rispetto al valore target.
	1.2 Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018	- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.	174	297	174	174 (- 41,4%)	200	174	174	L'obiettivo richiede mantenimento per l'intero mandato del valore target. Pertanto, si auspica per il 2022 di ridurre il n. RO rispetto al 2018.
2	2.1 Riduzione del 70% nell'arco l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018	Ricoveri anno 2018 = 11.782	11.782	12.539	- 8.777 (-70%)	- 1.865 (-15%)	8.804	- 3.140 (-25%)	- 3.765 (-30%)	L'obiettivo richiede una riduzione da realizzare nell'arco dell'intero mandato. Pertanto, la riduzione è stata spalmata su tre anni in misura diversa.
	2.2 Riduzione del 70% nell'arco dell'intero mandato degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018	Numero di accessi di tipo medico anno 2018 = 71.851	71.851	91.957	- 50.296 (-70%)	- 10.778 (-15%)	64.059	- 17.963 (-25%)	- 21.556 (-30%)	L'obiettivo richiede una riduzione da realizzare nell'arco dell'intero mandato. Pertanto, la riduzione è stata spalmata su tre anni in misura diversa.
3	Mantenimento rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Rapporto anno 2018= 0,21	< o = 0,21	0,27	< o = 0,21	= 0,21 (- 22,2%)	= 0,21	< o = 0,21	< o = 0,21	L'obiettivo richiede mantenimento per l'intero mandato del valore target. Pertanto, si auspica per il 2022 di ridurre il rapporto rispetto al 2018.
4	Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	Dati secondo protocollo LEA: 142/826= 17,2%	valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%	mantenimento valore anno 2018	19,4 %	mantenimento valore anno 2018	mantenimento valore anno 2018	
5	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore >= 60,00%	>= 60,00%	13/18=72,2%	>= 60,00%	>= 60,00%	75%	>= 60,00%	>= 60,00%	

⁴ i dati sono estratti al 17.01.2020 pertanto, a seguito del consolidamento della chiusura delle SDO, potrebbero risultare lievemente differenti rispetto ai dati dell'ultima relazione sugli adempimenti LEA trasmessa in Regione alla data di verifica degli adempimenti stessi. Si riporta, comunque, un dato consolidato che rappresenta il punto di partenza per definire gli obiettivi per il triennio 2020 - 2022.

*I dati dei ricoveri risentono del calo significativo della domanda a causa di agenti esogeni (Covid-19), quindi il miglioramento registrato nel 2020 non può essere imputato ad una maggiore efficienza. Ne consegue altresì che i target restano immutati.

** I dati relativi all'anno 2021 sono in corso di elaborazione.

TABELLA 7: allegato B) Obiettivi Tematici

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi di cui alle tabelle seguenti sono in corso di aggiornamento tenuto conto dell'evoluzione della epidemia Covid-19 e dei nuovi bisogni emergenti di cui al par. 6.1.2 Obiettivi specifici, oltre che dei risultati realizzati nell'anno 2020 i cui dati sono stati consolidati e dei risultati anno 2021 i cui dati sono in corso di valutazione.

Tabella 8: obiettivi dell'area della gestione e dell'efficienza

Area della gestione e dell'efficienza		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Efficienza nella gestione dei pagamenti alle ditte fornitrici	Riduzione dei tempi medi di pagamento ai fornitori	UOC Gestione economico finanziaria
	Verifica e abbattimento del debito in bilancio	
Efficienza nella gestione dei crediti esigibili	Realizzazione attività per il recupero di crediti esigibili iscritti in bilancio	
Ottimizzazione tempi dei processi tecnico - amministrativi	Riduzione dei tempi di reclutamento del personale	UOC Gestione Risorse Umane
	Riduzione dei tempi di approvvigionamento beni e servizi	UOC Gestione e Acquisizione beni e servizi
	Riduzione dei tempi di effettuazione lavori e dei tempi della manutenzione ordinaria e straordinaria	UOC Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico
	Riduzione dei tempi di manutenzione strutture e apparecchiature	UOC Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico e Staff della Direzione Strategica - PO Ingegneria clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA
Attuazione dell'art. 79, comma sexies lettera c), della legge 133/2008 e dell'art. 2, comma 70, della legge 191/2009	Implementazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione – DCA n.67 del 30/08/2019	Staff della Direzione Strategica - PO Programmazione, controllo di gestione e valutazione

