



**REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA
SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO
DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Deliberazione del Commissario Straordinario N. 403 del 14/04/2020

**PROPONENTE: UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA,
FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE**

OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022.



Oggetto: ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022.

**Direttore UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA,
FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE**

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue, si rappresenta che ricorrono i presupposti finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Premesso che

- il D.lgs. n. 150 del 27/10/2009 reca norme per l'attuazione della Legge n.15 del 4/3/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- in particolare, l'articolo 10 comma 1 lettera a) del citato decreto prevede che le amministrazioni pubbliche redigano un documento programmatico triennale, denominato Piano delle Performance, da adottare coerentemente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi definendo, altresì, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori;
- il Piano delle Performance è dunque uno strumento di pianificazione e programmazione, di valutazione, di monitoraggio e di comunicazione di estrema rilevanza sul piano strategico;
- la misurazione e la valutazione delle Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi di risultato conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento;
- ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso alle unità organizzative fino ai singoli dipendenti;
- il rispetto dei principi in tema di misurazione, di valutazione e trasparenza della performance è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito e alla performance;

Considerato che

- ai sensi del citato art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009, le amministrazioni pubbliche, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione delle performance, redigono un documento programmatico triennale denominato Piano delle Performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori;
- con delibera CIVIT n. 112/2010 "struttura e modalità di redazione del Piano delle Performance (art. 10 comma 1, lettera a), del D.lgs. N. 150/2009) vengono fornite indicazioni operative per la stesura del Piano delle Performance;
- la predetta delibera CIVIT n. 112/2010, all'art. 2.3 II par., stabilisce che "...le amministrazioni si adeguano agli indirizzi ivi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo";

Visti

- gli artt. 8 e 9 del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;

Preso atto

Deliberazione del Commissario Straordinario



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO” DI CASERTA

- che con D.C.A. n. 102 del 29 settembre 2016, la Struttura Commissariale presso la Regione Campania, ha individuato le strutture sanitarie regionali da sottoporre ai Piani di Efficientamento e Riqualificazione di cui all'art.1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n.208;
- che codesta Azienda, rientrando tra quelle individuate dal summenzionato D.C.A., ha provveduto a redigere il proprio Piano di Efficientamento e Riqualificazione della spesa ed alla successiva trasmissione in Regione con nota Pec del 17 marzo 2017;
- del verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) prot. 283 del 07/04/2020, col quale prende atto, a sua volta, delle schede relative agli obiettivi 2020, ricordando che gli stessi potranno essere oggetto di verifica ed eventuale aggiornamento, nelle successive fasi di monitoraggio, documento agli atti;

Tenuto conto che

- il Piano della Performance 2020-2022 è stato elaborato in relazione alla emergenza COVID19 e nel rispetto della normativa di riferimento in coerenza con gli obiettivi strategici assegnati dalla Regione Campania;
- a seguito della emergenza COVID19 sono state attivate quattro nuove UU.OO. COVID19, al fine di convogliare tutti i pazienti affetti dalla nuova patologia in strutture adeguate;
- l'attività assistenziale 2020 subirà notevoli variazioni rispetto a quanto rilevato negli anni trascorsi a causa dell'attuale pandemia e pertanto gli obiettivi ed il loro raggiungimento saranno modulati in relazione alla evoluzione della stessa;
- le OO.SS. aziendali potranno formulare eventuali osservazioni durante il periodo di validità del Piano *de quo*;

Precisato che

- in data 6 marzo 2020 si è riunito il Collegio di Direzione a seguito di specifica convocazione del Commissario Straordinario n.7957 del 05/03/2020, per porre in atto misure organizzative al fine di contrastare l'epidemia del coronavirus e per comunicare ai presenti che il piano delle performance 2020, documentazione agli atti giacente, sarà inviato dal direttore della U.O.C. Appropriately ed Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance dott. Tommaso Sgueglia, a tutti i direttori di Dipartimento che a loro volta procederanno all'inoltro a tutti i direttori/responsabili di afferenza;
- in data 12 marzo 2020 sono state inviate ai vari dipartimenti di questa Azienda Ospedaliera ed alle unità operative di pertinenza, documentazione esistente agli atti, le bozze delle schede relative agli obiettivi da raggiungere nell'anno 2020 e che ad oggi, in assenza di pertinenti osservazioni, ad eccezione di quelle evidenziate personalmente dal dott. Valerio Piccirillo, dirigente Medico della unità operativa semplice dipartimentale di Oculistica, le schede di che trattasi si considerano confermate e pertanto, a stretto giro, saranno notificate ai Direttori di Dipartimento;
- in data 3 aprile 2020 sono stati convocati, presso l'ufficio del dott. Tommaso Sgueglia, i responsabili delle UU.OO. COVID19 per la sottoscrizione delle schede;
- in data 6 aprile 2020, a partire dalle ore 10,30 ed a distanza di mezz'ora l'uno dall'altro, misura di prevenzione dovuta al COVID19, a seguito di debita convocazione via e mail del 03/04/2020 ore 16,40, del dott. Tommaso Sgueglia, stante agli atti, sono stati invitati i Direttori di Dipartimento, presso la Direzione Sanitaria, ai quali sono state notificate le schede per l'attribuzione degli obiettivi dipartimentali e delle UU.OO. a loro afferenti per l'anno 2020 che, come già detto, saranno dagli stessi inoltrate ufficialmente ai relativi direttori/responsabili;
- dalla stessa data si è provveduto all'assegnazione ai direttori/responsabili delle UU.OO. Amministrative, degli obiettivi anno 2020, assegnazione sottoscritta individualmente e giacente agli atti di questa U.O.C.;
- in data 6 aprile 2020, il Collegio di Direzione ha approvato all'unanimità il Piano delle Performance 2020-2022;
- in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, corre l'obbligo, per l'Azienda, di dare piena informazione a mezzo diffusione del Piano in apposita sezione del proprio sito istituzionale

Deliberazione del Commissario Straordinario



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO” DI CASERTA

sezione “Amministrazione trasparente”, ai fini della sua consultazione da parte dei portatori di interesse interni ed esterni;

- il Piano della Performance 2020-2022 si integra con il Piano Triennale per l’Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;

Ritenuto

- pertanto, di procedere alla formale adozione del Piano delle Performance per il triennio 2020-2022, come da testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, comprensivo anche degli obiettivi operativi di struttura per il 2020;

PROPONE

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2020-2022 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento, comprensivo anche degli obiettivi operativi di struttura per il 2020;
2. di dare atto che il Piano di cui innanzi rappresenta un documento di programmazione triennale a scorrimento, suscettibile di eventuali integrazioni o rimodulazioni derivanti da mutate condizioni del contesto aziendale e sanitarie e/o da indicazioni normative regionali o nazionali;
3. di precisare che il Piano di cui si tratta si integra con il Piano Triennale per l’Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
4. di autorizzare la pubblicazione integrale della presente deliberazione;
5. di trasmettere copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale;
 - alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità (CIVIT);
 - al Presidente e ai Componenti dell’OIV;
 - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dott. Eduardo Chianese, per la pubblicazione nell’apposita sezione del sito web aziendale;
 - ai Direttori dei Dipartimenti sanitari amministrativi con delega alla notifica del presente atto a tutti i direttori UU.OO.CC. e responsabili UU.OO.SS.DD che a loro volta notificheranno al personale della dirigenza e del comparto afferente ai servizi diretti;

