



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 603 del 29/06/2022

Struttura proponente: Staff Della Direzione Strategica

Oggetto: Approvazione Relazione sulla Performance dell'AOU Federico II Anno 2021.

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Anna IERVOLINO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: Staff Della Direzione Strategica

Oggetto: Approvazione Relazione sulla Performance dell' AOU Federico II Anno 2021.

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 di Staff di Direzione Strategica

- Premesso** che il d.lgs. n. 150 del 27/10/2009 all'art. 10, comma 1, lettera b), e ss.mm.ii. prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento “che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”;
- Considerato** che con Deliberazione del Direttore Generale n. 273 del 09/04/2021 è stato approvato l'Aggiornamento del Piano Triennale della Performance per il triennio 2021 – 2023, in applicazione della succitata normativa;
- Preso atto** che il D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009 prevede, altresì, che ogni Ente adotti annualmente una “Relazione sulla Performance” che evidenzi i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati;
- Richiamate** le delibere della Civit (ora ANAC) n. 5 e n. 6 del 2012 che definiscono le linee guida di elaborazione della Relazione annuale sulla performance;
- Considerato** che la Direzione Strategica dell'AOU Federico II ha dato mandato alla UO Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione, afferente allo Staff della Direzione Strategica, di redigere la Relazione sulla Performance aziendale per l'anno 2021, sulla base delle sopra citate linee guida e della normativa di riferimento;
- Acquisita** la Relazione sulla Performance anno 2021 allegata alla presente per formarne parte integrante;
- Ritenuto** di approvare la “Relazione sulla Performance anno 2021” dell'AOU Federico II”;
- 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 la “Relazione sulla Performance anno 2021” dell'A.O.U. Federico II che, allegata alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante;
- pubblicare la citata Relazione sul sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- trasmettere la “Relazione sulla Performance anno 2021” dell'A.O.U. Federico II all'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

IL DIRETTORE GENERALE

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

Preso atto che il Coordinatore dello Staff Direzione Strategica 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;

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Anna IERVOLINO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 603 del 29/06/2022

Struttura proponente: Staff Della Direzione Strategica

Oggetto: Approvazione Relazione sulla Performance dell'AOU Federico II Anno 2021.

SI DICHIARA CHE LA PRESENTE DELIBERA:

È stata pubblicata sull'Albo pretorio dell'Azienda, ai sensi dell'art. 32, Legge n. 69/2009, il 29/06/2022

E' divenuta esecutiva il 29/06/2022

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



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021

A.O.U. FEDERICO II

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

Premessa

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

Con questo documento l'AOU si propone di comunicare a tutti i propri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2021. Vengono evidenziati i risultati organizzativi raggiunti rispetto agli obiettivi programmati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari erogati dall'A.O.U. Federico II, ai sensi all'art. 3 bis, comma 6 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii..

L'anno 2021 è stato 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.

Ad oggi è in corso la valutazione degli obiettivi 2021 delle singole strutture, pertanto, la presente relazione fa riferimento ai risultati realizzati a livello aziendale e sarà successivamente integrata.



Sommario

- 1. L’Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e il contesto esterno di riferimento**
 - 1.1 L’emergenza epidemiologica COVID-19**
- 2. Il contesto organizzativo aziendale**
 - 2.1 Criticità**
- 3. Il Ciclo di gestione della performance nell’A.O.U. Federico II**
 - 3.1 Albero della performance**
 - 3.2 Metodologia di definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (target) e dei rispettivi indicatori**
 - 3.3 Gli Obiettivi anno 2021**
- 4. Monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi**
 - 4.1 L’iter procedurale**
 - 4.2 Monitoraggio Obiettivi**
 - 4.2.1 Adempimenti LEA (All. A), obiettivi tematici (All. B): analisi dei risultati ed azioni intraprese**
 - 4.2.2 Rispetto dei tempi di attesa – attività ed iniziative intraprese**
 - 4.2.3 Monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie**
 - 4.2.4 Indicatore di tempestività dei pagamenti**
 - 4.2.5 La trasparenza**
 - 4.2.6 Conclusioni: obiettivi raggiunti**
- 5. Criteri di ripartizione dei fondi**
- 6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance: fasi, soggetti e tempi**
- 7. Allegati alla Relazione della Performance 2021**
 - Allegato 1: Obiettivi D.A.I. anno 2021 AOU Federico II
 - Allegato 2: Obiettivi UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2021 A.O.U. Federico II



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

L'A.O.U. Federico II, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per l'attività assistenziale e per le attività d'alta specializzazione di rilievo nazionale. Svolge - ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07.03.2011 - *"attività di assistenza ospedaliera e quella didattica scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario, attività che si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione"* – in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

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

Le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di day-hospital e le attività ambulatoriali in numerose branche dell'attività medico-chirurgica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

L'A.O.U. si caratterizza per alcune specifiche attività che di seguito vengono brevemente descritte:

- servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico;
- partecipazione dell'A.O.U. alla rete dell'emergenza mediante:
 - accesso dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Cardarelli ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 1 del 15/01/2015 "Organizzazione accesso pazienti in emergenza nell'area collinare di Napoli: misure urgenti per garantire l'assistenza in condizioni di iperafflusso" e ss.mm.ii.;
 - partecipazione alla Rete dell'Emergenza Cardiologica di cui al DCA n. 49 del 27/09/2010 che la definisce come un sistema organizzativo basato sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche e cardiocirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie). Il suddetto DCA 49 attribuisce all'A.O.U. Federico II un ruolo fondamentale in quanto centro ad alta specializzazione e punto di riferimento per l'intera rete. L'A.O.U., infatti, viene riconosciuta quale Centro HUB di secondo livello per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e centrale operativa cardiologica di riferimento dei Dipartimenti Integrati delle Emergenze dell'ASL Napoli 1 Centro. Pertanto per i reparti di cardiologia, cardiocirurgia e chirurgia vascolare si prevede un incremento della casistica trattata in relazione all'aumento del bacino d'utenza. Successivamente il decreto n. 64 del 16/07/2018 attribuisce all'A.O.U. Federico II un ruolo di HUB per la Macro area Napoli 1 Centro e Macro area Napoli 2 Nord, oltre che Centrale cardiologica di refertazione per la provincia di Napoli;
- partecipazione alla Rete dell'ictus cerebrale acuto (Stroke Unit), DCA n. 49 del 27/09/2010, con il ruolo chiave che è quello di rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete, adottando un modello di tipo Hub and Spoke.



Anche in questo caso, all'A.O.U. Federico II, considerando la sua elevata specializzazione, viene attribuita la funzione di Centro HUB di secondo livello;

- Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN)
- Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) attivo 24/24h e dedicato al trasporto di neonati patologici 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 (Gruppo oncologico multidisciplinare) ed 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;
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente affetto da Metastasi epatiche da adenocarcinoma colo-rettale (Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici).
- presenza di numerosi Centri di riferimento regionali (n. 34 centri di riferimento Regionale per malattie rare e n. 1 centro di riferimento Regionale per l’HIV), istituiti con Deliberazioni regionali, caratterizzati da particolari e rare competenze presenti presso l’A.O.U. Federico II;
- presenza del Ceinge nell’ambito del complesso di Cappella Cangiani, che eroga prestazioni diagnostiche in favore dell’A.O.U. e altre aziende regionali, nel quale l’AOU “Federico II” detiene una quota del 60%;
- presenza di un’altra Azienda (l’A.O.U. Vanvitelli) che grava per le attività diagnostiche all’interno del complesso di Cappella Cangiani sulle strutture dell’A.O.U. Federico II con rimborso, solo parziale, dei costi effettivi sostenuti;
- continuità assistenziale assicurata nel passaggio dall’età adolescenziale all’età adulta nel caso di patologie specifiche (es. diabete, fibrosi cistica) e nel caso di malattie rare;
- contemporaneità dello svolgimento anche della attività di didattica, ricerca e assistenza.

