

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022 A.O.U. FEDERICO II**

*art. 10, comma 1, lettera b del Decreto Legislativo n. 150/2009  
(come riconfermato dall'art. 8 del Decreto Legislativo n. 74/2017)*

### **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'A.O.U. Federico II si propone di comunicare a tutti i propri *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2022. 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 Decreto Legislativo n. 502/92 e ss.mm.ii..

L'anno 2022 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 molto 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 2022 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 Il modello organizzativo di riferimento
  - 2.2 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 2022
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 2022
  - Allegato 1: Obiettivi Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali, UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2022 A.O.U. Federico II
  - Allegato 2: Obiettivi D.A.I. anno 2022 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. Federico II 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 D.C.A. 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 D.C.A. n. 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. Federico II, 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), D.C.A. 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;
  - Centro Trapianti di rene (anche da donatore vivente);
  - Centro Trapianti di midollo;

- Spoke di II livello per la terapia del dolore;
  - Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN) di alta specialità per l’assistenza ai malati neonati rari;
    - 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;
    - Hub destinato allo STAM per gravidanze ad elevato livello di complessità per patologie materne e/o fetali;
    - 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’A.O.U. “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.
- La dotazione di posti letto è determinata dal Piano Ospedaliero Regionale, di cui al D.C.A. n. 33/2016 e ss.mm.ii. e dal Protocollo di Intesa Regione Campania/Università Federico II 2016-2018, di cui al D.C.A. n. 48/2016 che attribuiscono all’A.O.U. Federico II n. 829 posti letto nonché dalla Disposizione Commissariale n. 484 del 12.01.2017 che ha attribuito ulteriori n. 25 posti letto all’A.O.U. Federico II rispetto a quanto previsto dal Protocollo d’Intesa 2016/2018 per un totale di n. 854 posti letto di cui n. 3 soppressi con D.C.A. n. 103/2018.
- Successivamente sono stati assegnati n. 9 posti letto dal D.G.R.C. n. 378 del 23.07.2020, di cui:
- n. 4 di Terapia Intensiva (codice 49)
  - n. 5 di Neuropsichiatria Infantile (codice 33).
- Risultano, quindi, complessivamente un totale di n. 860 posti letto.
- Il precedente Protocollo d’intesa 2011-2013 attribuiva all’A.O.U. Federico II n. 936 posti letto.
- Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di 76 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 D.G.R.C. 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 S.S.R. 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 disponibili, al 31/12/2022:**

- 20 posti letto di Terapia Intensiva (di cui 16 previsti dal DCA n. 103/2018 e ulteriori 4 dalla DGRC n. 378/2020);

– 12 posti letto di Terapia Semi-Intensiva quali riconversione di Posti Letto di Medicina Generale (codice disciplina 26), come previsto dalla Delibera Aziendale n. 467 del 31 maggio 2021.

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.

Inoltre, nell'ambito del D.G.R.C. 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 sia per la Specialistica ambulatoriale sia per l'attività chirurgica (Delibere del Direttore Generale pro-tempore nn. 610 - 611 del 29.06.2022).

Riguardo le attività vaccinali, nel dicembre del 2020 è stato istituito il Punto Vaccinale Ospedaliero che ha iniziato la sua attività vaccinale il 02.01.2021 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.

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

La drammatica situazione correlata all'epidemia COVID-19 ha imposto, dunque, all'A.O.U. Federico II di rivedere la programmazione di tutte le attività e l'impiego di risorse umane e strumentali, al fine di rispondere ai bisogni emergenti.

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

La stesura e l'applicazione di protocolli e procedure COVID-19, la rimodulazione di spazi e percorsi per la sicurezza del personale e dei pazienti, la programmazione di acquisti, l'introduzione di una contabilità separata dei costi COVID-19, il rispetto di tutte le misure di prevenzione e sicurezza legati, la trasmissione dei flussi informativi, tutte attività che hanno assunto un ruolo ancora più pregnante.

Di seguito si rappresenta l'attività di ricovero per pazienti COVID-19 positivi per gli anni 2021-2022.

RICOVERI COVID													
Fasce età	Provincia residenza												Totale
	NA		CE		SA		AV		BN		Extrareg		
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	
0-29	237	326	45	58	41	81	18	17	7	5	22	26	883
30-49	190	359	37	63	32	60	14	8	3	6	15	17	804
50-59	74	64	10	10	4	6	2	1	1	1	6	1	180
60-69	131	101	6	18	7	10	5	6	3	2	5	4	298
70-79	105	96	5	15	6	4	6	1	1	1	3	2	245
80-89	53	63	3	5	4	2	3	2	1	-	2	-	138
≥90	12	10	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	25
<b>Totale</b>	<b>802</b>	<b>1019</b>	<b>106</b>	<b>170</b>	<b>94</b>	<b>163</b>	<b>49</b>	<b>35</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>2573</b>

## Mission

La *mission* dell'A.O.U. Federico II consiste nella piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca:

– **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.

Ferme restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti e comportamenti, omissivi e/o limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento Aziendale di Tutela.

L'A.O.U. Federico II 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:

- sulla “macchina organizzativa”, evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro;
- 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:

- il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
- la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;

- il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
- 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.

## 2.1 Il modello organizzativo di riferimento

Il modello organizzativo di riferimento per l'A.O.U. Federico II 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.), Programmi Infradipartimentali di I e II Fascia, ed incarichi di alta specializzazione (II.AA.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 ed ai Programmi Infradipartimentali di I e II Fascia.

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 D.C.A. 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. Federico II;
- aspetti logistici, quali ad esempio la contiguità di edifici o delle strutture.

L’ A.O.U. Federico II con Delibera n. 1045 del 06.12.2022 e n. 1054 del 07.12.2022 ha approvato l’intero organigramma del nuovo assetto dei D.A.I. e dell’Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi ed ha attivato le Unità Operative Complesse tecnico-amministrative “Affari Legali” e “Programmazione e Controllo di Gestione”.

**Tabella 1: Strutture organizzative A.O.U. Federico II <sup>1</sup>**

<b>Strutture</b>	<b>Numero</b>
D.A.I.	11
U.O.C. amministrative	9
U.O.C. sanitarie (**)	61
U.O.S.	47
U.O.S.D.	33
Programmi (I Fascia)	52
Programmi (II Fascia)	43

Inoltre, l’A.O.U. Federico II 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

<sup>1</sup> (\*) Aggiornamento al 31/12/2022 - (\*\*) Sono compresi i servizi centrali sanitari

un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione.”