**IL DIRETTORE U.O.C. APPROPRIATEZZA ED EPIDEMIOLOGIA
CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITA’ E
PERFORMANCE**
Dott. Tommaso Sgueglia

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione del Commissario Straordinario

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

Avv. Carmine Mariano

nominato con D.G.R.C. n. 393 del 06/08/2019
deliberazione C.S. n. 1 del 12 agosto 2019 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore f.f. U.O.C. Appropriatelyzza ed Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance;
- Visto il parere favorevole reso sulla stessa del Sub Commissario Sanitario Dott.ssa Antonietta Siciliano

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1) ADOTTARE il Piano della Performance per il triennio 2020–2022 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento, comprensivo anche degli obiettivi operativi di struttura per il 2020;

2) DARE atto che il Piano di cui innanzi rappresenta un documento di programmazione triennale a scorrimento, suscettibile di eventuali integrazioni o rimodulazioni derivanti da mutate condizioni del contesto aziendale e/o da indicazioni normative regionali o nazionali;

3) PRECISARE che il Piano di cui si tratta si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente nonché al Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;

4) AUTORIZZARE la pubblicazione integrale della presente deliberazione;

5) TRASMETTERE copia del presente atto:

- al Collegio Sindacale;
- alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità (CIVIT);
- al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dott. Eduardo Chianese, per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
- ai Direttori dei Dipartimenti sanitari amministrativi con delega alla notifica del presente atto a tutti i direttori UU.OO.CC. e Responsabili UU.OO.SS.DD che a loro volta notificheranno al personale della dirigenza e del comparto afferente ai servizi diretti;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Avv. Carmine Mariano

Deliberazione del Commissario Straordinario

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

Deliberazione del Commissario Straordinario

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

**Commissario Straordinario
Avv. Carmine Mariano**

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020- 2022

*U.O.C. Appropriatelyzza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta
Via Palasciano 81100 - Caserta
Tel. 0823/232200 - 2219 - 2503
e-mail: amas@ospedale.caserta.it – formazione@ospedale.caserta.it
pec: analisiemonitoraggio@ospedalecasertapec.it – organizzazioneesviluppo@ospedalecasertapec.it*

Sommario

1	Presentazione del Piano.....	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse	4
2.1	Chi siamo	4
2.2	Cosa facciamo	5
2.3	Come operiamo	7
3	Identità.....	8
3.1	L'amministrazione "in cifre"	8
3.2	Mandato istituzionale e Missione.....	13
3.3	Albero della performance.....	16
4	Analisi del contesto.....	17
4.1	Analisi del contesto esterno	17
4.2	Analisi del contesto interno	18
4.3	Il Piano di efficientamento	23
5	Obiettivi strategici.....	24
5.1	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	26
5.2	Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e risultato generale	27
6	Il ciclo di gestione della performance	28
6.1	Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione	30
6.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	31
6.3	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	31
7	Allegati tecnici	32
	Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione.....	37
	Note	42
	SCHEDE DI RILEVAZIONE PER STRUTTURA.....	43

1 Presentazione del Piano

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito decreto, – aggiornato con le modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74 –, della delibera CIVIT n. 112/2010 e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, adottato con deliberazione n. 262 del 29/03/2019, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso contiene:

- gli obiettivi strategici ed operativi, ai sensi dell'articolo 10, comma 4 del decreto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare

“la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”.

Come richiesto dall'articolo 5, comma 2, del decreto gli obiettivi sono:

- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- IV. riferibili ad un arco temporale determinato;
- V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;
- VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

Il Piano contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, ciò è funzionale a consentire la valutazione della *performance* individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on-line sul sito dell'azienda (www.ospedale.caserta.it) ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

2 Sintesi delle informazioni di interesse

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera è "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione" per effetto del D.P.C.M. 23/04/1993.

Con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 12254 del 22/12/1994 viene istituita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta che ai sensi dell'art.3 comma 1 bis del D lgs n. 502/92 e s.m.i., ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia. L'Azienda sviluppa la sua attività nel contesto e nei limiti delle legislazioni e delle normative comunitarie, nazionali e regionale. Entro tali limiti essa agisce con autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale.

Con Deliberazione n. 189 del 25/03/2002 assume la denominazione di Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" e successivamente, con deliberazione n.186 del 04/04/2006, assume l'attuale denominazione di Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Sant'Anna e San Sebastiano".

La sede legale è in Caserta alla Via Palasciano (traversa di via Tescione) senza numero civico. L'Azienda ha Codice Fiscale/Partita IVA n.° 0220113061.

Il Logo attuale dell'Azienda è stato adottato con deliberazione n. 333 del 20/12/2019.

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili e immobili a essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

- pazienti/utenti
- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

L'Azienda Ospedaliera di Caserta eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
- visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessari per risolvere i problemi di salute del cittadino, compatibilmente con il livello di dotazione strutturale e tecnologica delle singole Unità Operative Aziendali.

Partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno – infantile e degli anziani.

Promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione, rappresenta il fulcro per la gestione dell'Emergenza della Provincia di Caserta, ed eroga prestazioni sanitarie in regime di Ricovero Ordinario, in elezione e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery, Day Hospital e Day Service, fornisce, altresì, Prestazioni Ambulatoriali e PACC.

Nel corso degli anni, l'Azienda si sta specializzando nella diagnosi e nella cura di patologie sempre più complesse. Nell'ambito dei provvedimenti emanati dalla regione ed in ottemperanza alle disposizioni previste dal piano di rientro, l'Azienda ha modificato sensibilmente il proprio assetto organizzativo nell'ottica di garantire un'assistenza sanitaria sempre più qualificata e di elevare ulteriormente il livello di specializzazione della struttura ospedaliera attraverso il potenziamento di alcune branche specialistiche.

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale definitivamente approvato con deliberazione n.234 del 17/04/2018, che ha recepito le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018, in coerenza con il DCA 103/2018, nell'attuale configurazione:

- è stata individuata quale DEA di II° che rappresenta “hub per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS e CTZ per la rete trauma (serve anche Avellino a distanza di 59 Km, Benevento a 51 Km, area Nord di Napoli, Giugliano a 29 Km), Unità spinale (cod.28), sede di neuro riabilitazione (cod.75) e riabilitazione intensiva (cod.56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica”.
- si qualifica come sede/centro di riferimento per i seguenti servizi:
 - del Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E) con estensione del servizio alle province di Benevento e Caserta;
 - del Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti;
 - di Bleeding Center; di riferimento provinciale per le valutazioni immunologiche; di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta;
 - di riferimento per gli impianti cocleari.
- è sede dei Corsi di Laurea in “ Scienze Infermieristiche”, “Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia” ed “Ostetricia” della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”. La stessa, poi, oltre ad essere stata individuata dalla predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento delle attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è altresì parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli” (ex Seconda Università) che della Università di Napoli “Federico II”, entrambe di Napoli. In esecuzione del D.C.A. n.60 del 15/10/2010, rinnovato successivamente dal D.C.A. n.47 del 10/06/2016, sono stati disciplinati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora “Luigi Vanvitelli”), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria. Per effetto degli stessi, attualmente, nell’Azienda Ospedaliera di Caserta sono previste le seguenti discipline a direzione universitaria:
 - Cardiologia, codice disciplina 08;
 - Unità Coronarica, codice disciplina 50;
 - Malattie Infettive e Tropicali, codice disciplina 24;

2.3 Come operiamo

L'Azienda Ospedaliera opera, sulla base delle risorse disponibili e nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

L'Azienda è organizzata su base dipartimentale. I vari Dipartimenti clinico-assistenziali, si compongono di almeno tre Unità Operative Complesse (a loro volta articolate in Unità Operative Semplici) nonché di varie Unità Operative Semplici Dipartimentali. In presenza di riconosciute eccellenze, l'Azienda attribuirà anche specifici Incarichi Professionali di cui alcuni a valenza dipartimentale.