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



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

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

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

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

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

1.1 L'emergenza epidemiologica Covid-19

L'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha imposto modifiche nelle modalità di erogazione dei servizi, coinvolgendo tutto l'assetto aziendale 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'A.O.U. 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-19 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'A.O.U. Federico II ha attivi, al 31/12/2021, n. 69 posti letto attivi per i pazienti COVID-19 di cui:

- 67 posti letto di Degenza ordinaria;
- 2 posti letto di Terapie Intensiva.



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'A.O.U. 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.

Nel dicembre del 2020 è stato istituito il Punto Vaccinale Ospedaliero che ha iniziato la sua attività vaccinale il 02/01/2021.

Da gennaio 2021 è iniziata la campagna vaccinale anti-COVID-19, 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-19, proseguendo con gli altri operatori, inclusi specializzandi e studenti delle scuole delle professioni sanitarie e gli studenti di Medicina degli ultimi anni.

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'A.O.U. 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.

La drammatica situazione correlata all’epidemia COVID-19 ha imposto all’A.O.U. Federico II di modificare le priorità nella erogazione dei servizi fino alla sospensione temporanea di alcune attività. Di conseguenza, così come riconosciuto nel DGR n. 167 del 06.04.2022, si è determinata l’impossibilità da parte dei Direttori Generali di perseguire il raggiungimento degli obiettivi assegnati all’atto della nomina dovendo essi destinare impegno e risorse ai nuovi obiettivi di contrasto all’epidemia.

Pertanto, per l’anno 2021, alle AA.OO. e AA.OO.UU. è stato fissato come obiettivo il raggiungimento minimo del 70% del ciclo completo (prima e seconda dose) riferito alla popolazione dipendente.

Al 31 dicembre 2021 il 98.94% del personale era stato sottoposto al ciclo vaccinale completo anti-COVID-19.

Si desume, dunque, che la programmazione strategica è stata influenzata in modo significativo anche nell’anno 2021.

Mission

La mission dell’A.O.U. consiste nella piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca dell’AOU:

- **Funzione assistenziale:** l’Azienda è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità secondo il modello multidisciplinare, alla definizione ed applicazione di processi e linee guida che supportino i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, garantendo la continuità nell’emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell’ambito dell’eccellenza;
- **Funzione didattica:** l’Azienda concorre alla formazione sanitaria nella Regione Campania con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, i Corsi di laurea delle professioni sanitarie e la formazione continua degli operatori sanitari, anche nell’ottica della Educazione Continua in Medicina;



- **Funzione di ricerca:** l'Azienda realizza attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

Vision

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

La vision dell'A.O.U. Federico II si ispira ai seguenti principi fondanti, che le consentono di interpretare al meglio la sua mission 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'A.O.U. Federico II si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella L. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili.

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

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

2. Il contesto organizzativo aziendale

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

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

- **Responsabilizzazione diffusa del personale**, per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo;
- **Flessibilità**, per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, al fine della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione e delle risorse a disposizione;
- **Dinamicità governata**, essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna ad introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo;
- **Innovazione**, l'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative. L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:
 - a) il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
 - b) la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;
 - c) il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
 - d) la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.
- **Multidisciplinarietà**, che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alle diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà;
- **Snellimento dell'organizzazione**, l'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, sui risultati, attraverso una struttura fondata su un



numero limitato di livelli gerarchici in senso verticale ed orizzontale. L'efficacia dell'azione aziendale richiede un'organizzazione che eviti di parcellizzare le responsabilità e che invece sia orientata a integrare le attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità, in un contesto di diffusa fiducia professionale;

- **Valorizzazione delle risorse umane e professionali**, dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale;
- **Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa**, attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

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

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

- amministrazione
- programmazione
- produzione di prestazioni e servizi sanitari

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

La valenza strategica è definita:

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

La complessità organizzativa è definita da:

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

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

Il modello organizzativo al 31.12.2021

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

La ridefinizione dei D.A.I. e delle UU.OO.CC. previste dal suddetto atto aziendale porta ad una riduzione numerica (i D.A.I. si riducono da 13 ad 11 e le U.O.C. da 69 a 61), contestuale ad una razionalizzazione, basata sulla combinazione di tre elementi:

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

Tabella 1: Strutture organizzative A.O.U. Federico II ¹

Strutture	Numero
D.A.I.	11
U.O.C. amministrative	7
U.O.C. sanitarie (**)	61
U.O.S.	48
U.O.S.D.	26
Programmi	90

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

¹ (*) Aggiornamento al 31/12/2021 - (**) Sono compresi i servizi centrali sanitari

Tabella 2: Dipartimenti assistenziali ad attività integrata al 31/12/2021

DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA' INTEGRATA (D.A.I.)
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

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

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

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

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

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

La dotazione organica è individuata in ragione dell’attività assistenziale dell’A.O.U. 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.

² Lo Staff di Direzione strategica comprende i seguenti servizi: Logistica e mobilità interna; Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione; Analisi dei fabbisogni formativi, progettazione didattica e valutazione; Reclutamento del personale e gestione specialistica ambulatoriale; Segreteria generale, coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali, Protocollo generale, Albo pretorio; Comunicazione, URP e Ufficio Stampa; Affari Legali; Gestione contenzioso civile e transazioni, Gestione contenzioso civile e amministrativo, Gestione contenzioso lavoro e penale (al 31.12.2021)

Tabella 4: Dotazione Organica al 31.12.2021

	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%

2.1 Criticità

La particolare natura dell'A.O.U. Federico II, ovvero Azienda Ospedaliera Universitaria, pone un'ulteriore criticità nella gestione della performance: la coesistenza degli obiettivi aziendali (assistenza) con quelli universitari (ricerca e didattica), infatti, si ripercuote sulla complessità gestionale in termini di raggiungimento degli stessi.

Questa criticità, pertanto, non può non essere considerata nella gestione della performance che tende al raggiungimento della mission dell'A.O.U., ossia la piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca.

3. Il Ciclo di gestione della performance nell'A.O.U. Federico II

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

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

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

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

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

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

- 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 "Presa d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento"

- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 “Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 1/03/2017 “Programma Operativo 2016-2018”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 28/12/2018 “Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018 “Piano triennale 2019 – 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2 c. 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- Protocollo di intesa Regione – Università 2016 - 2018, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l’adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.
- Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 103 del 28.12.2018 “Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018”.