**Tabella 2: Dipartimenti assistenziali ad attività integrata al 31/12/2022**

D.A.I.
Materno Infantile
Rete Tempo Dipendente: Stroke, Urgenze Chirurgiche e Trauma
Area Dipartimentale delle Specialità Ambulatoriali e di Ricovero Testa-Collo
Anestesia, Nefrologia, Chirurgie Specialistiche, Cure Intensive e del Dolore
Scienze Cardiovascolari, Diagnostica per Immagini e Rete Tempo Dipendente delle Emergenze Cardiovascolari
Chirurgia Generale, dei Trapianti e Gastroenterologia
Patologia Clinica, della Diagnostica di Laboratorio e di Virologia
Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia e Nutrizione
Medicina Interna e della Complessità Clinica
Malattie Onco-Ematologiche, Anatomia Patologica e Malattie Reumatiche
Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia
Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

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: Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico – Amministrativi**

	U.O.C.	U.O.S.	U.O.S.D.
<b>AREA DIPARTIMENTALE DEI SERVIZI TECNICO- AMMINISTRATIVI</b>	Gestione Acquisizione Beni e Servizi	Programmazione Acquisti	
	Gestione Affari Generali	Convenzioni e Contratti	
	Gestione Risorse Umane	Coordinamento giuridico e trattamento economico	
	Gestione Patrimonio Edile/Tecnicoimpiantistico	Gestione patrimonio edilizio, art.20	
	Gestione Risorse Economico-Finanziarie	Gestione Bilancio e rendicontazione - Gestione amministrativa e programmazione finanziaria	
	Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro	Gestione delle Emergenze e Prevenzione Incendi	
	Programmazione e Controllo di Gestione	Valutazione	
	Affari Legali		
	Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT	Acquisizione Beni e Servizi Tecnologici	
			Coordinamento Segreteria della Direzione Strategica

La dotazione organica è individuata in ragione dell'attività assistenziale dell'A.O.U. Federico II 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.

**Tabella 4: Dotazione Organica al 31.12.2022**

	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		null		Totale	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	6	6,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	11	11,0
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	0	0,0	1	1,0	7	5,7	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	8	6,1	0	0,0	0	0,0	17	13,8
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	6	6,1	7	7,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	15	14,3
Contrattisti storici	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Dotazione Universitaria	0	0,0	371	251,8	44	32,3	16	15,5	226	225,7	80	79,3	29	29,0	30	29,5	8	8,0	1	0,6	805	671,6
Dotazione a tot. carico Aziendale	1	1,0	179	179,0	32	32,0	6	6,0	595	593,7	72	71,2	57	57,0	97	97,0	171	171,0	12	12,0	1.222	1.219,9
Ex-Gettonati	0	0,0	33	30,9	4	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	34,9
Specialista Ambulatoriale	0	0,0	93	84,3	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	95	86,1
TD CO.CO.CO.	0	0,0	20	20,0	0	0,0	0	0,0	72	68,2	7	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	99	94,8
r-Altre Convenzioni	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	39	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	0,7
Totale	1	1,0	703	570,9	89	75,8	22	21,5	906	900,7	168	165,1	125	86,0	136	133,6	180	180,0	14	13,6	2.344	2.148,1

La dotazione organica nell'anno 2022 ha subito variazioni tenuto conto anche dell'emergenza COVID-19 (e quindi della necessità di disporre di personale sanitario dedicato) e del mancato rinnovo del personale in convenzione con agenzie interinali con conseguente incremento della Dotazione a totale carico Aziendale in virtù delle molteplici procedure concorsuali espletate.

## 2.2 Criticità

La particolare natura dell'A.O.U. Federico II, 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. Federico II, 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:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (*target*) e dei rispettivi indicatori;
2. monitoraggio in corso di esercizio, *reporting* e attivazione di eventuali interventi correttivi;
3. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
4. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
5. 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;
6. 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 per l’anno 2022 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.

A tal proposito, l’articolo 6, comma 1, del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”*, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, stabilisce che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito P.I.A.O.) al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Il P.I.A.O. di durata triennale definisce, tra gli altri, gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all’articolo 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

Successivamente, il D.P.R. n. 81 *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”* (GU Serie Generale n.

151 del 30.06.2022), stabilisce al comma 1 che per le Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del P.I.A.O., gli adempimenti inerenti all' articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance).

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.

### **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 *mission*.

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 *mission* dell'Azienda: ad esse sono associati gli *outcome* attesi, in modo

da rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

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

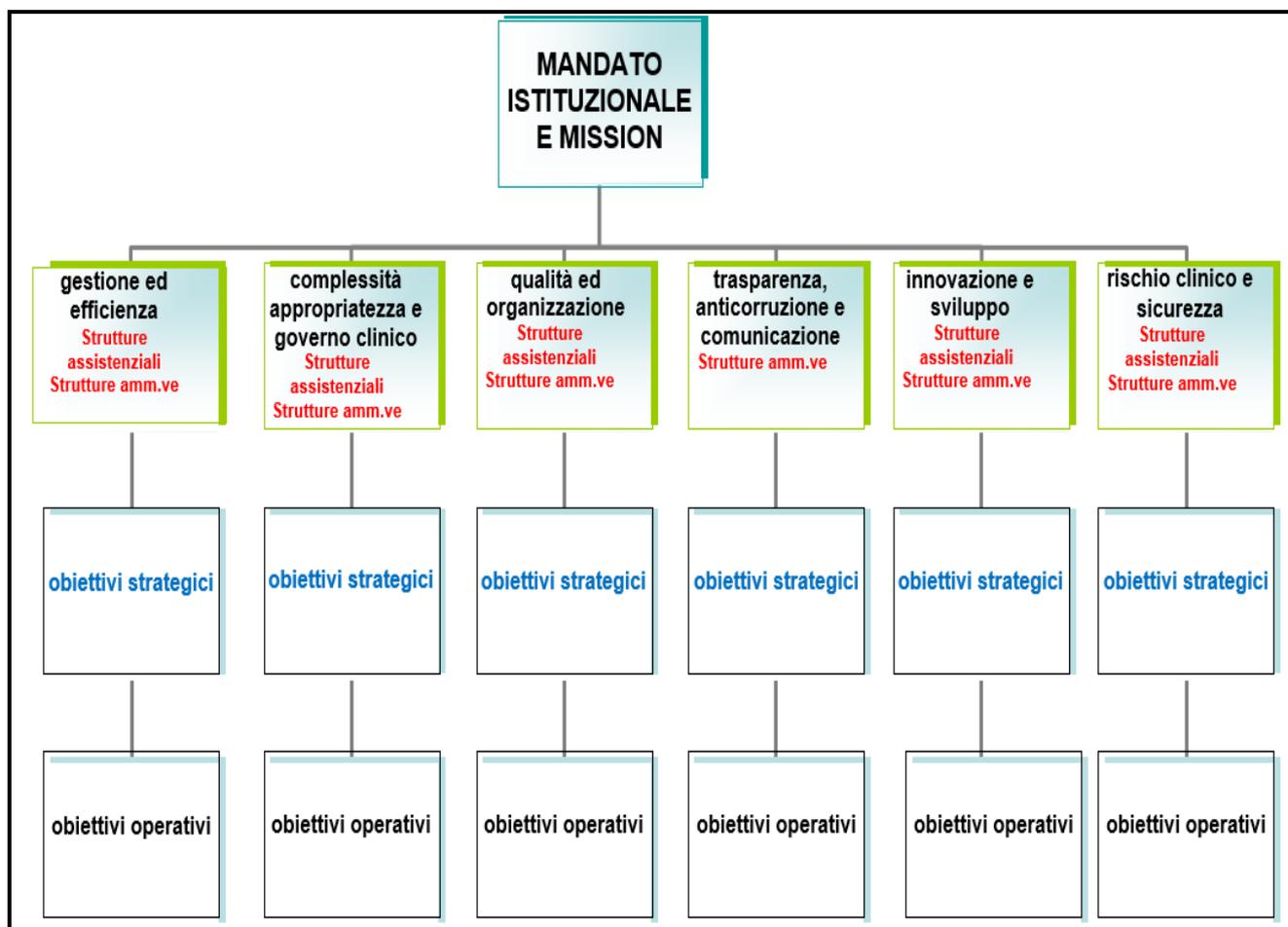
Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

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

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

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

Data l'emergenza sanitaria COVID-19 che ha avuto un forte impatto anche per tutto l'anno 2022 sull'erogazione delle prestazioni sanitarie e, più in generale, sulle attività delle Strutture, nell'albero della performance assumono un ruolo determinante l'Area del rischio clinico e della sicurezza e l'Area della trasparenza e comunicazione.



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

Gli obiettivi strategici aziendali per il periodo 2022 - 2024 sono stati adottati con Deliberazione del Direttore Generale pro-tempore n. 145 del 24.02.2022 di adozione del Piano della Performance.

Successivamente con Delibera della Giunta Regionale n. 327 del 21.06.2022 è stato individuato quale Direttore Generale dell’Azienda ospedaliera Universitaria “Federico II” il Dott. Giuseppe Longo e con Decreto Presidente Giunta n. 100 del 04.08.2022 è stato nominato ed immesso nelle funzioni di Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 780 del 06.10.2022 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell’A.O.U. “Federico II” anni 2022 – 2024 nel quale confluisce il Piano della Performance (Sezione 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione) precedentemente approvato dal Direttore Generale pro-tempore con Deliberazione n. 145 del 24.02.2022.

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

- 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;
- 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.

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 2022**

In allegato alla presente relazione si riportano gli obiettivi specifici individuati per le strutture assistenziali e quelle amministrative per l'anno 2022, 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.C Programmazione e Controllo di Gestione 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 pro-tempore (D.G.R. n. 374 del 06.08.2019) ha indicato gli obiettivi LEA (griglia LEA) e gli obiettivi tematici che si riportano nelle tabelle sottostanti.

**Tabella 5: 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 6: Allegato B – Indicatori Tematici**

<b>AREA</b>	<b>Assistenza ospedaliera</b>
<b>DEFINIZIONE</b>	<b>Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici</b>
<b>NUMERATORE</b>	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di dimessi da reparti chirurgici
<b>NOTE PER L'ELABORAZIONE</b>	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. <b>Sono esclusi:</b> I dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD) - CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I dimessi con DRG 470 ( DRG non attribuibile).
<b>RIFERIMENTO</b>	> 25%
<b>FONTE</b>	Sistema informativo SDO
<b>LIVELLO</b>	Azienda di erogazione

<b>AREA</b>	<b>Assistenza ospedaliera</b>
<b>DEFINIZIONE</b>	<b>Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico</b>
<b>NUMERATORE</b>	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
<b>DENOMINATORE</b>	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
<b>NOTE PER L'ELABORAZIONE</b>	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
<b>RIFERIMENTO</b>	1,4 giorni
<b>FONTE</b>	Sistema Informativo Sdo
<b>LIVELLO</b>	Azienda di erogazione

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

<b>AREA</b>	<b>Flussi informativi NSIS</b>
<b>DEFINIZIONE</b>	<b>Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM</b>
<b>NOTE PER L'ELABORAZIONE</b>	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.
<b>RIFERIMENTO</b>	L'obbligo del rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS deve essere garantito per l'intero mandato
<b>FONTE</b>	Nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019
<b>LIVELLO</b>	Azienda di erogazione

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

I risultati ottenuti nell'anno 2022 dal monitoraggio della Griglia LEA e degli Indicatori Tematici sono riportati nelle tabelle sottostanti:

Indicatore	n. casi periodo corrente	n. casi ANNO sel.	Delta (corrente-selezione)	Target Obiettivo DG	n. casi consentiti	n. casi restanti
	01/01/2022 - 31/12/2022	2018			2022	2022
Ricoveri Ordinari in età pediatrica (<18) per: asma e gastroenterite	18	22	-18,2 %	-27,3%	16	-2
Ricoveri Ordinari in età adulta (>=18) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	236	297	-20,5 %	-41,4%	175	-61
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	11.439	12.539	-8,8 %	-30,00%	8.777	-2.662
Accessi di tipo medico	90.272	91.957	-1,8 %	-30,00%	64.370	-25.902

Indicatore	n. casi numeratore		n. casi denominatore		Rapporto	Target Obiettivo DG
	01/01/2022	- 31/12/2022	01/01/2022	- 31/12/2022		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza(all.B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario		3.117		16.587	0,19	<= 0,21
Pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario		34		37	91,9 %	>= 60,0%
Parti cesarei primari		882		2.409	36,6 %	20,01%<=x<=24,00%

### INDICATORI TEMATICI

Indicatore	n. casi numeratore		n. casi denominatore		Rapporto	Target Obiettivo DG	Note per l'elaborazione
	01/01/2022	- 31/12/2022	01/01/2022	- 31/12/2022			
Ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici		3.712		14.918	24,9 %	< 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		9.763		7.158	1,4	1,4 gg	Ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione con reparto di ammissione chirurgico o con DRG chirurgici di pediatria e ostetricia e ginecologia. Sono esclusi i trapianti.
Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia		6		126	4,8 %	<= 20%	Ricoveri in Regime Ordinario per riabilitazione ( cod. 56,75)

Di seguito si riportano, invece, i risultati ottenuti nell'anno 2021 dal monitoraggio della Griglia LEA e degli Indicatori Tematici, come da Relazione sulla Performance anno 2021 adottata dal Direttore Generale pro-tempore (Del. n. 603 del 29.06.2022).