In un contesto sociale, demografico ed epidemiologico in evoluzione, l'ospedale deve operare e opera, dando risposte adeguate ai nuovi assetti, in un processo di cambiamento reale che, laddove non perseguito, potrebbe comportare un peggioramento dei risultati in termini di efficacia, sicurezza, sostenibilità e, soprattutto, fiducia da parte dell'opinione pubblica.

Da sempre, infatti, l'Ospedale non rappresenta, per la collettività che vi si riferisce, semplicemente uno strumento di erogazione di funzioni ad alto livello professionale e tecnologico, ma viene vissuto come espressione di ente solidaristico che, andando oltre gli obiettivi utilitaristici di efficienza, riesce a esprimere un proprio valore etico, in termini di equità, diritti, appropriatezza e responsabilità.

L'Ospedale, pertanto, opera nell'ottica:

- della continua revisione delle procedure e dei processi organizzativi per il miglioramento dell'assistenza;
- del progressivo miglioramento della salute e della sicurezza della comunità di riferimento dotandosi di risorse specialistiche e tecnologiche;
- del progressivo potenziamento della qualità dei servizi, del miglioramento della percezione che i cittadini hanno degli stessi, nonché della garanzia di equità nell'accesso ai medesimi;
- di consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specializzazione, anche incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- di rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- di favorire lo sviluppo dei processi di integrazione ospedale-territorio per assicurare agli utenti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi;

- di realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità;
- di privilegiare soluzioni organizzative flessibili, efficaci ed economiche anche ridisegnando l'assetto delle responsabilità;
- di garantire agli utenti elevati standard di accoglienza e di comfort alberghiero.

3 Identità

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanta riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

- vertici dell'amministrazione;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- altri stakeholder interni (personale);
- stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori contribuisce, in funzione del proprio ruolo, alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione che serve come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano.

3.1 L'amministrazione "in cifre"

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta serve una popolazione riferita ad un bacino di utenza di circa 1.000.000 di cittadini residenti nell'intera provincia di Caserta e in più parti delle zone limitrofe.

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018", attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex art. 20 che stanno interessando alcune strutture.

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell'Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio, in particolare le più incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

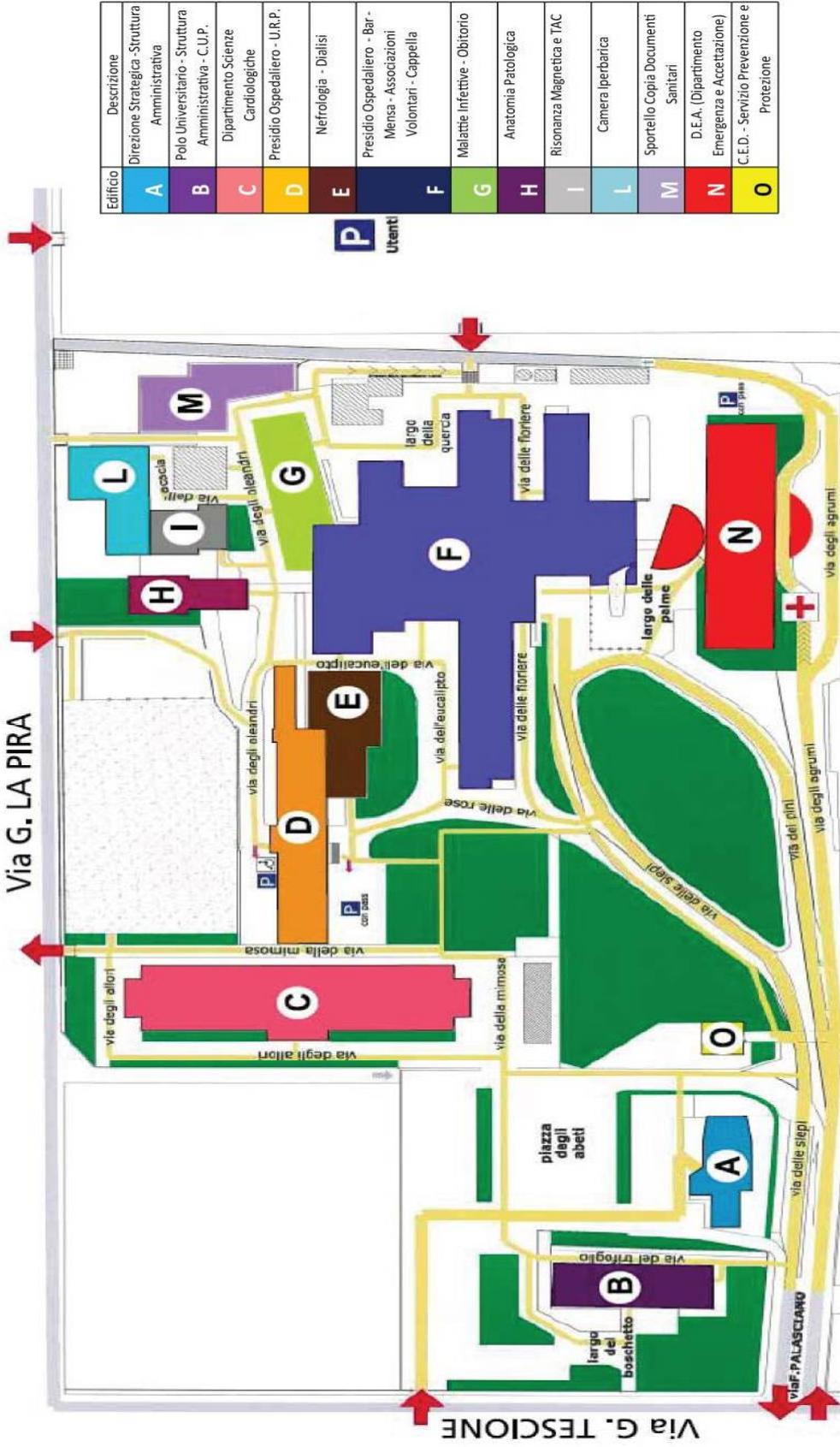
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

Ancora tra le richieste maggiori, oltre alla gravidanza, parto e puerperio, ci sono quelle delle malattie e dei disturbi del periodo perinatale. Un'altra significativa offerta è anche quella relativa alle malattie dell'apparato digerente, alle quali si aggiungono le malattie dell'apparato respiratorio ed osteoarticolare, le malattie otorinolaringoiatriche e, negli ultimi tempi, a causa di un non trascurabile incremento, quelle oncologiche sia mediche che chirurgiche.

Essendo la nostra azienda punto di riferimento provinciale per il 118 ed il TNE, essa assorbe anche una notevole utenza con patologia acuta, traumatologica ed intensiva, per la quale punti di eccellenza sono rappresentati dalla neurochirurgia e dal trauma-center.