Ottimizzazione delle risorse destinate all'emergenza Covid -19	Gestione e rendicontazione delle spese connesse all'emergenza Covid-19	UOC Gestione economico finanziaria
Efficienza informativa dati del personale	Corretta e tempestiva alimentazione e trasmissione dei flussi informativi del personale	UOC Gestione Risorse Umane
Rispetto della tempistica di trasmissione flussi di schede di dimissione ospedaliera (SDO) alla Regione	Trasmissione flussi SDO entro 30 giorni dalla dimissione	DAI medici e chirurgici Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Ottimizzazione nell'utilizzo delle sacche di sangue Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Implementazione delle azioni necessarie per una maggiore tracciabilità delle sacche , nonché ottimizzazione dei tempi di consegna e restituzione delle stesse al fine di evitare sprechi 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".	DAI Medicina di Laboratorio e Medicina Trasfusionale Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Razionalizzazione della spesa farmaceutica (DCA n. 99 del 14/12/2018)	Miglioramento dell' appropriatezza nel consumo dei farmaci (utilizzo farmaci equivalenti, biosimilari ed antibiotici)	UOC Farmacia centralizzata DAI medici e chirurgici
	Implementazione sistema di monitoraggio sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi	UOC Farmacia centralizzata DAI medici e chirurgici
	Verifica trimestrale sulle scorte di magazzino di tutte le strutture Avvio di procedure per monitoraggio trimestrale del turnover delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute	DAI medici, chirurgici, diagnostici e laboratorio UOC Farmacia centralizzata UOC Gestione economico finanziaria
	Monitoraggio del funzionamento dell'UFA e rilevazione del risparmio realizzato con il recupero degli scarti rispetto alla dose singola	UOC Farmacia centralizzata
	Controllo dell'appropriatezza prescrittiva - aderenza alle procedure aziendali	UOC Farmacia centralizzata
Efficienza nella gestione del patrimonio edile/tecnico aziendale	Attuazione degli interventi edilizi presso strutture preesistenti o da realizzare con fondi ex art.20 resi disponibili; Redazione Piano di Manutenzione ordinaria	UOC Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico

Ottimizzazione dei tempi di refertazione	Ottimizzazione dei tempi di refertazione dei servizi diagnostici e di laboratorio	DAI Oncoematologia, Diagnostica per Immagini e Morfologica e Medicina Legale DAI di Medicina di Laboratorio e Trasmfusionale
	Riduzione tempi di refertazione delle prestazioni di Genetica Medica	DAI Medicina di Laboratorio e Medicina Trasmfusionale
	Riduzione tempi di refertazione delle prestazioni di Farmacologia Clinica e Tossicologia	DAI di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia

Tabella 9: obiettivi dell'area dell'appropriatezza, della complessità e del governo clinico

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

Tabella 10: obiettivi dell'area della qualità ed organizzazione

Area della qualità ed organizzazione		
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI	OBIETTIVI SPECIFICI	STRUTTURA
Miglioramento dell'efficienza organizzativa nella gestione dei processi di assistenza	Implementazione di modalità assistenziali alternative più appropriate, nonché governo della presa in carico del paziente attraverso, ad esempio, l'adozione di un PDTA.	DAI medici e chirurgici
	Implementazione di reti cliniche (implementazione PDTA, collegamenti con il territorio, day service, ecc.)	DAI medici chirurgici, diagnostici e laboratorio
	Implementazione di procedure assistenziali nell'ambito del "Ospedale senza dolore" (ad es. parto analgesia)	DAI Chirurgia Generale e Chirurgie Specialistiche, dei Trapianti di Rene, Nefrologia, Cure Intensive e del Dolore DAI Materno Infantile
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione - Compilazione sistematica del modulo di utilizzo del sangue e comunicazione al DAI di Medicina Trasfusionale	DAI medici e chirurgici
	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	DAI Chirurgici Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
	Adozione di strumenti e/o soluzioni organizzative che permettano la realizzazione di azioni volte a promuovere il benessere organizzativo, anche al fine di favorire il coinvolgimento del personale e di aumentarne la motivazione	UOC Gestione Risorse Umane
	Rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti	Staff della Direzione Strategica - PO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa

Tabella 11: obiettivi dell'area della trasparenza, anticorruzione e comunicazione

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

Tabella 12: obiettivi dell'innovazione e dello sviluppo

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

Tabella 13: obiettivi del rischio clinico e della sicurezza

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

Oltre gli obiettivi suddetti e nonostante l'emergenza Coronavirus l'AOU Federico II ha ripreso le attività di ricovero e ambulatoriali:

- ✓ Recupero attività di ricovero (attività chirurgica):
 - Recupero di interventi nel rispetto delle classi di priorità
 - Revisione dell'attribuzione delle classi di priorità in conseguenza alle mutate condizioni cliniche del paziente
 - Riconversione, laddove indicato, dell'attività di ricovero ordinario e di day surgery verso la chirurgia ambulatoriale
 - Efficientamento dei percorsi pre e post-operatori anche al fine di ridurre la permanenza del paziente in ambiente ospedaliero
 - Rispetto tempi di massimi attesa, una volta recuperata attività rinviata.

- ✓ Recupero delle prestazioni ambulatoriali:
 - definizione piano di recupero e priorità, compatibilmente con gli spazi disponibili e le prestazioni prenotate non erogate;
 - telemedicina
 - individuazione di criteri utili a definire la precedenza di erogazione da attribuire alle prestazioni sospese, quali: o livello di rischio per fragilità (come da allegato al provvedimento regionale) o appropriatezza o ridefinizione della classe di priorità della prestazione a seguito di rivalutazione a distanza

- ✓ Obiettivi di natura clinico assistenziale
 - Rispetto volumi minimi di attività (ricalibrati in base alla riduzione di attività conseguente al Covid19, che ha riguardato in maniera differente le patologie oncologiche rispetto a quelle non oncologiche)»
 - % colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria ≤ 3 gg »
 - % pazienti con frattura di femore operati entro 2 giorni »
 - % parti cesarei in gravidanze a basso rischio
 - Appropriatezza dei ricoveri (trasferimento prestazioni ai setting assistenziali più appropriati, riduzione Dh medici di tipo diagnostico)
 - Riduzione Degenza media (DM) e Degenza Media Preoperatoria »
 - Potenziamento dell'attività di day Surgery
 - Implementazione nuovi PDTA e verifica dei PDTA esistenti- revisione del catalogo degli interventi trasferibili dalla week surgery al Day Surgery –
 - Aumento delle prestazioni ambulatoriali di alta specialità diagnostica e Telemedicina
 - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva a favore dell'utilizzo di biosimilari per le UOC e UOSD interessate, vale a dire l'Oncologia medica, l'Ematologia, l'Oculistica, la Reumatologia, la Dermatologia, la Gastroenterologia e la Nefrologia.

6.3 Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance

Tra gli altri obiettivi emergenti vi è anche la redazione del **POLA** secondo Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance (Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4 bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77)

Infatti, nel corso dell'epidemia covid-19, la necessità di contenimento del contagio ha reso necessaria l'adozione di forme di lavoro a distanza.

L'AOU Federico II nel corso del 2020, recependo disposizioni di cui al Decreto Legge n. 18 del 17/03/2020 e del DMPA del 19/10/2020, ha emanato Disposizioni in materia di organizzazione del lavoro (nota prot. n. 4006 del 13/03/2020, nota. prot. n. 4230 del 17/03/2020, nota prot. n. 4602 del 23/03/2020 e nota prot. n. 16521 del 26/10/2020)

In conseguenza dell'adozione di forme di lavoro agile, saranno adeguati i sistemi di misurazione e valutazione della performance alle specificità del lavoro agile rafforzando, ove necessario, i metodidi valutazione, improntati al raggiungimento dei risultati e quelli dei comportamenti organizzativi.