### 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 inappropriatazza(all.B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario	3.143	15.664	0,20	<= 0,21
Pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	17	21	81%	>= 60,0%
Parti cesarei primari	725	2.039	35,6%	20,01%<=x<=24,00%

### 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 specialita 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 preospedalizzazione 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)

Le criticità riscontrate sono riconducibili a due fattori principali:

- una parziale riattivazione 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 degli ultimi anni.

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.

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

In relazione al D.G.R.C. n. 209 del 04.05.2022, che ha approvato il nuovo Piano Operativo Regionale di recupero delle Liste di Attesa 2022, l’A.O.U. Federico II ha provveduto ad elaborare un proprio Piano Operativo di recupero delle Liste di Attesa sia per la Specialistica ambulatoriale sia per l’attività chirurgica (Delibere del Direttore Generale pro-tempore. nn. 610 - 611 del 29.06.2022).

Riguardo le prestazioni di ricovero, l’A.O.U. Federico II ha programmato, ai sensi del D.G.R.C. n. 209 del 04.05.2022, un piano per il recupero delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici che prevede l’incremento delle sedute operatorie per ogni UU.OO. Chirurgica dal mese di giugno 2022 al mese di dicembre 2022 (nota prot. n. 24716 del 07.06.2022 trasmessa alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - conformemente ai criteri generali, alle azioni ed alla metodologia richiamati nel Piano Operativo Regionale).

Tutte le sedute operatorie aggiuntive sono state effettuate sia al di fuori di quelle ordinarie già programmate sia in aggiunta a quelle già in essere.

Il numero e la durata di ogni seduta operatoria sono stati definiti, per ogni UU.OO. Chirurgica, sulla base delle liste di attesa e dal tempo medio di esecuzione dei singoli interventi.

Nell’ambito del suddetto piano, è stata data priorità ai ricoveri con D.R.G. chirurgici di attuare, in questa seconda fase del programma aziendale di recupero delle liste di attesa, l’erogazione di prestazioni chirurgiche e strumentali dando priorità all’individuazione dei ricoveri con DRG chirurgici secondo una specifica classificazione basata su criteri di complessità della casistica tenendo conto del cronoprogramma di seguito riportato, ovvero:

- Classe 1: Chirurgia Oncologica e interventi maggiori, entro il 31.07.2022;
- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo, entro il 31.10.2022;
- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità, entro il 31.12.2022.

In relazione, invece, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale il piano ha previsto l’incremento delle sedute ambulatoriali dal mese di giugno 2022 al mese di dicembre 2022.

#### **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

L’A.O.U. Federico II rispetta la normativa vigente riguardo agli obblighi di trasparenza, pubblicando periodicamente (con aggiornamento trimestrale) nell’apposita sezione del sito web aziendale “Amministrazione Trasparente → Indicatore di tempestività dei pagamenti” tutte le informazioni relative ai tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture, suddivise per annualità.

Di seguito si riporta l’andamento registrato nel corso del 2022 in relazione al 2020-2021.

**Tabella 7: ITP**

Indicatore annuale tempi di pagamento	Indicatore annuale tempi di pagamento	Indicatore annuale tempi di pagamento
Media Anno 2020	Media Anno 2021	Media Anno 2022
11,95	-4,25	1,83

#### 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”:

- Indice di Performance Ambulatoriali Prestazioni traccianti;
- 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 medi di attesa prestazioni ambulatoriali;

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” e gli indicatori tematici di cui la Delibera di assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale pro-tempore (D.G.R. 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.

**Tabella 8: Confronto NSG**

<b>Principali indicatori NSG</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>Differenza</b>
H02Z - Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	<b>95,89%</b> (146 int.)	<b>97,29%</b> (148 int.)	<b>+1,40</b> (+2 int.)
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropri. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropri. in reg. ord.	<b>0,20</b>	<b>0,19</b>	<b>-0,01</b>
H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	<b>77,3</b>	<b>80,8</b>	<b>+3,50</b>
H13C - % pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in reg. ord.	<b>81,0</b>	<b>92,5</b>	<b>+11,55</b>
H18C - % parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con $\geq$ 1.000 parti	<b>34,3</b>	<b>35,5</b>	<b>+1,25</b>

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 della graduale ripresa delle attività a seguito degli eventi connessi alla pandemia da COVID-19 degli anni precedenti.

La valutazione delle performance organizzative e individuali relative all'anno 2022 terrà conto dell'impatto determinato dallo stato d'emergenza 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.C Programmazione e Controllo di Gestione, che ha materialmente redatto la presente Relazione.

## **7. Allegati alla Relazione della Performance 2022:**

- Allegato 1: Obiettivi Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali, UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2022 A.O.U. Federico II
- Allegato 2: Obiettivi D.A.I. anno 2022 A.O.U. Federico II

## Allegato 1: Obiettivi Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali, UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2022 A.O.U. Federico II

 <b>OBIETTIVI ANNO 2022</b> Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali							
CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	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 del 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 2022	Applicazione del Piano di Programmazione e di Monitoraggio delle ore di lavoro straordinario da applicare perifericamente dal 01/01/2022	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Implementazione PACC per il miglioramento dell'appropriatezza dei DH medico diagnostici (AREA ONCOLOGICA - GOM)	Attivazione nuovi PACC	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
Qualità Appropriatezza	Implementazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Monitoraggio semestrale delle infezioni del sito chirurgico e produzione report	Redazione report di monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report monitoraggio
		Audit dipartimentali sulle infezioni notificate e Analisi singoli casi	Eseguire Audit dipartimentali e relazione di analisi dei singoli casi	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione e verbali di audit
	Ottimizzazione del processo del buon uso del sangue ed emoderivati	Controllo nuova procedura per la riduzione del ricorso alla trasfusione (PBM)	Redazione della procedura	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Procedura
		Sensibilizzazione del personale alla donazione	Almeno n. 1 incontri nel II semestre 2022	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	Relazione e verbali
Qualità e organizzazione	Adozione di strumenti di rilevazione del rischio clinico e riduzione del contenzioso	Aggiornamento della mappatura aziendale su rischio clinico e costruzione di data base relativo	Analisi dei sinistri e creazione del data base	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report/data base redati dal DAI
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	Agosto - Dicembre 2022	Report

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/03/2023.