L'azienda espleta le proprie attività all'interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell'alfabeto (A-O).

Si riporta di seguito la pianta dell'Ospedale con l'indicazione degli edifici e dei principali servizi in essi allocati:



Sono di seguito riportati **dati sintetici di attività sanitaria** riferiti agli anni 2017-2018

<i>ANNO 2018</i>	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	14.877
DIMESSI IN REGIME DH/DS	6.532
TOALE DIMESSI	21.409
<i>ANNO 2019</i>	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	15.077
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	5.955
TOTALE DIMESSI	21.032

VALORE ECONOMICO	GENNAIO/DICEMBRE 2018	GENNAIO/DICEMBRE 2019
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	61.084.227,20	62.673.849,80
DIMESSI IN REGIME DH/DS	8.981.420,60	9.086.722,00
TOTALE DIMESSI	70.065.647,80	71.760.571,80

LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

La nostra Azienda condivide la complessità operativa e organizzativa comune alle strutture che rivestono un forte ruolo di riferimento per un vasto bacino di utenza, anche oltre il limite provinciale.

Questo è vero particolarmente per le attività di pronto soccorso che, come noto, proliferano anche per un uso inappropriato del servizio (in buona parte derivante dall'assenza di risposte adeguate da parte delle strutture sanitarie territoriali).

I dati seguenti evidenziano in modo chiaro l'impegno costante che gli operatori del settore, ma in generale tutte le strutture diagnostiche, sono chiamati a fornire quotidianamente.

Per l'anno 2019 gli accessi registrati al Pronto Soccorso sono stati di oltre 77.513 pazienti. La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione efficiente sul territorio sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della, a volte, insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza. Questa situazione, inoltre, si aggrava in concomitanza di alcuni periodi dell'anno.

L'alta percentuale di richieste del pronto soccorso non seguite da ricovero dimostra in modo inequivocabile che tali utenti avrebbero potuto trovare una soluzione in strutture territoriali, aumentando l'offerta dell'ospedale nel fornire assistenza a chi ne ha realmente bisogno.

Il modello che si prevede di realizzare a partire dai prossimi mesi si basa sull'integrazione ospedale-territorio, la continuità assistenziale, lo sviluppo e la puntuale attuazione dei più opportuni percorsi assistenziali, una risposta clinico-assistenziale integrata.

Le risorse finanziarie e i costi previsti per l'anno 2020 – deliberazione n.128 del 30 settembre 2019 – sono le seguenti:

Valore della produzione	
Valore della produzione	Valore previsto anno 2020
Totale	169.585.120,88

Il valore della produzione è, tra l'altro, così composto:

Valore della produzione	Valore previsto anno 2020
1) Contributi in c/esercizio	75.331.248
2) Ricavi per prestazioni sanitarie	94.757.185,50
3) Concorsi, Recuperi, Rimborsi	740.560,00
4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.241.228,25
5) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.642.024,68

I costi della produzione sono:

Costi della produzione	Valore previsto anno 2020
Costi della produzione totale	163.678.975,06
di cui, tra l'altro:	
Acquisto di beni sanitari e non	43.264.525,72
Acquisto di servizi sanitari	7.613.450,25
Costi del personale	81.176.462,47

Risultato di esercizio 2020

L'Azienda prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2020

3.2 Mandato istituzionale e Missione

Mandato istituzionale

L'Azienda è un ente pubblico, senza scopi di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie.

Le scelte di ogni azienda sanitaria sono effettuate in coerenza con le politiche regionali e con gli atti di programmazione nazionale e regionale.

L'azione dell'Azienda si ispira ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. E' vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili gli impegni e i risultati.

I principi istituzionali su cui si basa sono:

- la tutela della salute
- la centralità della persona
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Mission

L'Azienda ospedaliera di Caserta eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
- visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessari per risolvere i problemi di salute del cittadino, compatibilmente con il livello di dotazione strutturale e tecnologica delle singole unità operative aziendali.

Partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno-infantile e degli anziani.

Promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale.

Vision

L'Azienda ospedaliera di Caserta coltiva una visione strategica incentrata sui seguenti obiettivi:

- soddisfazione degli utenti, attraverso una risposta che sia adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino e che sia capace di privilegiare:
 - un approccio di cura globale, indirizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona;
 - l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione dell'assistenza;
- soddisfazione degli operatori, attraverso la valorizzazione delle singole professionalità, la partecipazione ai processi decisionali, l'attuazione di politiche di benessere organizzativo;
- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dei servizi erogati;

- adozione di formule assistenziali alternative, finalizzate a promuovere adeguatamente la salute pubblica e a favorire l'essenzialità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse umane ed economiche;
- collaborazione integrata e sinergica con le aziende sanitarie locali, enti territoriali e organismi no profit attivi in ambito sanitario e socio-assistenziale;
- potenziamento della comunicazione esterna e interna, come strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute e come attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e per l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

Principi Ispiratori

L'Azienda ospedaliera di Caserta programma e svolge la propria attività, ispirandosi ai seguenti principi:

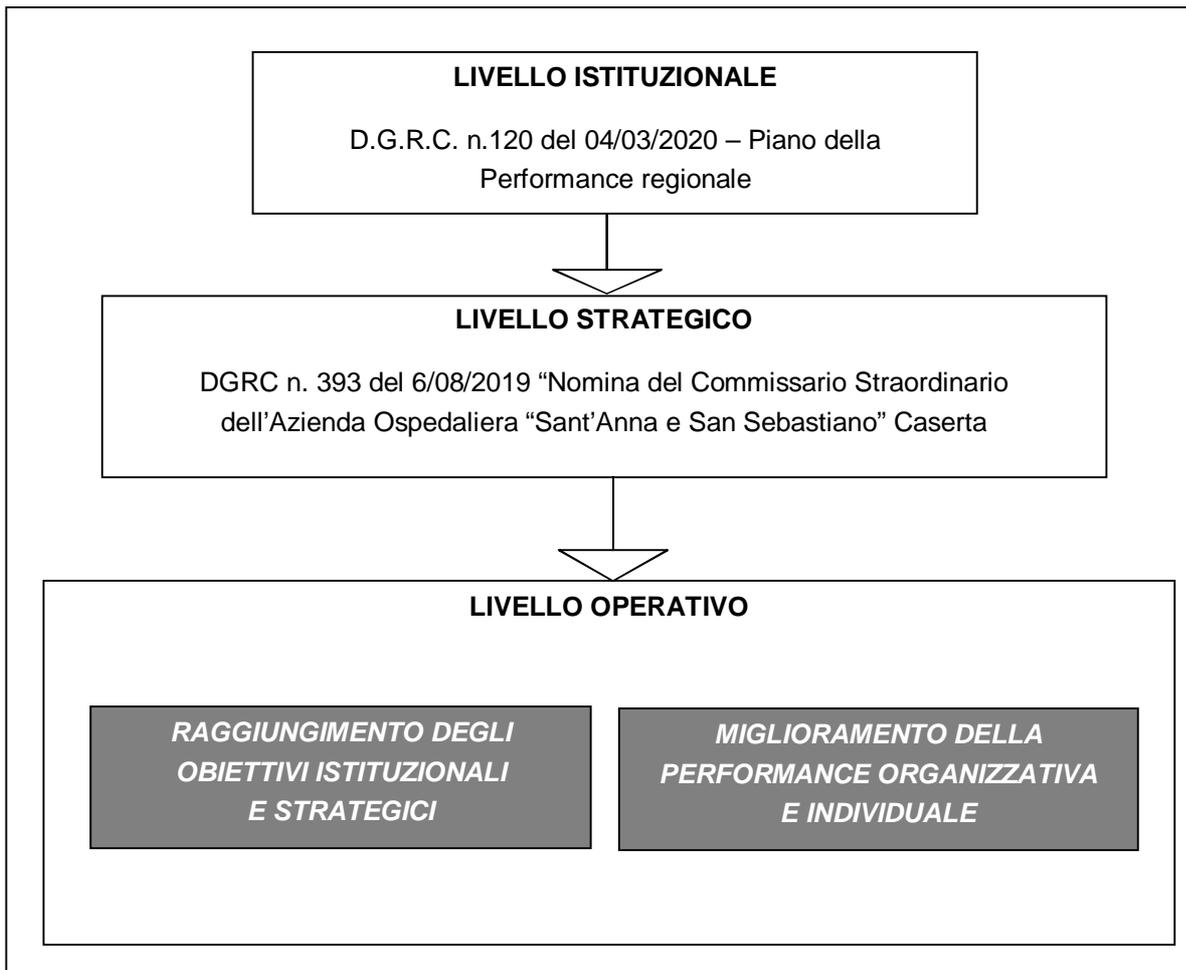
- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.
- **IMPARZIALITÀ** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità.
- **CONTINUITÀ** dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi.
- **DIRITTO DI SCELTA** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'Azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato.
- **DIRITTO DI PARTECIPAZIONE** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'Ospedale, nell'ottica di un dialogo costruttivo che, evidenziando le criticità, affinché siano rimosse, e le eccellenze, affinché siano potenziate, contribuisce al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta.
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA** del servizio.

Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

- la prima, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
- la seconda, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

3.3 Albero della performance



L'albero della *performance* è una mappa che permette di evidenziare i legami tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e obiettivi assegnati al personale dirigenziale e integrati con il sistema premiante di tutto il personale.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento e che verranno esplicitate negli appositi paragrafi:

Le aree strategiche individuate sono relative ai diversi stakeholder e sono correlate da rapporti causa-effetto nonché da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, come sono correlati i diversi obiettivi all'interno delle singole aree strategiche.

Il sistema risulta, quindi un sistema “a cascata” che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendale con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

4 Analisi del contesto

Si riportano dei significativi indicatori di confronto ISTAT riferiti ad ambiti territoriali di interesse:

DATI ISTAT		ANNO 2018					
Territorio		Campania	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno
Tipo indicatore							
tasso di natalità (per mille abitanti)		8,3	6,9	6,9	8,6	8,7	7,7
tasso di mortalità (per mille abitanti)		9,2	10,8	11,6	8,8	8,7	10
crescita naturale (per mille abitanti)		-1	-4	-4,7	-0,2	0	-2,3
tasso di nuzialità (per mille abitanti)		4,1	3,6	3,5	4,2	4	4,5
saldo migratorio interno (per mille abitanti)		-4,4	-3,6	-3,6	-2,4	-5,8	-2,5
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)		2	1,7	2,6	3,2	1,6	2,3
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)		-1	-1,8	-2	-1,1	-1	-0,4
saldo migratorio totale (per mille abitanti)		-3,4	-3,7	-3	-0,3	-5,2	-0,6
tasso di crescita totale (per mille abitanti)		-4,4	-7,7	-7,7	-0,5	-5,2	-2,9
numero medio di figli per donna		1,31	1,14	1,18	1,32	1,36	1,25
età media della madre al parto		31,6	32,4	32,5	31,6	31,3	32,3
speranza di vita alla nascita - maschi		79,3	80,3	79,9	78,8	79	80
speranza di vita a 65 anni - maschi		18,3	19,1	18,8	17,9	18	19
speranza di vita alla nascita - femmine		83,7	84,8	84,7	83,5	83,3	84,3
speranza di vita a 65 anni - femmine		21,3	22,1	22	21,2	20,9	21,8
speranza di vita alla nascita - totale		81,4	82,5	82,3	81,1	81,1	82,1
speranza di vita a 65 anni - totale		19,8	20,6	20,4	19,5	19,5	20,4
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio		14,7	12,5	12,3	15,2	15,6	13,6
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio		66,8	65,9	65,3	67,5	67,1	66,3
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio		18,5	21,6	22,4	17,3	17,4	20,2
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio		49,7	51,7	53,2	48,2	49,2	50,9
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio		27,6	32,8	34,4	25,6	26	30,5
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio		125,2	173,5	181,9	113,3	111,9	149,1
età media della popolazione - al 1° gennaio		42,3	44,8	45,1	41,6	41,5	43,8

Dati estratti il 09 apr 2020, 12h43 UTC (GMT) da I.Stat

4.1 Analisi del contesto esterno

L'A.O. di Caserta persegue da sempre un duplice mandato, essendo da un lato "l'ospedale" per la popolazione della città, dall'altro svolgendo la funzione di riferimento specialistico anche per il resto della provincia e per le zone limitrofe del napoletano. Infatti dati clinici ed epidemiologici mostrano che la domanda di servizio e prestazioni sanitarie cui deve far fronte l'azienda proviene dalla Città di Caserta e dalla sua provincia i cui abitanti si rivolgono all'Azienda certi di trovare un'offerta di elevata qualità e specialità. Numerosissimi sono i cittadini provenienti dalle altre

province della Regione soprattutto per quelle prestazioni di elevata specializzazione per le quali questa Azienda ha sviluppato una capacità di attrazione. In realtà, l'Azienda è il punto di riferimento per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza di circa 1.000.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Caserta, comprendente i 104 Comuni. Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane, collinari e marine; Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del Casertano.

L'attività, dunque, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la Provincia di Caserta.