3.1 Albero della performance

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

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

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

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

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

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



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

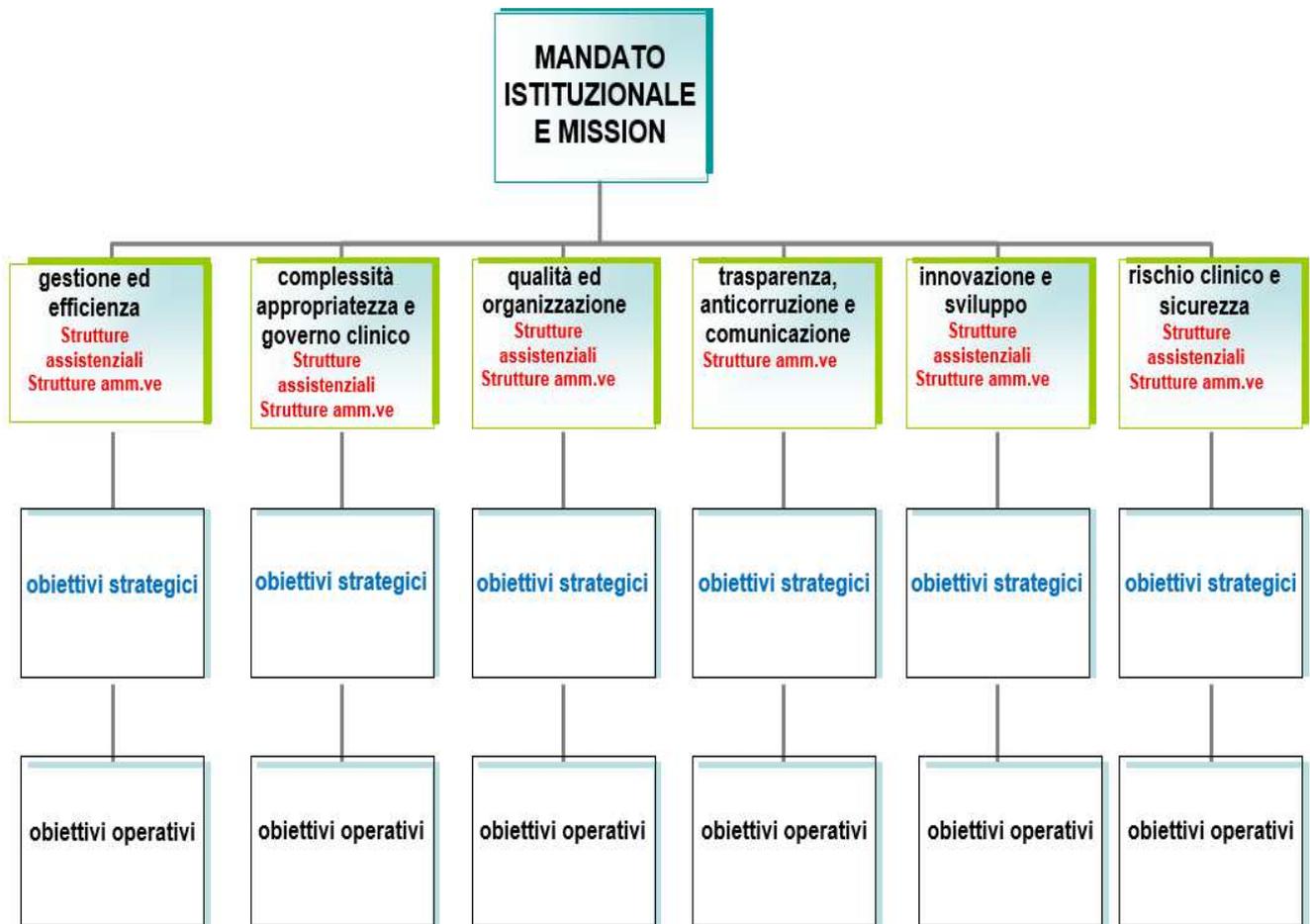
L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

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

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

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



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

L’A.O.U. Federico II definisce, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi strategici:

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

Gli obiettivi strategici aziendali per il periodo 2021 - 2023 sono stati adottati con Deliberazione del Direttore Generale n. 273 del 09.04.2021 di adozione del Piano della Performance.

Essi vengono scomposti in sub obiettivi a breve termine ed assegnati secondo una logica di negoziazione del tipo top down partecipata ai D.A.I., alle U.O.C. Tecniche e Amministrative e allo Staff di Direzione.

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

In sintesi, le fasi del processo sono le seguenti:

Fase 1: Definizione degli indirizzi programmatici aziendali

Fase 2: Definizione degli obiettivi delle singole strutture aziendali/centri di responsabilità (D.A.I., U.O.C. tecniche e amm.ve e Staff di direzione)

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

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

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

Per ciascun obiettivo sono stati individuati:

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

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

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

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

3.3 Gli Obiettivi anno 2021

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

4. Monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi

4.1 L'iter procedurale

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

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

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

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

4.2 Monitoraggio Obiettivi

4.2.1 Adempimenti LEA (All. A), obiettivi tematici (All. B): analisi dei risultati ed azioni intraprese

La Delibera di assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale (DGR n. 374 del 06.08.2019) ha indicato gli obiettivi LEA (griglia LEA) e gli obiettivi tematici che si riportano nelle tabelle sottostanti.

Tabella 6: Allegato A – Griglia LEA

N.	Definizione	
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.
	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.
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
	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
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
4	Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%
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%

Tabella 7: ALLEGATO B – Indicatori 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 Dimesi 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

I risultati ottenuti dal monitoraggio della Griglia LEA e degli indicatori tematici sono riportati nelle tabelle sottostanti:

ADEMPIMENTI LEA 2019

Indicatore	n. casi periodo corrente	n. casi ANNO sel.	Delta (corrente-selezione)	Target Obiettivo DG	n. casi consentiti	n. casi restanti
	01/01/2021 - 31/12/2021	2018			2021	2021
Ricoveri Ordinari in età pediatrica (<18) per: asma e gastroenterite	13	22	-40,9%	-27,3%	16	3
Ricoveri Ordinari in età adulta (>=18) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	288	297	-3,0%	-41,4%	175	-113
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	11.132	12.539	-11,22%	-25,00%	9.404	-1.728
Accessi di tipo medico	87.234	91.957	-5,1%	-25,00%	68.968	-18.266

Indicatore	n. casi numeratore	n. casi denominatore	Rapporto	Target Obiettivo DG
	01/01/2021 - 31/12/2021	01/01/2021 - 31/12/2021		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	3.143	15.664	0,20	$\leq 0,21$
Pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	17	21	81%	$\geq 60,0\%$
Parti cesarei primari	725	2.039	35,6%	$20,01\% \leq x \leq 24,00\%$

Le criticità riscontrate sono riconducibili a due fattori principali:

- una parziale implementazione dei PACC: l'Azienda, tuttavia, sta predisponendo tutte le azioni necessarie al fine di completare l'attivazione dei percorsi mancanti;
- il recupero delle prestazioni in day hospital, day surgery e degenza ordinaria non eseguite durante il picco pandemico registrato nel corso dell'anno 2020.

Inoltre, come riportato nel par. 4.2.6, la Griglia LEA è stata sostituita dal sottoinsieme di indicatori "core" previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019.

INDICATORI TEMATICI

Indicatore	n. casi numeratore			n. casi denominatore			Rapporto	Target Obiettivo DG	Note per l'elaborazione
	01/01/2021	-	31/12/2021	01/01/2021	-	31/12/2021			
Ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	3.940			15.202			25,9%	< 25,0%	Sono considerate le specialità chirurgiche 06,07,09,10,11,12,13,14,30,34,35,36,38,43,76,78,98. Sono esclusi i dimessi con DRG 470 e i dimessi con intervento principale di litotripsia (985_).
Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	11.376			7.190			1,6	1,4 gg	Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospitalizzazione con reparto di ammissione chirurgico o con DRG chirurgici di pediatria e ostetricia e ginecologia. Sono esclusi i trapianti.
Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia	2			157			1,3%	<= 20%	Ricoveri in Regime Ordinario per riabilitazione (cod. 56,75)

4.2.2 Rispetto dei tempi di attesa – attività ed iniziative intraprese

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

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

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

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

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

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

Indice Performance Prestazioni Ambulatoriali Prestazioni traccianti da PNGLA2019

% rispetto tempi di attesa

01/01/2021 - 31/12/2021

		U			B			D			P			Totale		
		Tot. Prenot	Garantite	%												
1	Prima Visita cardiologica	1056	338	32	787	446	56	396	315	79	2515	2341	93	4754	3440	72,36
2	Prima Visita chirurgia vascolare	222	122	54	143	121	84	81	79	97	613	611	99	1059	933	88,10
3	Prima Visita endocrinologica	483	184	38	330	208	63	373	149	39	2097	1878	89	3283	2419	73,68
4	Prima Visita neurologica	965	56	5	623	76	12	191	31	16	782	303	38	2561	466	18,20
5	Prima Visita oculistica	987	83	8	809	94	11	502	94	18	2051	286	13	4349	557	12,81
6	Prima Visita ortopedica	737	124	16	789	180	22	484	129	26	1649	1197	72	3659	1630	44,55

Legenda: **Classe U** (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; **Classe B** (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni; **Classe D** (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; **Classe P** (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

		U			B			D			P			Totale		
		Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%
7	Prima Visita ginecologica	717	286	39	563	381	67	358	311	86	3050	2847	93	4688	3825	81,59
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	666	60	9	638	141	22	292	53	18	1388	701	50	2984	955	32,00
9	Prima Visita urologica	485	151	31	364	226	62	149	134	89	862	854	99	1860	1365	73,39
10	Prima Visita dermatologica	1544	476	30	1318	615	46	826	389	47	3702	1754	47	7390	3234	43,76
11	Prima Visita fisiatrica	51	34	66	60	59	98	37	37	100	206	206	100	354	336	94,92
12	Prima Visita gastroenterologica	1340	422	31	1095	622	56	293	176	60	1503	1236	82	4231	2456	58,05
13	Prima Visita oncologica	196	126	64	206	175	84	221	209	94	1936	1865	96	2559	2375	92,81
14	Prima Visita pneumologica	38	6	15	35	20	57	30	22	73	321	317	98	424	365	86,08
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	43	6	13	42	17	40	43	30	69	364	360	98	492	413	83,94
16	Mammografia monolaterale	0	0		0	0		0	0		3	3	100	3	3	100,00
17	TC del Torace	33	9	27	32	19	59	15	14	93	76	65	85	156	107	68,59