 <b>OBIETTIVI ANNO 2022</b> U.O.C. Farmacia Centralizzata							
CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	Report delle date di invio dei flussi
Rischio Clinico	Favorire la corretta gestione di farmaci e dispositivi medici	Ispezioni 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	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
Appropriatezza	Rispetto del protocollo aziendale per l'uso appropriato dell'albunina umana Del. del Direttore Generale n. 118 del 23.02.2021	Monitoraggio sull'utilizzo appropriato dell'albunina umana e sul rispetto del Protocollo aziendale relativo		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/03/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
**U.O.C. Gestione risorse economico-finanziarie**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA	
Efficienza	Certificabilità dei dati in Bilancio	Aggiornamento e revisione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso l'implementazione di procedure di verifica della corretta implementazione del PAC.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse	Monitoraggio semestrale delle scorte dei magazzini, ponendo l'attenzione per le strutture che presentino anomalie nella costituzione delle scorte.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	Report
			Ulteriore miglioramento dei tempi di pagamento rispetto all'esercizio precedente.		SI/NO	SI		
			Analisi e puntuale verifica della debitoria con la rilevazione per i debiti progressi di insussistenze attive del passivo.		SI/NO	SI		
	Efficienza nella gestione dei crediti esigibili	Tempestiva regolarizzazione degli incassi, con puntuale verifica e riduzione dei crediti (in particolare quelli progressi) rispetto all'esercizio precedente.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
Ottimizzazione delle risorse destinate all'emergenza COVID - 19	Puntuale rendicontazione delle spese connesse all'emergenza Covid - 19, ai sensi della DGRC n. 378/2020		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	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)	Aggiornamento graduale 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"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
	Analisi e pianificazione del contesto interno aziendale finalizzata alla realizzazione di un piano di Internal Auditing.	Redazione di un regolamento di Internal Auditing che investa tutti i processi aziendali e soprattutto quelli già attenzionati con specifiche osservazioni da parte della Regione Campania e della Corte Dei Conti.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Delibera di approvazione	

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
**U.O.C. Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Ottimizzazione del patrimonio edile e impiantistico	Censimento impianti gas medicinali ossigeno aria e protossido di azoto Ed.11-12		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Aggiornamento antincendio cunicolo pulito		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Aggiornamento planimetrico delle destinazioni d'uso dei locali degli edifici 5-6	Restituzione digitale dei rilievi	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Planimetrie
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
Informatizzazione	Completamento dell'implementazione del Sistema Informativo amministrativo	Adozione delle procedure informatiche sulla nuova piattaforma LAPIS per Determine	ricognizione e stesura documentazioni	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	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)	Aggiornamento graduale 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"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
**U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Implementazione ed utilizzo di sistemi informativi	Informatizzazione WBS AOU- Caleido CEINGE (prestazioni ambulatoriali)		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Digitalizzazione dei processi associati al sistema di workflow chemioterapico		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	
		Completamento Implementazione dell' applicativo sw sale operatorie		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	
Efficienza	Ottimizzazione tempi dei processi tecnico - amministrativi	Riduzione dei tempi di manutenzione strutture e apparecchiature rispetto al 2021		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**
**U.O.C. Gestione Acquisizione di beni e servizi**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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 euro nel periodo agosto- dicembre e pubblicare in amministrazione trasparente	Elaborare report monitoraggio	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
Efficienza	Promozione e semplificazione dei processi	Redazione di una proposta di Regolamento aziendale finalizzato all'accorpamento dei fabbisogni annuali dei D.A.I. e delle U.O.C. tecniche e amministrative per acquisizioni di arredi ufficio e sanitari		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Proposta/Relazione
	Ottimizzare i tempi di espletamento dei procedimenti di gara	Fornire supporto ai RUP nell'espletamento delle proprie funzioni/attività		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Monitoraggio dei tempi impiegati dalle Commissioni di gara ed inotro di eventuali solleciti in caso di ritardi	Elaborare report monitoraggio	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	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)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativi/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**
**U.O.C. Gestione Risorse Umane**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Migliorare i processi di organizzazione e gestione delle risorse umane	Proposta di Regolamento aziendale su orario di lavoro		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Proposta/Relazione
	Trasparenza	Richieste di verifica autocertificazioni per tutti gli assunti a tempo indeterminato aziendali		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Rispetto tempistica flussi informativi verso la Regione	Rispetto della tempistica dell'invio dei flussi su piattaforma Sinfonia dei dati relativi al personale aziendale e agli specialisti ambulatoriali (DCA 53/2019 - DCA 55/2019)		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report delle date di invio dei flussi
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)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativi/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**
**U.O.C. Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	SGSA aggiornato, deliberato o approvato in riunione periodica
		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	Agosto - Dicembre 2022	Corso effettuato e deliberato
		Aggiornamento Allegati DVR (riguardanti nuovi fattori di rischio, anche derivanti dall'implementazione di nuove attività)	Revisione Allegati Riunioni e sopralluoghi	SI/NO	SI		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)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativi/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
**U.O.C. Gestione Affari Generali**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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	Completamento, nei tempi medi segnalati a margine, del processo di cui alle seguenti fasi: FASE 1 - Ricezione proforma fattura dagli Affari Legali FASE 2 - Creazione ordine e invio tramite il canale NSO dedicato- FASE 3 - Notifica ordine agli Affari Legali	n. giorni	10 giorni	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Efficienza nei pagamenti - Riduzione dei tempi di pagamento	Riduzione dei tempi delle attività necessarie per la fase liquidatoria delle fatture elettroniche	Completamento, nei tempi medi segnalati a margine, del processo di cui alle seguenti fasi: FASE 1 - Ricezione delle fatture elettroniche sulla piattaforma SIAC - Trasmissione fatture alle strutture il cui budget grava sull'UOC Gestione Affari Generali; FASE 2 - Acquisizione delle fatture da parte delle strutture di competenza, unitamente all'attestazione di regolare esecuzione delle stesse, ove prevista - FASE 3 - verifica della conformità della documentazione prodotta e attivazione della fase di liquidazione sulla piattaforma informatica, con emissione finale di provvedimento di liquidazione FASE 4 - trasmissione all'U.O.C. Gestione Risorse Economico-Finanziarie del provvedimento di liquidazione	n. giorni	20 giorni	Agosto - Dicembre 2022	Report
Trasparenza e Comunicazione	Promozione e semplificazione dei processi	Miglioramento della comunicazione e semplificazione delle procedure di convenzionamento con le Associazioni di volontariato	Redazione di un Regolamento che disciplini lo svolgimento dell'attività di volontariato all'interno dell'A.O.U. Federico II	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Deliberazione
	Migliorare la comunicazione e i flussi informativi verso l'esterno	Istruzioni per lo svolgimento, presso l'Azienda, di attività formative professionalizzanti fuori rete da parte di personale medico iscritto alle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria in ambito nazionale	Predisposizione di una modulistica a tendina, disponibile sul portale aziendale, nell'apposita sezione, in collaborazione con il referente del sito web aziendale, a favore del personale medico, iscritto alle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, proveniente da vari Atenei nazionali, che intende svolgere, presso l'A.O.U. Federico II, attività di formazione professionalizzanti fuori dalla rete formativa	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Publicazione 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	Agosto - Dicembre 2022	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	<b>Divulgazione:</b> Organizzazione webinar informativi; Organizzazione workshop internazionali; partecipazione a documenti/publicazioni di consenso, ed altri documenti di carattere regionale/nazionale/internazionale <b>Internazionalizzazione/Collaborazioni Nazionali/Internazionali:</b> Partecipazione a networks internazionali	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report riassuntivo delle attività di divulgazione svolte; Report delle attività di Internazionalizzazione
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)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativi/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale.	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
**Staff Direzione Strategica**  
**IO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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, favorire l'innovazione digitale al servizio del cittadino	Comunicare i servizi e le eccellenze assistenziali dell'AOU Federico II	Publicazione di almeno n. 45 articoli e news sui canali istituzionali aziendali (e pubblicazione di articoli e/o video sui media locali e nazionali connesse ai servizi assistenziali).	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
		Implementare la gestione delle segnalazioni, dei reclami e dei suggerimenti attraverso applicativo gestionale dedicato	Adozione ed utilizzo dell'applicativo per la gestione, il monitoraggio e la reportistica delle segnalazioni e dei reclami	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
		Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti	Proposta questionario di soddisfazione dell'utenza ed identificazione delle modalità di somministrazione	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
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	Prosecuzione utilizzo software Gestione delibere/determinazioni		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Prosecuzione nell'utilizzo del Protocollo Informatico (D. lgs. 30 marzo 2001, n° 165)		SI/NO	SI		