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

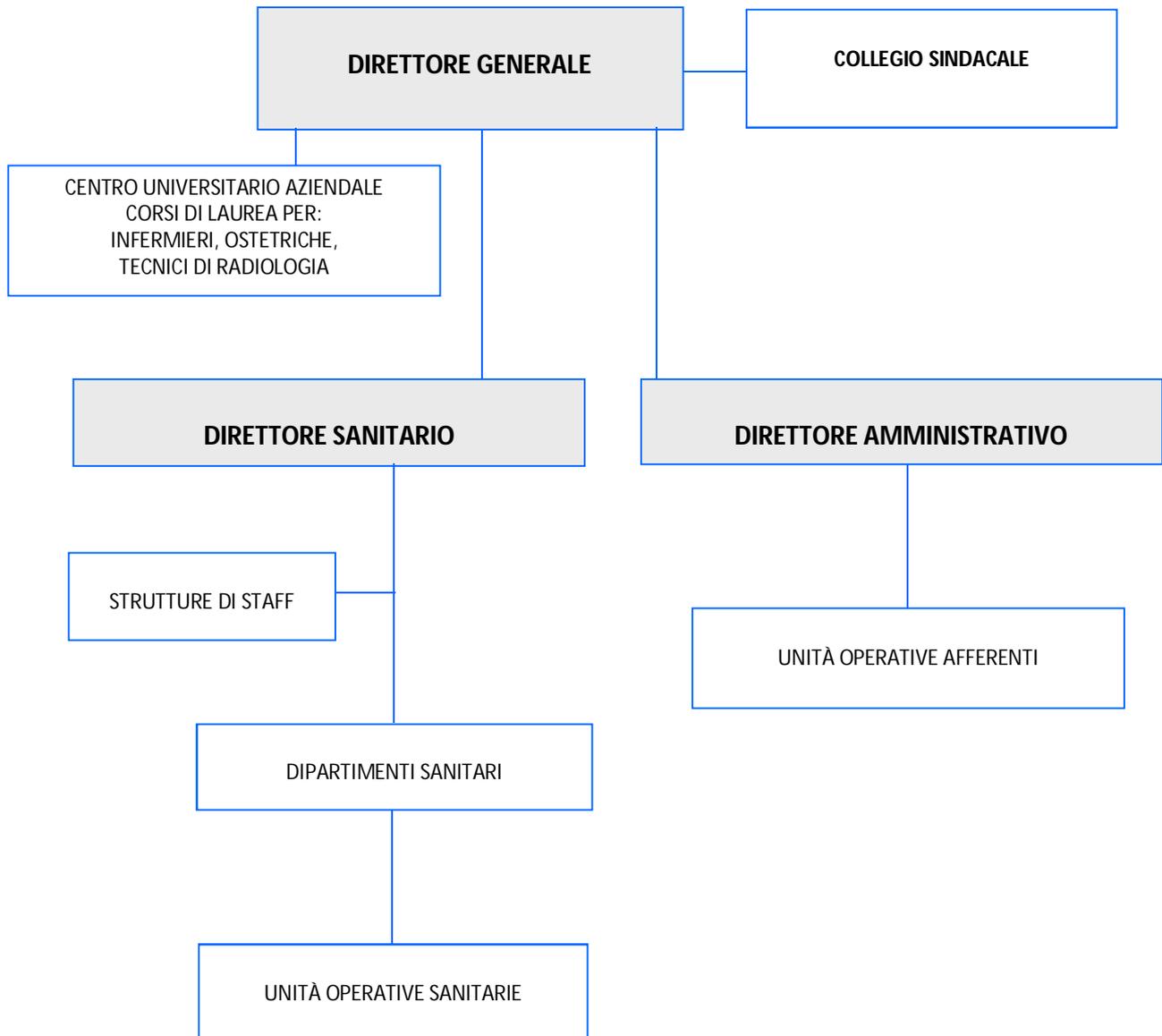
Il processo di cambiamento del contesto sanitario della Regione Campania, partito con il Decreto Commissariale n. 49/2010 ed in prosecuzione oggi attraverso il Piano Sanitario Regionale vigente – DCA N.103 del 28.12.2018 –, va nella direzione della progressiva deospedalizzazione e del potenziamento dei servizi territoriali. In particolare è stata prevista una rimodulazione dell'offerta ospedaliera sia in termini di posti letto assegnati alle diverse discipline a ai diversi ambiti territoriali, sia in termini di strutture – soppressione e/o accorpamento di medesima specialità e/o con bassi indici di produttività -, al contempo si è cercato di sviluppare una logica di integrazione ospedale-territorio finalizzata all'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché di sviluppare una rete di coordinamento per la programmazione interaziendale.

4.2 Analisi del contesto interno

Il blocco del turn over e le altre misure imposte dall'esigenza di contenimento della spesa di personale (blocco della mobilità, rideterminazione dei fondi contrattuali, limiti alle prestazioni aggiuntive, ecc) hanno pesantemente inciso su questa Azienda, determinando carenze anche drammatiche di personale medico, infermieristico, ausiliario e tecnico amministrativo che per di più presenta un'età media piuttosto avanzata e con diffuse situazioni di esonero da certe e/o più pesanti funzioni.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dal Piano Attuativo Aziendale, adottato con deliberazione n. 234 del 17/04/2018.

ORGANIGRAMMA GENERALE



MODELLO ORGANIZZATIVO: I DIPARTIMENTI

Nell'Azienda ospedaliera di Caserta l'organizzazione dell'attività è articolata nelle seguenti aree:

- **AREA DIREZIONALE,**

che aggrega la Direzione strategica (*Direzione generale, Direzione sanitaria, Direzione amministrativa*)

- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE,**

che sono strutturate sul modello dipartimentale, finalizzato a favorire l'integrazione e la collaborazione fra le singole discipline e, contemporaneamente, la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse.

I dipartimenti attivi in Azienda sono:

- **n. 7 DIPARTIMENTI SANITARI,**

che aggregano le Unità operative sanitarie

In questi anni l'A.O. S. Anna e S. Sebastiano ha subito un decisivo processo di ammodernamento ed innovazione, che ha privilegiato il rafforzamento dell'organizzazione dipartimentale, la semplificazione dei percorsi di accoglienza e ricovero, con la riorganizzazione degli spazi, soprattutto quelli dedicati alle degenze, imposta anche dalla cantierizzazione del padiglione centrale opera cruciale per il completo ammodernamento del Presidio.

Si è lavorato alla riorganizzazione, riconversione e riallocazione di spazi, con processi di accorpamento e concentrazione di funzioni specifiche ed omogenee, che ha risposto a notevoli criteri di efficienza.

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici prefissati, in coerenza con le direttive regionali, l'azienda ha adottato il **modello dipartimentale** per l'organizzazione sia delle attività di diagnosi e cura che delle attività amministrative.

Il dipartimento rappresenta infatti la struttura aziendale deputata al conseguimento non solo dell'efficacia assistenziale, dell'organizzazione della didattica e ricerca e dell'efficacia della

gestione amministrativa, ma anche dell'efficienza delle stesse mediante azioni di interscambio e di condivisione di risorse atte a garantire:

- l'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, delle risorse umane e tecnologiche al fine di garantire la migliore assistenza all'utente;
- lo studio, l'applicazione e la verifica dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- la promozione di iniziative finalizzate alla personalizzazione ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita.

L'individuazione di raggruppamenti disciplinari più omogenei sia dal punto di vista funzionale che strutturale centra, certamente, l'obiettivo di realizzare l'ottimizzazione delle risorse senza alterare la qualità dell'assistenza e più compiutamente la mission di una AORN quale quella di Caserta.

Risorse finanziarie

L'azienda Ospedaliera elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza. Il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio. In merito vedi quanto già espresso alla pagina 9 del presente documento.

Risorse umane

Il depauperamento progressivo del personale per cessazioni dal lavoro a vario titolo non sostituito per carenze di procedure concorsuali, in ottemperanza alle direttive regionali e nazionali (l'ultima procedura concorsuale per il personale infermieristico risale all'anno 2001), risulta evidente se si analizza l'organico attuale; ciò crea disfunzioni sul versante assistenziale, rendendo, a volte, problematica anche la risposta all'emergenza.

Solo negli ultimi tempi si sta procedendo al reclutamento del personale tramite concorsi.

Il tutto è aggravato da un invecchiamento anagrafico del personale addetto all'assistenza, che esita in un sempre maggiore ricorso ad assenze per malattia e attribuzioni di esoneri dalla turnazione e da compiti assistenziali ed inabilità lavorativa. Ovviamente la criticità assume contorni estremamente rilevanti in quanto la natura propria di Azienda di Rilievo Nazionale non permette di dilazionare risposte di alta specialità, né permette di delegare ad altre strutture i compiti propri dall'AO.