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

		U			B			D			P			Totale		
		Tot. Prenot	Garantite	%												
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	98	22	22	65	38	58	18	14	77	147	123	83	328	197	60,06
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	0	0		2	1	50	1	1	100	11	6	54	14	8	57,14
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	0	0		3	1	33	0	0		8	7	87	11	8	72,73
23	TC dell'addome completo	9	4	44	11	3	27	1	1	100	9	9	100	30	17	56,67
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	100	23	23	67	37	55	20	15	75	144	121	84	331	196	59,21
25	TC Cranio – encefalo	8	2	25	7	5	71	3	2	66	37	30	81	55	39	70,91
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	55	14	25	27	14	51	5	5	100	56	44	78	143	77	53,85
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	0	0		0	0		0	0		4	1	25	4	1	25,00
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	5	2	40	2	2	100	1	1	100	7	5	71	15	10	66,67
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	2	2	100	0	0		0	0		2	1	50	4	3	75,00
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto	5	2	40	0	0		0	0		6	6	100	11	8	72,73

		U			B			D			P			Totale		
		Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto	11	5	45	7	3	42	0	0		7	7	100	25	15	60,00
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	8	1	12	0	0		0	0		13	13	100	21	14	66,67
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	27	6	22	19	7	36	5	4	80	63	61	96	114	78	68,42
38	RM della colonna in toto	14	4	28	5	4	80	0	0		5	5	100	24	13	54,17
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	0	0		1	1	100	0	0		2	2	100	3	3	100,00
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	134	29	21	113	65	57	44	43	97	421	324	76	712	461	64,75
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	219	92	42	312	217	69	187	179	95	1461	1434	98	2179	1922	88,21
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	67	41	61	110	86	78	80	75	93	960	917	95	1217	1119	91,95
43	Ecografia dell'addome superiore	19	4	21	15	10	66	2	1	50	37	27	72	73	42	57,53
44	Ecografia dell'addome inferiore	23	2	8	9	2	22	4	1	25	15	11	73	51	16	31,37
45	Ecografia dell'addome completo	175	27	15	123	50	40	60	55	91	530	472	89	888	604	68,02

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

		U			B			D			P			Totale		
		Tot. Prenot	Garantite	%												
46	Ecografia bilaterale della mammella	111	19	17	66	25	37	59	42	71	471	466	98	707	552	78,08
47	Ecografia monolaterale della mammella	0	0		0	0		0	0		3	3	100	3	3	100,00
48	Ecografia ostetrica	79	55	69	106	97	91	152	151	99	2169	2169	100	2506	2472	98,64
49	Ecografia ginecologica	10	6	60	8	5	62	6	6	100	64	56	87	88	73	82,95
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	287	146	50	358	292	81	205	196	95	3325	3224	96	4175	3858	92,41
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	319	42	13	522	89	17	102	93	91	730	580	79	1673	804	48,06
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	0	0		6	1	16	1	1	100	30	30	100	37	32	86,49
54	Esofagogastroduodenoscopia	1	1	100	2	2	100	0	0		4	4	100	7	7	100,00
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	285	25	8	416	67	16	84	79	94	552	475	86	1337	646	48,32
56	Elettrocardiogramma	322	252	78	202	194	96	130	130	100	1375	1367	99	2029	1943	95,76
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	40	7	17	31	12	38	9	9	100	81	60	74	161	88	54,66

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

		U			B			D			P			Totale		
		Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%	Tot. Prenot	Garantite	%
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	9	4	44	9	9	100	2	2	100	33	33	100	53	48	90,57
60	Esame audiometrico tonale	216	18	8	238	56	23	79	47	59	748	446	59	1281	567	44,26
61	Spirometria semplice	63	36	57	53	47	88	3	3	100	39	39	100	158	125	79,11
62	Spirometria globale	0	0		3	3	100	0	0		2	2	100	5	5	100,00
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi	0	0		0	0		0	0		30	30	100	30	30	100,00
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli.	0	0		0	0		10	7	70	84	84	100	94	91	96,81

Dalla tabella si evince che sia l'Oculistica sia la Neurologia presentano delle criticità in relazione alla percentuale del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Con riferimento all'Oculistica, alla carenza cronica di personale si è aggiunta la destinazione dell'Edificio n. 15 all'accoglienza di pazienti affetti da COVID-19 che ha inevitabilmente ridimensionato l'offerta di tali prestazioni; per quanto riguarda la Neurologia la problematica è invece riconducibile alla carenza di personale.

Nell'ambito del DGR n. 209 del 04.05.2022, che ha approvato il nuovo Piano Operativo Regionale di recupero delle Liste di Attesa, l'Azienda ha provveduto ad elaborare un proprio Piano Operativo di recupero delle Liste di Attesa.

Tale piano coinvolge tra le varie anche la Neurologia e l'Oculistica, che inoltre ha visto incrementare le unità di personale al fine di garantire una maggiore produttività.

4.2.3 Monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie

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

4.2.4 Indicatore di tempestività dei pagamenti

Dall'andamento registrato nel corso del 2021 si evince un graduale miglioramento dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture rispetto al 2020.

Indicatore annuale tempi di pagamento (media)	Indicatore annuale tempi di pagamento (media)	Indicatore trimestrale tempi di pagamento	Indicatore annuale tempi di pagamento (media)			
2019	2020	1 trim 2021	2 trim 2021	3 trim 2021	4 trim 2021	2021
-19,96	11,95	-3,13	-7,55	-11,39	-13,49	-4,25
oltre i canonici 60gg.	oltre i canonici 60gg.	oltre i canonici 60gg.	oltre i canonici 60gg.	oltre i canonici 60gg.	oltre i canonici 60gg.	oltre i canonici 60gg.

4.2.5 La trasparenza

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

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

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

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

4.2.6 Conclusioni: obiettivi raggiunti

La presente Relazione considera gli indicatori della "Griglia LEA" di cui la Delibera di assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale (DGR n. 374 del 06.08.2019).

Tuttavia, a partire dal 1 gennaio 2020, la Griglia LEA è stata sostituita dal sottoinsieme di indicatori "core" previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019.

Quest'ultimo, ha introdotto nuovi criteri per il calcolo e/o interpretazione degli indicatori previsti.

Di seguito il nuovo **Sistema di Garanzia dell'A.O.U. Federico II:**

1) Percentuale parti cesarei primari (Rif.: < 24%)	2021	TOTALE ANNO 35
	2020	34
	2019	32
2) Percentuale fratture femore operate entro due giorni (Rif.: > 60%)	2021	TOTALE ANNO 81%
	2020	75%
	2019	80%
3) % Colectomia laparoscopica: deg. post oper. < 3 gg	2021	TOTALE ANNO 77
	2020	77
	2019	76
4) Rapporto tra ricoveri ARI e ricoveri non ARI in RO (Rif.: <= 0,21)	2021	TOTALE ANNO 0,20
	2020	0,21
	2019	0,23
5) Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella (Rif >135 interventi annui)	2021	TOTALE ANNO 144
	2020	89
	2019	98
6) Ricoveri ordinari pediatrici per asma e gastroenterite	2021	TOTALE ANNO 13
	2020	15
	2019	25
7) Ricoveri ordinari per adulti per diabete,BPCO,e scompenso cardiaco	2021	TOTALE ANNO 166
	2020	112
	2019	202

Riguardo i dati relativi al monitoraggio di cui alla presente Relazione, ad oggi è ancora in corso il consolidamento dei dati relativi alle singole Strutture, tuttavia si è potuto monitorare i risultati realizzati a livello aziendale.