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
Staff Direzione Strategica  
**IO Logistica e mobilità interna**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Comunicazione organizzativa	Migliorare la comunicazione interna ed esterna	Aggiornamento della segnaletica verticale (interna ed esterna) ed orizzontale (strisce pavimentazione stradale) secondo le indicazioni della Direzione Strategica		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
Efficienza	Monitoraggio accessi	Effettuare periodici presidi di controllo ai varchi di entrata ed uscita al fine di verificare la regolarità e il rispetto delle disposizioni indicate nel Regolamento della Viabilità Interna dell'A.O.U. Federico II		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
Staff Direzione Strategica  
**Affari Legali**  
**I.O. 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 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto dei tempi di pagamento	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Chiusura sulla piattaforma legal app dei giudizi definiti	Aggiornamento sulla piattaforma legal app dei giudizi definiti		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
Staff Direzione Strategica  
**IO Formazione Risorse Umane**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Formazione e aggiornamento	Favorire la formazione e aggiornamento professionale	Attivazione di almeno n. 3 corsi sulla rianimazione cardiopolmonare adulti di base, defibrillazione precoce e manovre di disostruzione da corpo estraneo (BLSd)	Realizzare 3 corsi sulla rianimazione cardiopolmonare di max 25 partecipanti ciascuno indirizzati in particolare al personale dell'autoparco e all'UOC di Oncologia Medica.	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

**OBIETTIVI ANNO 2022**  
**Staff Direzione Strategica**  
**Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	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	Proseguimento implementazione piattaforma (compatibilmente con le disposizioni della Direzione Strategica)		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

\* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

## Allegato 2: Obiettivi D.A.I. anno 2022 A.O.U. Federico II

**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**

**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 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***	
Efficienza	Rispetto tempestiva flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempestiva 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	Agosto - Dicembre 2022	51%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio	
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera protetta a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	N. 1 UOC SI N. 7 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'art. 8 Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	20,9%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica		
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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Voza	
				% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,05			
Qualità	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella	
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (Fonte QUANA)	Agosto - Dicembre 2022	34%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
			Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	67%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
	Appropriatezza	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	Agosto - Dicembre 2022	\	40%	0,05	Report	Controllo di gestione
		Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo della sacche di sangue	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	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale	

**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**

**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 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***		
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (al. A e all. 8 Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. 161 casi	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. 12.840 casi	-30%	0,10				
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	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.	Agosto - Dicembre 2022	1,4	<= 1,4 giorni	0,05		
				Profilazione di 100 cateteri PICC per pazienti esterni non in regime di ricovero ordinario		N. PICC	Agosto - Dicembre 2022	\	N. 100 PICC	0,025	Report	Direzione Sanitaria Dott. Barbarino
				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	Agosto - Dicembre 2022	\	30%	0,025	Report/Relazione	Direzione Sanitaria Dott.ssa Rubba
				Incremento del 10% delle prime visite necessarie all'immissione in lista d'attesa per trapianto di rene		% incremento delle prime visite necessarie all'immissione in lista d'attesa per trapianto di rene	Agosto - Dicembre 2022	\	10%	0,050		Direzione Sanitaria Dott.ssa Rubba
								<b>1,00</b>				