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2019 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
Ruolo Sanitario	1569	1038	9	522
Ruolo Professionale	10	7	0	3
Ruolo Tecnico	340	144	0	196
Ruolo Amministrativo	148	53	2	93
Totale	2067	1242	11	814
Totale DIRIGENZA MEDICA	510	341	9	160
Totale DIRIGENZA SANITARIA	35	24	0	11
Totale DIRIGENZA P.T.A.	24	16	2	6
Totale COMPARTO	1498	861	0	637

Risorse tecnologiche

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomediche, consiste in circa 3.100 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 40.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N° 2 TC (una 64 slices ed una 320 slices);
- N° 1 RMN;
- N° 3 sistemi per angiografia (due per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- La manutenzione delle attrezzature biomedicali, è gestita dalla UOC Tecnologia Ospedaliera, Innovazione Tecnologica ed HTA.
- Mammografo Digitale con tomosintesi.

OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI E TARGET

Il presente Piano si avvale di un sistema di valutazione composto da:

- obiettivi strategici (triennali), definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di *outcome*;

- obiettivi operativi (riferiti ad un lasso temporale più breve), discendenti direttamente dagli obiettivi strategici, che vengono assegnati sia alle strutture (per la valutazione della performance organizzativa) sia ai singoli professionisti (per la valutazione della performance individuale).

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, per consentire la misurazione e la valutazione della performance.

L'Azienda prevede la possibilità di valutazione di fattibilità non solo preliminare, ma anche in itinere; in tal modo, laddove le condizioni lo dovessero rendere necessario, è consentita la possibilità di rimodulazione - condivisa, concordata e comunicata - del presente Piano.

4.3 Il Piano di efficientamento

La legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016) individua come determinante dell'ingresso nei piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n.208, la presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, pari o superiori al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera a)
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera b)

Con DM 21 giugno 2016 (G.U. n.164 del 15/7/2016) sono stati decretati gli allegati tecnici e le linee guida per la predisposizione dei Piani di Efficientamento e Riqualificazione aziendali; in particolare la metodologia individua i costi e i ricavi da considerare ai fini della determinazione dello scostamento.

In data 29 settembre 2016, la Regione Campania ha emanato il DCA n. 102/2016, con il quale ha individuato le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Anche l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è stata individuata tra quelle da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

5 Obiettivi strategici

Le prospettive e le scelte strategiche dipendono, in modo sostanziale, dal fatto che l'Azienda è parte del Sistema Sanitario Nazionale e quindi attua gli indirizzi che discendono dalla normativa nazionale e regionale.

All'interno di detti documenti è possibile individuare le linee strategiche che possono essere così sintetizzate:

1. **riaffermare il ruolo centrale dell'Azienda Ospedaliera di Caserta**, collocandola istituzionalmente come punto di riferimento dell'intero territorio provinciale;
2. **costruire un modello organizzativo** in grado di realizzare un sistema integrato con le altre aziende provinciali e campane per un efficace modello di rete in cui inserire le singole discipline:
 - rete dell'emergenza
 - rete dell'emergenza cardiologica
 - rete dell'ictus cerebrale acuto
 - rete del trauma grave
 - rete oncologica
 - rete materno infantile
 - rete delle cure riabilitative tra fase acuta - bassa intensità della riabilitazione - lungodegenza
3. **realizzare il modello regionale ospedale in rete hub & spoke**, esso esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento, dopo aver stabilizzato il paziente, se trattasi di un caso urgente.

L'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" rappresenta il **terzo livello dell'emergenza**, di riferimento per tutto l'ambito provinciale ed è individuata quale **hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto**, nonché **hub di 2° livello per la rete cardiologica** e centrale operativa cardiologica del **Dipartimento Integrato dell'Emergenza**.

È, inoltre, **Centro Trauma di alta Specializzazione (CTS)** per il bacino d'utenza afferente alle macro-aree di Caserta, Benevento ed Avellino;

4. **implementazione del modello dipartimentale** per l'organizzazione delle attività di diagnosi e cura.

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, questa si strutturerà annualmente attraverso la metodica dei budget operativi con i quali si negozieranno gli obiettivi tra la direzione strategica ed i vari direttori di UU.OO. sia di area sanitaria che amministrativa.

Gli obiettivi da negoziare saranno individuati nelle seguenti aree di intervento:

Area dell'Efficacia e dell'Appropriatezza: operare scelte più efficaci e appropriate nell'ambito dell'utilizzazione dei supporti diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente o categoria di pazienti. Il riferimento specifico riguarda la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali ovvero l'adozione di linee guida prodotte all'interno della azienda da organismi istituzionali e professionali.

Rientrano in quest'area le decisioni essenzialmente cliniche relative alla tipologia delle risposte assistenziali ai bisogni dell'utenza in un'ottica di gradualità dell'intensità delle cure.

In specifico, si vuole tendere all'eccellenza qualitativa di ogni servizio, coerentemente con il bisogno assistenziale e con l'aspettativa dei cittadini, utilizzando con flessibilità le molteplici tipologie organizzative dell'offerta: degenza a ciclo continuo per acuti e post-acuti, degenza a ciclo diurno medica e chirurgica, one day surgery, day service ed attività ambulatoriale.

Area della qualità: migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni rese, concretizzando gli obiettivi generali già enunciati ed utilizzando due indirizzi tra loro complementari. Il primo è relativo alla qualità percepita dal singolo utente, personalizzando il servizio e costruendo un rapporto fiduciario. Il secondo introduce, nell'ambito dell'organizzazione, i principi e i metodi dell'assicurazione di qualità al fine di garantire una operatività ottimale dell'organizzazione nel suo complesso.

Questi processi sono favoriti da un idoneo sviluppo della formazione e dell'aggiornamento delle risorse umane, orientati al miglioramento continuo della qualità e ai requisiti, in generale, dell'accreditamento.

Area della Partecipazione e Valorizzazione Professionale: favorire la partecipazione degli operatori alle scelte di indirizzo e alla realizzazione dei progetti aziendali con il coinvolgimento, la sensibilizzazione, la comunicazione e la formazione; valorizzare l'apporto di tutti i professionisti nella costruzione e nel consolidamento delle strategie aziendali.

Area dell'Efficienza: migliorare le modalità di acquisizione e di utilizzo delle risorse. Rientrano in questa prospettiva anche le politiche di stoccaggio e di impiego delle risorse al fine di ottimizzare i

livelli di produttività e di utilizzo delle strutture, nell'ambito di programmi condivisi in ambito provinciale.

Prevenzione della Corruzione in applicazione di quanto previsto dalla delibera CIVIT n.6/2013 e dalle successive raccomandazioni della stessa Commissione, poi Autorità Nazionale Anticorruzione, sono previsti obiettivi sia per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione che per i Direttori di UU.OO.CC. e per i Responsabili di UU.OO.SS.DD. Tali ultimi obiettivi sono corredati di indicatori e target riconducibili al Piano di Prevenzione della Corruzione. Essi incidono, in termini di peso, sulla misurazione e valutazione della performance in modo da mantenere invariato il valore di 75/100, per gli obiettivi individuali, e 25/100, per i comportamenti organizzativi, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale – deliberazione n.262/2019.