6.4 Piano Integrato delle attività e organizzazione (PIAO)

Il D.L. 80/2021 all'articolo 6, ha previsto come obbligatorio, per le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, la redazione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Il decreto prevede che nel PIAO confluiscono il Piano delle Performance e il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

Il succitato decreto richiede che vengano definiti:

1. Obiettivi programmatici e strategici della performance, secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'articolo 10, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 (cd. "Decreto Brunetta");
2. Strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo;
3. Obiettivi formativi annuali e pluriennali;
4. Piano reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle stesse;
5. Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
6. Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
7. Modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Gli esiti relativi agli obiettivi di cui al PIAO dovranno essere monitorati con cadenza periodica. La redazione del Piano, non rappresenta un mero adempimento burocratico, ma pone le basi per un processo di semplificazione e reingegnerizzazione di importanti processi aziendali, per migliorare la qualità sia dell'azione amministrativa sia dei servizi resi agli utenti. Il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato specifiche linee guida e uno schema di redazione. Inoltre nel corso della Conferenza Unificata del 02/12/2021 è stata accolta la richiesta di posticipare la scadenza del 31 gennaio 2022, per cui per la prima applicazione, il termine di adozione del PIAO è differito di 120 giorni successivi a quello di approvazione del bilancio di previsione.

Al fine di adempiere al dettato normativo, come indicato nella nota prot. n. 27094 del 25/10/2021, le strutture competenti si sono riunite per definire il loro contributo per quanto di competenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1 La valutazione del personale

Il processo di valutazione della performance organizzativa viene descritto nel “Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistemapremiante” mentre il processo di valutazione della performance individuale è descritto nel “Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance”, recentemente aggiornato in relazione alle evoluzioni normative ed in fase di approvazione.

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

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

Oggetto della valutazione sono:

- la performance organizzativa
- la performance individuale

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

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

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

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

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

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

Tabella 14: griglia valutatori/valutati

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

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

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

La valutazione delle performance, inoltre, terrà conto degli effetti sulle attività e sull'organizzazione determinati dalla epidemia COVID-19.

L'AOU Federico II con Deliberazione del Direttore Generale n. 848 del 15/10/2020 ha recepito la Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 427 del 03/08/2020 prevedendo un "Incremento e rideterminazione dei Fondi "Condizioni lavoro e incarichi", per l'anno 2020 (art. 80 CCNL Comparto Sanità, triennio 2016/2018, sottoscritto il del 21/5/2018) per il personale universitario, in convenzione e per il personale aziendale.

Si è previsto il riconoscimento del maggior impegno correlato all'emergenza epidemiologica COVID-19 anche al personale delle strutture amministrative, comprese quelle di direzione sanitaria, amministrativa e generale, che hanno supportato le strutture assistenziali, per la gestione dell'emergenza e la riconversione delle attività.

7.2 L'Organismo Indipendente di valutazione della performance

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

- a) monitora il funzionamento complessivo dei sistemi della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13 del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii.;
- c) valida, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14 co. 4 lett.a) del D. lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., la Relazione sulla *performance* e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione della *performance* e del conseguente utilizzo dei premi di cui al Titolo III del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii., secondo quanto previsto da tale decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) esperisce tentativi di conciliazione su istanza del personale di comparto e del personale dirigente, per il superamento dei contrasti insorti in materia di misurazione e valutazione della *performance*;
- f) propone alla Direzione Aziendale la valutazione annuale dei dirigenti e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III del D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii.;
- g) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'articolo 13 di cui al D. Lgs.150/2009 e ss.mm.ii.;
- h) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- i) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

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

Per lo svolgimento delle attività di sua competenza, l'OIV si avvale della collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nei vari processi operativi e può accogliere eventuali istanze di convocazione personale, e può assumere ogni ulteriore iniziativa utile ai fini del buon esito dell'incarico a lui affidato. Gli uffici competenti evadono con sollecitudine e con spirito di lealtà le richieste dell'OIV e, se ritengono di non potere fornire la collaborazione e/o le informazioni richieste, comunicano all'OIV i motivi del rifiuto, dandone contestuale notizia al Direttore Generale.

Nelle more della selezione di un nuovo OIV, quello attuale opera in regime di *prorogatio*.

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

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

8.1 Processo di redazione del Piano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

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

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