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**  
**DAI ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA**
Efficienza Appropriata	Ripetto tempestiva flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Ripetto tempestiva 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	Agosto - Dicembre 2022	54%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egliolo
	Ripetto tempestiva flussi SDO come previsto dalla Regione	Ripetto del 100% della scheda di dimissione ospedaliera prodotta a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		S/ NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egliolo
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriata	Astoccontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'Alf. 8 Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata	Agosto - Dicembre 2022	155%	< + 21%	0,05	Cartella Clinica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egliolo
Qualità Appropriata	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	Adozione alle procedure aziendali del PSM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adozione alle raccomandazioni PSM (Del. 2021) sul campione causale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,025		Gruppo di lavoro PSM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di anamnesi trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	[n. moduli inviati a DABMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore]/[n. richieste di sacche]	Agosto - Dicembre 2022	69,5%	100%	0,025	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale
Rischio Clinico	Qualità e appropriatezza del Processo di Cura	Implementazione di misure volte a ridurre gli eventi avversi (cadute)	Compilazione puntuale e corretta all'ammissione della check list di valutazione del rischio cadute sul 2% dei ricoveri	[n. checklist compilate nei ricoveri]	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Audit controllo cartelle	Direzione Sanitaria Dott.ssa Marrella
Appropriata	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (Alf. A e Alf. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		[n. casi 2022 - n. casi 2018]/[n. casi 2018]	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 920	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egliolo
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 27.371	-30%	0,10		
Informatizzazione	Utilizzo firma digitale per la referenziazione	Utilizzo Firma digitale per la referenziazione delle prestazioni di Diagnostica per Immagini		[n. referti validati e firmati]/[n. referti totali]*100	Agosto - Dicembre 2022	59%	90%	0,025	Report	PO Controllo di gestione
	Optimizzazione tempi di referenziazione	Utilizzo dell'Order Entry per tutte le prestazioni di Anatomia Patologica		% di utilizzo	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,025	Report	PO Controllo di gestione



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**  
**DAI ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA**
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	Agosto - Dicembre 2022	78%	100% TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	0,30	Report dal Resp. la verifica	PO Controllo di gestione
		Esecuzione di MIOCARDIOSINTIGRAFIA entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO		(numero di MIOCARDIOSINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO / n. di MIOCARDIOSINTIGRAFIE richieste per i pazienti in RO) *100	Agosto - Dicembre 2022	58,54%	100% MIOCARDIOSINTIGRAFIE 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 50% entro due giorni dal momento della richiesta per i pazienti in DH		[n. di RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite in giornata (entro due giorni) dal momento della richiesta per i pazienti in RO + n. di RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) richieste per i pazienti in RO e in DH] *100	Agosto - Dicembre 2022	91,94%	100% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite entro un giorno dalla richiesta per i pazienti in RO			
					Agosto - Dicembre 2022	44,38%	70% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite entro un giorno dalla richiesta in DH			
					Agosto - Dicembre 2022	1,82%	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	Agosto - Dicembre 2022	51,25%	100% RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO			



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**

**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 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Efficienza	Riduzione dei tempi di refertazione per esami diagnostici	Refertazione e trasmissione alle UODO richiedenti del 90% dei referti di TAC TORACE ADDIZIONE FELVI 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 ADDIZIONE FELVI 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 ADDIZIONE FELVI eseguite per i pazienti in RO) *100	Giugno - Dicembre 2022	71,12%	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	0,30	Report del Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UODO richiedenti dei referti del 90% della MIOCARDIOSCINTIGRAFIA 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 MIOCARDIOSCINTIGRAFIA 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 MIOCARDIOSCINTIGRAFIA eseguite per i pazienti in RO) *100	Giugno - Dicembre 2022	97,50%	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		Report del Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UODO richiedenti del 100% dei referti di RX routine (torace e singolo segmento scheletrico) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH		(n. di RX routine (torace e singolo segmento scheletrico) refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH con trasmissione del referto all'UO richiedente nel giorno della refertazione/n. di RX routine (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite per i pazienti in RO e in DH) *100	Giugno - Dicembre 2022	97,33%	100% dei referti RX prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH		Report del Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UODO richiedenti del 95% 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	Giugno - Dicembre 2022	79,60%	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		Report del Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
								1,00		



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**

**DAI SANITÀ PUBBLICA, FARMACOUTILIZZAZIONE E DERMATOLOGIA**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	Rispetto tempistica Fluss SDO come previsto dalla Regione	Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in DH e in DS		SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	\	SI	0,05	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Eglio
	Migliore 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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vizza
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriato (es. A e H, B Patto della salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 81	-30%	0,10	Report Adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Rosanna Eglio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 254	-30%	0,10		
Organizzazione e Qualità	Adozione di strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti ed implementare eventuali azioni correttive	Rivisitazione del grado di soddisfazione dei degenzi rispetto al servizio mensa	Somministrazione questionari di gradimento dei degenzi del servizio mensa, rilevazione dei risultati e proposte di risoluzione delle situazioni critiche	n. questionari somministrati e raccolti	Agosto - Dicembre 2022	n. 1000	n. 165	0,10	Report e Relazione	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali	Monitoraggio e prevenzione della infezioni del sito chirurgico	Elaborazione e diffusione report trimestrali sugli esiti dell'attività di sorveglianza sanitaria	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	SI	0,10	Report semestrale	

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Sicurezza	Migliore i livelli di sicurezza aziendale	Monitoraggio sull'utilizzo di dispositivi di protezione	Produrre report sull'utilizzo dei dispositivi di protezione	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	SI	0,10	Report o Relazione	Direzione sanitaria Prof. Paladino
		Monitoraggio sullo smaltimento di dispositivi di protezione	Produrre report sullo smaltimento dei dispositivi di protezione	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	90%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	UOC Farmacia Dott.ssa Vizza
		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	Agosto - Dicembre 2022	90%	≥ 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 o/ o fax, e-mail in giornata		(N° di risultati trasmessi in giornata/ Totale esami)*100	Agosto - Dicembre 2022	85%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022										
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 2022****	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	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	1 UOC SI 5 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriato	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'art. 8 Patto per la Salute 2010-2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriato/RO DRG non a rischio inappropriato	Agosto - Dicembre 2022	29%	<= 22%	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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente 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 peroperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Inizio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	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)	Agosto - Dicembre 2022	0%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/ Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	0%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
	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 Inizio 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	Agosto - Dicembre 2022	46,37%	100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale	

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022										
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 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriato (art. 8 e art. 8 Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 699	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 5.343	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medico/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	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.	Agosto - Dicembre 2022	0,8 giorni	< 0 = 1,4 giorni	0,10		
								1,00		