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

I risultati realizzati possono ritenersi soddisfacenti tenuto conto del contesto epidemiologico in cui si è operato.

La valutazione delle performance organizzative e individuali terrà conto dell'impatto determinato dallo stato d'emergenza, prorogato per tutto l'anno 2021, sull'erogazione dei servizi e sullo svolgimento delle ordinarie attività dell'Azienda e, quindi, della effettiva possibilità di raggiungere i target prefissati.

5. Criteri di ripartizione dei fondi

L'U.O.C. Gestione Risorse Umane, constatata l'avvenuta costituzione delle risorse di bilancio destinate agli incentivi, ha predisposto la deliberazione avente ad oggetto la costituzione dei Fondi riservati al Personale di Comparto, distinti per il settore universitario e per quello aziendale, nonché dei Fondi riservati al personale dell'area della Dirigenza medico-veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, distinti anch'essi per il personale universitario e per il personale aziendale.

I Fondi, al termine delle procedure di valutazione, vengono ripartiti tra i rispettivi aventi diritto, in proporzione all'entità del punteggio da ciascuno conseguito ed è vietata l'elargizione, sotto qualsiasi forma, di acconti o anticipazioni.

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

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

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

7. Allegati alla Relazione della Performance 2021:

- Allegato 1: Obiettivi D.A.I. anno 2021 A.O.U. Federico II
- Allegato 2: Obiettivi UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2021 A.O.U. Federico II

Allegato 1: Obiettivi D.A.I. anno 2021 A.O.U. Federico II

DAI MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO										
CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	68%	100%	0,15	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	26,6%	< = 21%	0,10	Cartella Clinica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,10	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
Qualità Appropriatezza	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	31,67%	100%	0,15	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 8	-41,4%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 2.444	-25%	0,15		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 5.553	-25%	0,15		

DAI SANITÀ PUBBLICA, FARMACOUTILIZZAZIONE E DERMATOLOGIA

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	\	SI	0,05	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	Ottimizzare l'uso dei farmaci biotecnologici, (originator o biosimilari) applicando rigorosi PDTA clinici per migliorare la sicurezza, l'appropriatezza e l'efficacia di tali farmaci consentendo un indiretto contenimento della spesa farmaceutica, senza pregiudicare la migliore assistenza al paziente	% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio in appropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 81	-25%	0,10	Report Adempimenti LEA	Dott.ssa Rosanna Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 254	-25%	0,10		
Organizzazione e Qualità	Adozione di strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e del personale ed implementare eventuali azioni correttive	Rilevamento del grado di soddisfazione dei degenti rispetto al servizio mensa	Somministrazione questionari di gradimento dei degenti del servizio mensa, rilevazione dei risultati e proposte di risoluzione delle situazioni critiche	n. questionari somministrati e raccolti	Ottobre - Dicembre 2021	n. 1000	n. 165	0,10	Report e Relazione	Direzione Sanitaria
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali	Monitoraggio e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	Elaborazione e diffusione report trimestrali sugli esiti dell'attività di sorveglianza sanitaria	SI/NO	Ottobre - Dicembre 2021	SI	SI	0,10	Report semestrale	
Sicurezza	Migliorare i livelli di sicurezza aziendale	Monitoraggio sull'utilizzo di dispositivi di protezione	Produrre report sull'utilizzo dei dispositivi di protezione	SI/NO	Ottobre - Dicembre 2021	SI	SI	0,10	Report o Relazione	Direzione sanitaria
		Monitoraggio sullo smaltimento di dispositivi di protezione	Produrre report sullo smaltimento dei dispositivi di protezione	SI/NO	Ottobre - Dicembre 2021	SI	SI	0,10	Report o Relazione	
Farmacologia e Tossicologia Medica	Migliorare il processo di rilevazione degli eventi avversi e l'efficienza del monitoraggio terapeutico dei farmaci nei liquidi biologici	Inserimento nella rete nazionale di farmacovigilanza delle schede e loro validazione		(N° schede inserite o validate/Totale schede)*100	Ottobre - Dicembre 2021	90%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	Direzione Sanitaria
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti alle cliniche nella stessa giornata on line		(N° di risultati trasmessi in giornata/Totale esami) *100	Ottobre - Dicembre 2021	95%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti a pazienti ambulatoriali e altre strutture ospedaliere del territorio per via telefonica e/o fax, e-mail in giornata		(N° di risultati trasmessi in giornata/Totale esami)*100	Ottobre - Dicembre 2021	85%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	

DAI CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	54%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	3 UOC SI 3 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	38,3%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,05		
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Ottobre - Dicembre 2021	18%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
	Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Ottobre - Dicembre 2021	86%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05				
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	35,16%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale	
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore	Esecuzione interventi per frattura femore (età +65) entro 2 giornate di degenza ordinaria	N° interventi eseguiti entro le 2 giornate in RO/N° interventi totale	Ottobre - Dicembre 2021	72%	>= 60%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 156	-25%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 713	-25%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Ottobre - Dicembre 2021	18,4%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Ottobre - Dicembre 2021	1,2	< o = 1,4 giorni	0,05		

DAI EMERGENZE CARDIOVASCOLARI, MEDICINA CLINICA E DELL'INVECCHIAMENTO

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	86%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	0%	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	4,1%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Zoza
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,05		
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Ottobre - Dicembre 2021	41%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
	Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Ottobre - Dicembre 2021	93%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05				
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	75,84%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta (≥18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 251	-41,4%	0,05	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 516	-25%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 2.743	-25%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Ottobre - Dicembre 2021	31,50%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Ottobre - Dicembre 2021	1,8 giorni	< o = 1,4 giorni	0,05		
Efficacia	Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Incremento del n. Ptca eseguiti entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardico acuto (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.)		Ptca eseguiti entro 48 ore/Totale Ptca	Ottobre - Dicembre 2021	87%	90%	0,05	SDO	

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

DAI MEDICO-CHIRURGICO DELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	61%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	1 UOC SI 5 UOC NO	SI	0,05	SDO		
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	29%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica		
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella	
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	0%	SI	0,05			
			Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Ottobre - Dicembre 2021	0%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
			Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Ottobre - Dicembre 2021	0%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	46,27%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 699	-25%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 5.143	-25%	0,10			
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici	Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza	n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Ottobre - Dicembre 2021	37,4%	< 25%	0,10			
Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico			n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Ottobre - Dicembre 2021	0,8 giorni	< o = 1,4 giorni	0,10				

DAI MATERNO INFANTILE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	75%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	3 UOC SI 10 UOC NO	SI	0,05	SDO		
Efficienza Appropriatezza	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	17,1%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
		Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report		
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella	
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	0%	SI	0,05			
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Ottobre - Dicembre 2021	19%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
	Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica		N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Ottobre - Dicembre 2021	67%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05				
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito muodulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	47%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale	
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del n° di parti primari con taglio cesareo		N° tagli cesarei primari/ N° parti totali	Ottobre - Dicembre 2021	14,2%	20 % <=> 24%	0,05	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Riduzione dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite				n. casi 22	-27,3%	0,05			
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018		n. casi 5.570	-25%	0,10			
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018				n. casi 15.952	-25%	0,10			
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici		Ottobre - Dicembre 2021	18,4%	< 25%			0,05
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.		Ottobre - Dicembre 2021	1,4 giorni	< 0 =1,4 giorni			0,05

DAI MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza	Ottimizzazione tempi di refertazione	Riduzione dei tempi di refertazione per le richieste urgenti che arrivano in Order Entry (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)		(n. richieste urgenti in OE refertate entro un'ora/n. richieste urgenti in totale OE)	Ottobre - Dicembre 2021	80% entro un'ora	0,15	Report	Controllo di gestione
				(n. richieste urgenti in OE refertate entro un'ora e mezza/n. richieste urgenti totali inOE)		20 % entro 1 ora e mezza			
		Refertazione delle richieste di esami di routine che pervengono in OE in giornata (salvo indagini speciali)	(numero di esami di routine refertati nel giorno della esecuzione/n. di esami di routine effettuati) *100	Ottobre - Dicembre 2021	100%	0,15			
	Ottimizzazione dei costi	Ottimizzazione dei costi attraverso il miglior utilizzo delle sacche di sangue e maggiore controllo attraverso la tracciabilità delle stesse.	Produzione report per DAI e per UOC sul percorso delle sacche (emazie concentrate) con segnalazione delle non conformità e proposta di misure correttive.	N. 3 Report bimestrali	Ottobre - Dicembre 2021	N. 3 Report bimestrali	0,10	Report di monitoraggio redatto dal DAI	
Rischio Clinico	Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Adottare strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".	Elaborare analisi sull'utilizzo del braccialetto elettronico del processo trasfusionale presso il reparto pilota di Ematologia e delineare i punti principali per le azioni successive al fine dell'adozione in tutti reparti.	SI/NO	Ottobre - Dicembre 2021	SI	0,10	Relazione/Report	Direzione Sanitaria
Qualità Approprietezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Rispetto dei tempi di refertazione del germe sentinella previsti dalla procedura		Tempi impiegati/Tempi previsti	Ottobre - Dicembre 2021	90%	0,10	Report prodotto dal DAI	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Rispetto dei tempi di caratterizzazione microbiologica e fototipo di antibiotico resistenza		Tempi impiegati/Tempi previsti	Ottobre - Dicembre 2021	90%	0,10	Report prodotto dal DAI	
Informatizzazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione		(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Ottobre - Dicembre 2021	100%	0,15	Report	Controllo di gestione
	Ottimizzazione tempi di refertazione	Utilizzo di Order Entry per tutte le richieste di indagini urgenti e di routine		% di utilizzo	Ottobre - Dicembre 2021	100%	0,15	Report	

DAI CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIE SPECIALISTICHE, DEI TRAPIANTI DI RENE, NEFROLOGIA, CURE INTENSIVE E DEL DOLORE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	51%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	N. 1 UOC SI N. 7 UOC NO	SI	0,05	SDO		
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriato	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriato/RO DRG non a rischio inappropriato	Ottobre - Dicembre 2021	20,9%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica		
Efficienza Appropriatezza	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	0%	Incremento del 15%	0,05	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella	
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,05			
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Ottobre - Dicembre 2021	34%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
	Migliorare i processi di sorveglianza e assistenza	Mantenimento percentuale pazienti ricoverati in terapia intensiva sottoposti a sorveglianza	Esecuzione di almeno due tamponi rettali di sorveglianza in almeno il 40% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva		% pazienti con esecuzione di due tamponi	Ottobre - Dicembre 2021	\	40%	0,05	Report	Controllo di gestione
			Esecuzione di almeno due emocolture di sorveglianza nel 40% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva		% pazienti con esecuzione di due emocolture	Ottobre - Dicembre 2021	\	40%			
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	43,34%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale	
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriato (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. 161 casi	-15%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. 12.840 casi	-15%	0,10			
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Ottobre - Dicembre 2021	36%	< 25%	0,05			
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Ottobre - Dicembre 2021	1,4	< o = 1,4 giorni	0,05	Relazione	Direzione Sanitaria Dott. Iodice	
		Creazione agenda anestesiológica di elezione e di urgenza		SI/NO	Ottobre - Dicembre 2021	\	SI	0,025			
		Posizionamento di 100 PICC per pazienti esterni non in regime di ricovero ordinario		N. PICC	Ottobre - Dicembre 2021	\	N. 100 PICC	0,025	Report/Relazione	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Ricovero di almeno il 30 % dei ricoveri totali provenienti dal territorio presso il reparto di rianimazione		% ricoveri totali provenienti dal territorio ricoverati presso il reparto di rianimazione	Ottobre - Dicembre 2021	\	30%	0,025			
Incremento del 10% delle prime necessarie all'immissione in lista d'attesa per trapianto di rene		% incremento delle prime necessarie all'immissione in lista d'attesa per trapianto di rene	Ottobre - Dicembre 2021	\	10%	0,025					

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

DAI ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	54%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,05	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	155%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% 'utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Qualità Appropriatezza	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	69,5%	100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 920	-25%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 27.571	-25%	0,10		
Informatizzazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione delle prestazioni di Diagnostica per Immagini		(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Ottobre - Dicembre 2021	59%	90%	0,05	Report	PO Controllo di gestione
	Ottimizzazione tempi di refertazione	Utilizzo dell'Order Entry per tutte le prestazioni di Anatomia Patologica		% di utilizzo	Ottobre - Dicembre 2021	\	100%	0,05	Report	PO Controllo di gestione

Efficienza	Riduzione delle liste di prenotazione esami diagnostici	Esecuzione di TAC TORACE ADDOME PELVI entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero di TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO /n. di TAC TORACE ADDOME PELVI richieste per i pazienti in RO) *100	Ottobre - Dicembre 2021	78%	100% TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	0,20	Report del Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
		Esecuzione di MIOCARDIOSCINTIGRAFIA entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO /n. di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE richieste per i pazienti in RO) *100	Ottobre - Dicembre 2021	58,54%	100% MIOCARDIOSCINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO			
		Esecuzione del 100% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in RO; Esecuzione del 70% in giornata e del 30% entro due giorni dal momento della richiesta per i pazienti in DH	(n. di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite in giornata (entro due giorni) dal momento della richiesta per i pazienti in RO e in DH/n. di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) richieste per i pazienti in RO e in DH) *100	Ottobre - Dicembre 2021	91,94% 44,18%	100% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite entro un giorno dalla richiesta per i pazienti in RO 70% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite entro un giorno dalla richiesta in DH 30% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite due giorni dalla richiesta in DH			
		Esecuzione di RMN entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	(numero di RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO /n. di RMN richieste per i pazienti in RO) *100	Ottobre - Dicembre 2021	1,82% 51,65%	100% RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO			
Efficienza	Riduzione dei tempi di refertazione per esami diagnostici	Refertazione e trasmissione alle UUOO richiedenti del 90% dei referti di TAC TORACE ADDOME PELVI entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	(numero di TAC TORACE ADDOME PELVI refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite per i pazienti in RO) *100	Ottobre - Dicembre 2021	71,12% 1,07%	90% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	0,20	Report del Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UUOO richiedenti dei referti del 90% delle MIOCARDIOSCINTIGRAFIE entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	(numero di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di MIOCARDIOSCINTIGRAFIE eseguite per i pazienti in RO) *100	Ottobre - Dicembre 2021	97,56% 2,44%	90% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO			
		Refertazione e trasmissione alle UUOO richiedenti del 100% dei referti di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH	(n. di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH con trasmiss. del referto all'UO richiedente nel giorno della refertaz./n. di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite per i pazienti in RO e in DH) *100	Ottobre - Dicembre 2021	97,33%	100% dei referti RX prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH			
		Refertazione e trasmissione alle UUOO richiedenti del 85% dei referti di RMN entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 15% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	(numero di RMN refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di RMN eseguite per i pazienti in RO) *100	Ottobre - Dicembre 2021	79,63% 3,70%	85% dei referti RMN prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 15% dei referti RMN prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO			

DAI MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	66%	100%	0,15	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	7 UOC NO	SI	0,10	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	14%	< = 21%	0,15	Cartella Clinica	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,10	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
Efficienza	Ottimizzazione tempi di refertazione	Mantenimento dei tempi medi di refertazione delle prestazioni di Patologia Clinica, tranne per gli esami di II livello.		Tempi medi di refertazione 2021/Tempi medi di refertazione 2020	Ottobre - Dicembre 2021	-66%	100%	0,10	Report redatto dal DAI	Direzione Sanitaria
Informatizzazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione		(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Ottobre - Dicembre 2021	91%	100%	0,10	Report SIA	Controllo di gestione
Qualità Appropriatezza	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	19%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. 1.656	-25%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2021 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. 8.787	-25%	0,10		