**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**
**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 2022****	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	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	7 UOC NO	SI	0,10	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata	Agosto - Dicembre 2022	14%	<= 21%	0,15	Cartella Clinica	
Efficienza	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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% Utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,10	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Voza
		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 2022/Tempi medi di refertazione 2020	Agosto - Dicembre 2022	-66%	100%	0,10	Report redatto dai DAI


**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**
**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 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Informazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione		(n. referti validati a firma)/(n. referti totali)*100	Agosto - Dicembre 2022	91%	100%	0,10	Report SIA	Controllo di gestione
Rischio Clinico	Qualità e appropriatezza del Processo di Cura	Implementazione di misure volte a ridurre gli eventi avversi (cadute)	Compilatione puntuale e corretta all'ammissione della check list di valutazione del rischio cadute ad 2% dei ricoveri	(n. checklist compilate nei ricoveri)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,10	Audit controllo cartelle	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. 1.656	-30%	0,10	Report addeimost LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli eccessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. 8.787	-30%	0,10		
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022										
DAI TESTA COLLO										
CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	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	Agosto - Dicembre 2022	70%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotta a fine anno per i ricoveri in RO, in OH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative al DRG di cui all'art. 8 Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata	Agosto - Dicembre 2022	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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Qualità Appropriata	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	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 QLAN)	Agosto - Dicembre 2022	19%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica		N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	87%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022										
DAI TESTA COLLO										
CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Qualità Appropriata	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) ad campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino,
		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 dei 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	54,55%	100%	0,05		
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 335	-30%	0,15	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 11.370	-30%	0,15		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici (obiettivi tematici allegato B - DRG n. 374 del 6/8/2019)		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	23,7%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (obiettivi tematici allegato B DRG n. 374 del 6/8/2019)		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a Interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	2,7	< 0 = 1,4 giorni	0,05		
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022										
DAI MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO										
CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	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	Agosto - Dicembre 2022	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 OH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'al. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata	Agosto - Dicembre 2022	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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,10	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
Rischio Clinico	Qualità e appropriatezza del Processo di Cura	Implementazione di misure volte a ridurre gli eventi avversi (adute)	Compilazione puntuale e corretta all'ammissione della check list di valutazione del rischio cadute su 2% dei ricoveri	{n. checklist compilate nei ricoveri}	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,10	Audit controllo cartelle	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
Qualità e Appropriata	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ed altro rischio inappropriata (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 (griglia LEA)		{n. casi 2022 - n. casi 2018}/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	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			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 2.444	-30%	0,15		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 5.553	-30%	0,15		
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 QAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore}/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022										
DAI MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE										
CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022****	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}	Agosto - Dicembre 2022	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 in OE}						20 % entro 1 ora e mezza
	Ottimizzazione dei costi	Refertazione delle richieste di esami di routine che pervengono in OE in giornata (salvo indagini speciali)	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	Agosto - Dicembre 2022	N. 3 Report bimestrali	0,10	Report di monitoraggio redatto dal DAI		
Rischio Clinico	Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Adottare gli strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".	Adozione in tutti reparti.	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	0,10	Relazione/Report	Direzione Sanitaria Dott.ssa Riganti	
Qualità Appropriata	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	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	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	Agosto - Dicembre 2022	100%	0,15	Report		
								1,00		

**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**

**DAI MATERNO INFANTILE**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	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	Agosto - Dicembre 2022	75%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	3 UOC SI 10 UOC NO	SI	0,05	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 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	17,1%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	
Qualità 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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
		Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10		
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Inizio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	Inizio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	0%	SI	0,05	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	18%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
			Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totali campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	67%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 21.06.2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)		Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonard, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		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 dei 10°	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	47%	100%	0,05	Report redatto dal Dai Medicina Trasfusionale	Dai Medicina Trasfusionale

**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**

**DAI MATERNO INFANTILE**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
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	Agosto - Dicembre 2022	14,2%	20 % <= 24%	0,05	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Riduzione dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 22	-27,3%	0,05		
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 5.570	-30%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 15.952	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medico/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	18,4%	< 15%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. chir.	Agosto - Dicembre 2022	1,4 giorni	<= 1,4 giorni	0,05		
							1,00			



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**  
**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 2022****	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	Agosto - Dicembre 2022	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 DR e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	0%	SI	0,05	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 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	4,1%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica		
Qualità 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 per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Voza
		Aumento del 15% di appropriatezza profilassi peroperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	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 QUAN)	Agosto - Dicembre 2022	41%	≥70% ***** ≤69 - ≥50 ≤49	0,05		
Qualità Appropriatezza	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del FBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni FBM (Dai 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022	.	100%	0,05	Report	Gruppo di lavoro FBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		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 DAMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore/ n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	75,84%	100%	0,05	Report redatto dal Dai Medicina Trasfusionale	Dai Medicina Trasfusionale



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**  
**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 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
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 infarto, SPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018		n. casi 2022 - n. casi 2018/ n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	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			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 516	-30%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 2.743	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medico/ n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	31,50%	< 25%	0,05		
Efficacia	Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Incremento del n. angioplastiche eseguite entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardico acuto (Ref. Programma Nazionale 2012 Agn.N.5)		n. giorni degenza postoperatori/ Interventi chir./ n. dimessi sottoposti a inters. Chir	Agosto - Dicembre 2022	1,8 giorni	< = 1,4 giorni	0,05	SDO	
		Ptsa eseguiti entro 48 ore/ Totale Ptsa	Agosto - Dicembre 2022	87%	90%	0,05				
								1,00		



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**  
**DAI CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RD come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RD come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	54%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egizio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotta a fine anno per i ricoveri in RD, in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	3 UOC SI 3 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari affetti da DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RD afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata	Agosto - Dicembre 2022	38,3%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapeutico più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vicca	
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi peroperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Mentella
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	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 QUANUM)	Agosto - Dicembre 2022	18%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Dai 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		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 DM di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	[n. moduli inviati a DAMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore]/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022		* 100%	0,05	Report redatto dal DM Medicina Trasfusionale	DM Medicina Trasfusionale
		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°								



**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022**  
**DAI CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE**

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RD e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore	Esecuzione interventi per frattura femore (età >65) entro 2 giornate di degenza ordinaria	N° interventi eseguiti entro le 2 giornate in RD/N° interventi totale	Agosto - Dicembre 2022	72%	> = 60%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egizio
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2019		(n. casi 2022 - n. casi 2019)/n. casi 2019	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 156	-30%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2019			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 713	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	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.	Agosto - Dicembre 2022	1,2	<= 0 + 1,4 giorni	0,05		
							1,00			