DAI TESTA COLLO

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018	TARGET 2021	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Ottobre - Dicembre 2021	70%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatazza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatazza/RO DRG non a rischio inappropriatazza	Ottobre - Dicembre 2021	54,2%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato	Ottobre - Dicembre 2021	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente mai trattato e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Ottobre - Dicembre 2021	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Ottobre - Dicembre 2021	NO	SI	0,05			
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Ottobre - Dicembre 2021	19%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Ottobre - Dicembre 2021	87%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
Qualità Appropriatezza	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Ottobre - Dicembre 2021	54,55%	100%	0,10	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatazza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2020 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 335	-25%	0,15	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Ottobre - Dicembre 2021	n. casi 11.370	-25%	0,15		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Ottobre - Dicembre 2021	23,7%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Ottobre - Dicembre 2021	2,7	< o = 1,4 giorni	0,05		

Allegato 2: Obiettivi Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali, UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2021 A.O.U. Federico II

Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali							
CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2020	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto tempistica flussi SDO in RO come previsto dalla Regione	Monitoraggio e consegna ai referenti SDO di un report mensile (il 15 di ogni mese) delle schede ancora non storicizzate	Redazione report di monitoraggio delle schede non storicizzate e invio ai referenti SDO	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report mensile
	Razionalizzazione della spesa sanitaria per il personale con ruolo sanitario	Efficientazione dell' utilizzo delle ore di lavoro straordinario da parte dei Dipartimenti Assistenziali Integrati (DD.AA.II.)	Applicazione del Piano di Programmazione e di Monitoraggio delle ore di lavoro straordinario dei DD.AA.II. relativamente al personale dirigente medico, infermieristico e OSS	Applicazione della Scheda Integrata di Programmazione e Monitoraggio annuale per ciascun D.A.I per il 2021	Applicazione del Piano di Programmazione e di Monitoraggio delle ore di lavoro straordinario da applicare perifericamente dal 01/01/2021	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione/Report
Appropriatezza	Riduzione dei DH medico diagnostici	Implementazione PACC per il miglioramento dell'appropriatezza dei DH medico diagnostici	Attivazione nuovi PACC	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Implementazione PACC per il miglioramento dell'appropriatezza dei DH medico diagnostici (AREA ONCOLOGICA - GOM)	Attivazione nuovi PACC	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
Qualità Appropriata	Implementazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Monitoraggio trimestrale delle infezioni del sito chirurgico e produzione report	Redazione report di monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report monitoraggio
		Audit dipartimentali sulle infezioni notificate e Analisi singoli casi	Eeguire Audit dipartimentali e relazione di analisi dei singoli casi	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione e verbali di audit
	Ottimizzazione del processo del buon uso del sangue ed emoderivati	Implementazione nuova procedura per la riduzione del ricorso alla trasfusione (PBM)	Redazione della procedura	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Procedura
		Sensibilizzazione del personale alla donazione	Almeno n. 1 incontri nel II semestre 2020	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Verbali e n. Partecipanti
Rischio Clinico	Monitoraggio sull'implementazione delle raccomandazioni sul rischio clinico	Audit (Dipartimento e/o Unità Operativa) per ciascun evento caduta segnalato		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione e verbali
Informatizzazione	Rispetto alimentazione dei dati Agenas per la ROC	Monitoraggio e consegna dell'alimentazione dei dati relativi al flusso delle schede AGENAS per la ROC	Redazione report monitoraggio	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report

U.O.C. Farmacia Centralizzata

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Rispetto tempistica flussi informativi verso la Regione	Rispetto della tempistica dell'invio dei flussi NSIS su piattaforma Sinfonia		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report delle date di invio dei flussi
Rischio Clinico	Favorire la corretta gestione di farmaci e dispositivi medici	Ipezioni presso i reparti al fine di verificare e garantire la corretta gestione di farmaci e dispositivi, con relazione sull'esito delle stesse ed eventuali proposte di miglioramento		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
Appropriatezza	Rispetto del protocollo aziendale per l'uso appropriato dell'albumina umana Del. del Direttore Generale n. 118 del 23.02.2021	Monitoraggio sull'utilizzo appropriato dell'albumina umana e sul rispetto del Protocollo aziendale relativo		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

U.O.C. UOC Gestione Risorse Umane

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Migliorare i processi di organizzazione e gestione delle risorse umane	Proposta aggiornamento Regolamento Misurazione e Valutazione delle performance e Modello scheda valutazione individuale		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Trasparenza	Avvio della verifica delle autocertificazioni, relative all'iscrizione all'albo e alla specializzazione, prodotte per l'immissione nel servizio di assistenza		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei processi	Reupero dell'80% delle trasmissioni TFR all'INPS, relative ai contratti a tempo determinato		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Avvio dell'aggiornamento dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

U.O.C.
Gestione risorse economico-finanziarie

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Certificabilità dei dati in Bilancio	Revisione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse	Verifica trimestrale sulle scorte di magazzino di tutte le strutture		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Efficienza nella gestione dei pagamenti alle ditte fornitrici	Tempestività nell'emissione dei mandati di pagamento relativi ai Provvedimenti di liquidazione delle fatture		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report
		Riduzione dei tempi medi di pagamento		SI/NO	SI		Relazione
		Verifica dei requisiti di permanenza in Bilancio dei debiti relativi agli esercizi pregressi		SI/NO	SI		
	Efficienza nella gestione dei crediti esigibili	Monitoraggio e revisione di tutti i crediti dell'AOU Federico II, con l'adozione di ogni azione utile al recupero di quelli esigibili		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
Ottimizzazione delle risorse destinate all'emergenza COVID - 19	Gestione e rendicontazione delle spese connesse all'emergenza Covid - 19		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione	
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Avvio dell'aggiornamento dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

U.O.C. Gestione Affari Generali

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Efficienza nei pagamenti - monitoraggio dei tempi di istruttoria	Monitoraggio dei tempi di emissione dei nuovi ordini per affidamenti incarichi legali	<p>Completamento, nei tempi medi segnalati a margine, del nuovo processo di cui alle seguenti fasi:</p> <p>FASE 1 - Ricezione proforma fattura dagli Affari Legali</p> <p>FASE 2 - Creazione ordine e invio tramite il canale NSO dedicato-</p> <p>FASE 3 - Notifica ordine agli Affari Legali</p>	n. giorni	10 giorni	Ottobre - Dicembre 2021	Report
	Efficienza nei pagamenti - Riduzione dei tempi di pagamento	Riduzione dei tempi delle attività necessarie per la fase liquidatoria delle fatture elettroniche	<p>Completamento, nei tempi medi segnalati a margine, del processo di cui alle seguenti fasi:</p> <p>FASE 1 - Ricezione delle fatture elettroniche sulla piattaforma SIAC</p> <p>- Trasmissione fatture alle strutture il cui budget grava sull'UOC Gestione Affari Generali;</p> <p>FASE 2 - Acquisizione delle fatture da parte delle strutture di competenza, unitamente all'attestazione di regolare esecuzione delle stesse, ove prevista</p> <p>- FASE 3 - verifica della conformità della documentazione prodotta e attivazione della fase di liquidazione sulla piattaforma informatica, con emissione finale di provvedimento di liquidazione</p> <p>FASE 4 - trasmissione all'U.O.C. Gestione Risorse Economico-Finanziarie del provvedimento di liquidazione</p>	n. giorni	20 giorni	Ottobre - Dicembre 2021	Report
Trasparenza e Comunicazione	Semplificazione e standardizzazione dei processi	Adozione schema-tipo per convenzioni passive con Enti Pubblici e/o Privati aventi ad oggetto attività di consulenza medico specialistica	Predisposizione di uno schema tipo per convenzioni passive con Enti Pubblici e Privati per prestazioni medico specialistiche. Pubblicazione dello stesso, in collaborazione con il Responsabile del sito web aziendale, sul portale aziendale.	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Deliberazione Pubblicazione sul sito web aziendale
	Migliorare la comunicazione verso l'esterno	Istruzione alla compilazione del progetto formativo e di orientamento per attività di tirocinio curriculare di tirocini curricolari	Predisposizione di una modulistica a tendina, disponibile sul portale aziendale, nell'apposita sezione, in collaborazione con il referente del sito web aziendale, al fine di favorire la corretta compilazione dei progetti formativi e di orientamento.	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Pubblicazione sul sito web aziendale
Partecipazione a progetti/eventi	Partecipazione a progetti di ricerca e innovazione	Coinvolgimento dell'Azienda in nuove proposte progettuali	Attività propedeutiche alla partecipazione ad almeno n. 1 progetto, come partner del consorzio oppure come soggetto interessato/collaboratore	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Lettera di invito da parte del coordinatore del progetto
		Attività orizzontali per la partecipazione dell'AOU ad attività collaborative utili ad individuare soluzioni innovative (tecnologiche, organizzative etc) per l'erogazione dei servizi	Divulgazione / Organizzazione webinar informativi; Organizzazione workshop internazionali; Partecipazione a networks internazionali; partecipazione a documenti di consenso, ed altri documenti di carattere regionale/nazionale/internazionale	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report riassuntivo delle attività svolte (Numero di Webinar; Numero di Workshop; Partecipazione a reti internazionali)
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Avvio dell'aggiornamento dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

U.O.C.
U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Implementazione ed utilizzo di sistemi informativi	Riprogettazione della rete Tele ECG		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Implementazione del fascicolo sanitario elettronico secondo gli adempimenti regionali		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	
		Implementazione di un processo informatizzato per la tracciabilità processi emotrasfusione		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	
Efficienza	Ottimizzazione tempi dei processi tecnico - amministrativi	Riduzione dei tempi di manutenzione strutture e apparecchiature rispetto al 2020		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report

U.O.C.
Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Ottimizzazione del patrimonio edile e impiantistico	Censimento impianti gas medicinali ossigeno aria e protossido di azoto Ed.1-2-5-6-7-8-9-10		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Censimento porte automatiche di sale operatorie con indicazione della tipologia		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Aggiornamento planimetrico delle destinazioni d'uso dei locali degli edifici 1-2-3-4	Restituzione digitale dei rilievi	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Planimetrie
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report
Informatizzazione	Completamento dell'implementazione del Sistema Informativo amministrativo	Adozione delle procedure informatiche sulla nuova piattaforma LAPIS	Ricognizione e stesura documentazioni	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Avvio dell'aggiornamento dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

U.O.C. Gestione Acquisizione di beni e servizi							
CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Trasparenza	Migliorare la comunicazione esterna e interna dell'AOU	Elaborare report per gli affidamenti di importo inferiore a 40.000 nel periodo giugno - dicembre e pubblicare in amministrazione trasparente	Elaborare report monitoraggio	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report
Efficienza	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse	Centralizzazione di tutte le procedure di acquisto, comprese quelle attualmente gestite dalla UOC Farmacia Centralizzata		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Ottimizzare i tempi di espletamento dei procedimenti di gara	Fornire supporto ai RUP nell'espletamento delle proprie funzioni/attività		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Realizzare monitoraggio dei tempi impiegati dalle Commissioni di gara e inoltrare eventuali solleciti i caso di ritardi	Elaborare report monitoraggio	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report monitoraggio
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Avvio dell'aggiornamento dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

U.O.C. Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro							
CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Sicurezza	Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori	Aggiornamento Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	Revisione Documento Riunioni e sopralluoghi	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	SGSA aggiornato, deliberato o approvato in
		Formazione del Personale per il conseguimento dell'attestazione per addetti ad Alto Rischio Incendio con apposito Corso Antincendio di durata pari a 16h per edizione	Realizzazione Corso Antincendio di durata pari a 16h per edizione	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Corso effettuato e deliberato
		Redazione del Documento Unico di Valutazione Rischi Interferenti	Predisposizione del DUVRI in occasione delle procedure di gara	n. DUVRI redatti	n. 20 DUVRI	Ottobre - Dicembre 2021	DUVRI redatti
		Aggiornamento Allegati DVR (riguardanti nuovi fattori di rischio, anche derivanti dall'implementazione di nuove attività)	Revisione Allegati Riunioni e sopralluoghi	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Allegati aggiornati, deliberati o approvati in riunione periodica
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Avvio dell'aggiornamento dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

**Staff Direzione Strategica
IIO Affari Legali
(Gestione contenzioso civile e transazioni,
Gestione contenzioso civile e amministrativo, Gestione contenzioso lavoro e penale)**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza	Mantenimento dei tempi di liquidazione anno 2020		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Chiusura sulla piattaforma legal app dei giudizi definiti	Aggiornamento sulla piattaforma legal app dei giudizi anni 2014-2015-2016-2017		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

**Staff Direzione Strategica
IO Segreteria generale, coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali
Protocollo generale - Albo pretorio**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Migliorare la gestione documentale dematerializzata	Avvio utilizzo software Gestione delibere/determinazioni		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Implementazione e avvio nell'utilizzo del Protocollo Informatico (D. lgs. 30 marzo 2001, n° 165)		SI/NO	SI		

**Staff Direzione Strategica
IO Reclutamento del personale e gestione specialistica ambulatoriale**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Migliorare i processi di organizzazione e gestione delle risorse umane	Monitoraggio sulle assunzioni COVID e non per il periodo 2020 - 2021 come da richiesta regionale	Report di monitoraggio	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

**Staff Direzione Strategica
IO Logistica e mobilità interna**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Comunicazione organizzativa	Migliorare la comunicazione interna ed esterna	Aggiornamento della segnaletica agli edifici secondo le indicazioni della Direzione Strategica		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
Efficienza	Migliorare i processi di assistenza ai pazienti	Elaborare proposta alla Direzione Strategica per una migliore gestione degli spazi dedicati ai pazienti in attesa per il triage all'edificio 1		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report

**Staff Direzione Strategica
IO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Comunicazione organizzativa	Migliorare la comunicazione interna ed esterna, il rapporto con i media e le relazioni con il pubblico	Migliorare la comunicazione con gli utenti rispetto alle modalità di accesso alle strutture	Progettazione contenutistica e grafica di n. 2 infografiche relative al protocollo di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-Co V-2 per i pazienti che accedono in regime ambulatoriale, di ricovero diurno e di ricovero ordinario	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Infografiche
		Migliorare la gestione delle segnalazioni, dei reclami e dei suggerimenti	Valutazione ed individuazione di un applicativo per la gestione, il monitoraggio e la reportistica delle segnalazioni e dei reclami	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Proseguire nella valorizzazione delle eccellenze assistenziali dell'Azienda	Pubblicazione di almeno n. 30 articoli e news sui canali istituzionali dell'Azienda (e pubblicazione di articoli e/o video sui media locali e nazionali connesse ai servizi assistenziali).	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Report

**Staff Direzione Strategica
Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Adozione delle linee guida della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione DCA n. 67 del 30/08/2019	Prosecuzione alimentazione piattaforma (compatibilmente con le disposizioni della Direzione Strategica)		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
	Migliorare i processi di organizzazione e gestione delle risorse umane	Proposta aggiornamento Regolamento Misurazione e Valutazione delle performance e Modello scheda valutazione individuale		SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

**Staff Direzione Strategica
IO Analisi dei fabbisogni formativi, progettazione didattica e valutazione**

CATEGORIA OBIETTIVO	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Formazione e aggiornamento	Favorire la formazione e aggiornamento professionale anche con la modalità alternativa della formazione in FAD	Attivazione di almeno n. 2 corsi su tematiche correlate all' emergenza COVID-19	Realizzare 1 corso sulla riorganizzazione delle attività sanitarie e percorsi per la sicurezza degli operatori sanitari nell'emergenza covid; 1 corso sulla tematica dell'infezione da SARS-CoV2 nei pazienti pediatrici.	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione
		Realizzare un corso sull'allattamento materno di 20 ore secondo il modello OMS/Unicef in continuità con il Piano di Prevenzione Regionale di cui alla nota della Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento dei Sistema Sanitario Regionale UOD 17 attività consultoriali e assistenza materno - infantile n°18194/2019.	Realizzare un corso in cui la durata dell'attività formativa interattiva e pratica risulti pari o superiore al 50% dell'attività formativa totale.	SI/NO	SI	Ottobre - Dicembre 2021	Relazione