5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Con riferimento agli obiettivi della programmazione regionale, l'Azienda ha posto in essere un processo di programmazione proiettato ad un orizzonte temporale triennale, individuando gli obiettivi operativi per il personale dirigente.

Gli obiettivi operativi sono collegati a riferimenti normativi regionali, al Piano Attuativo Aziendale ed all'attuazione dei decreti commissariali, ma sono integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

Gli obiettivi strategici, descritti nel paragrafo precedente, e gli obiettivi operativi, diretta declinazione degli obiettivi strategici, vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento, e successivamente dagli stessi "calati" alle unità operative afferenti, attraverso una fase di concertazione con i Direttori di Dipartimento definendo gli indicatori, il peso e le tempistiche di raggiungimento.

In corso d'anno vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento dei citati obiettivi e sulle eventuali criticità insorte, se necessario detti obiettivi possono essere ricalibrati.

Entro la metà dell'anno successivo a quello di riferimento l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in riferimento agli indicatori, ai valori attesi, ai pesi individuati.

5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e risultato generale

Tutto il personale dirigente, il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione della performance individuale codificata nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance – deliberazione n.262/2019 - di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

Tale sistema di valutazione individuale, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi da parte dei Dipartimenti, delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. con attribuzione diretta delle risorse, è caratterizzato dai seguenti elementi:

1. Valorizzazione dei risultati di struttura
2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali

Relativamente al punto 1) per il Direttore di Dipartimento, per il Direttore di U.O.C. e per il Responsabile di U.O.S.D con attribuzione diretta delle risorse, la valutazione è determinata dal risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati; **per il restante personale dirigente, per il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché per il personale del comparto**, il Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata può individuare gli obiettivi che richiedono il coinvolgimento dei collaboratori e, quindi, individua i **dirigenti, personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché personale del comparto** che debbono concorrere e in quale misura al raggiungimento di uno o più dei citati obiettivi strategici e/o operativi assegnati alla Struttura, con la facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti nella scheda della struttura, purché individuati in coerenza con gli obiettivi strategici e operativi stessi. Lo stesso Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente alla Struttura, provvederà a verificare il raggiungimento degli obiettivi singolarmente assegnati a **tutti i dirigenti, al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché al personale del comparto** afferenti all'articolazione diretta.

La valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere valutata con un punteggio massimo di 75 punti.

Relativamente al punto 2) sono valutati, dai Direttori della Struttura immediatamente sovra ordinata, i comportamenti organizzativi **di tutti i dirigenti, del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché di tutto il personale del comparto**, cioè i comportamenti di ciascuno osservabili nello svolgimento dell'attività professionale individuale e di gruppo, individuati in apposita scheda aziendale.

La valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali può essere valutata con punteggio massimo di 25 punti.

Le due componenti della valutazione sopra indicate concorrono a formulare il risultato finale che costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato.

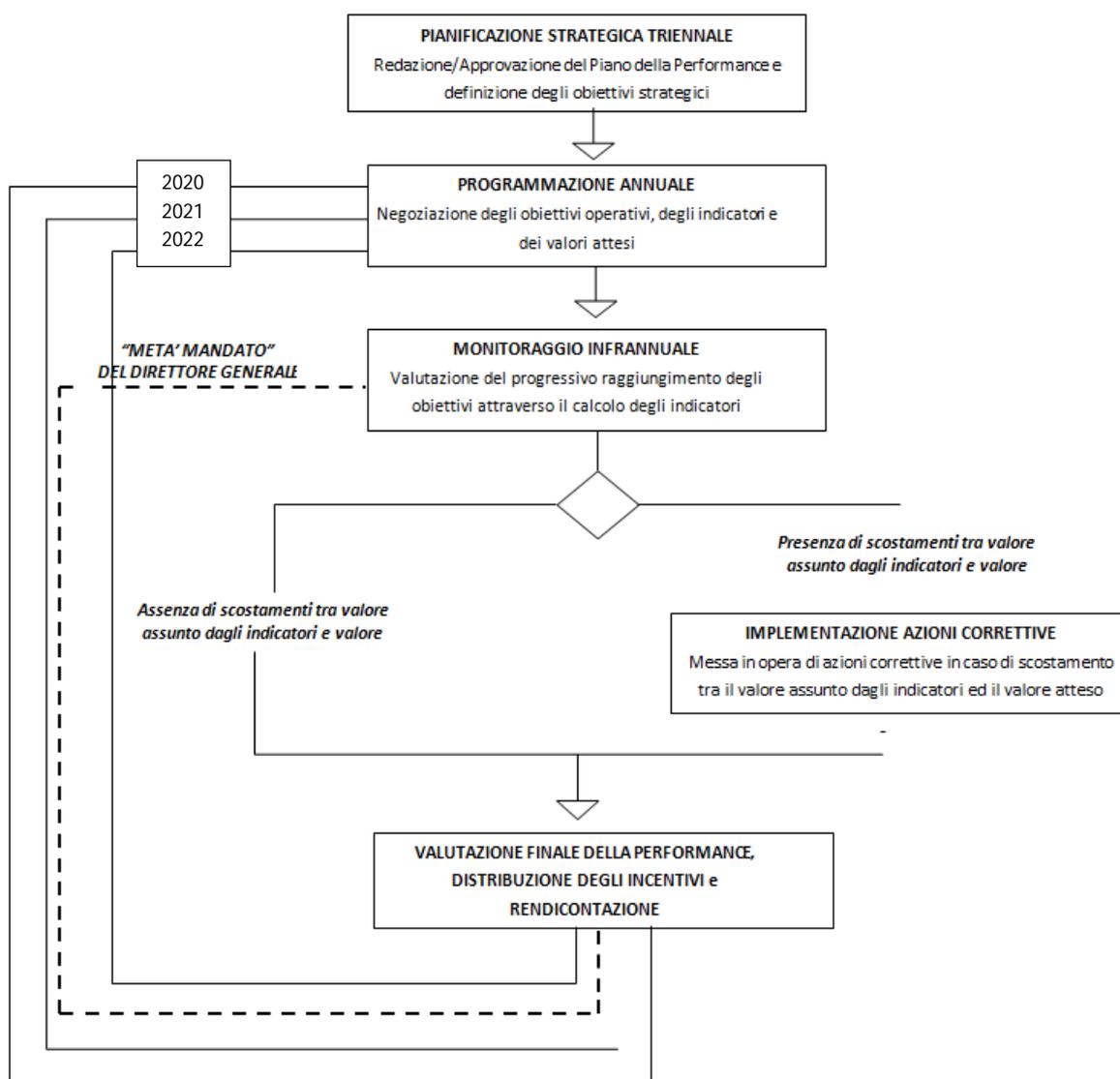
6 Il ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance consiste in un processo aziendale che, programmato su base triennale, ha durata annuale e si articola sinteticamente nelle fasi di:

- PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE (definizione degli obiettivi strategici che l'Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE (negoziazione degli obiettivi – con conseguente allocazione delle risorse - che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi);
- MONITORAGGIO INFRANNUALE DELLA PERFORMANCE (monitoraggio in itinere del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive);
- MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE (misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti);
- UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione del merito);
- RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholder del sistema in un'ottica di accountability).

Nel grafico seguente, attraverso l'utilizzo di uno specifico *flow-chart*, si descrive la successione delle varie fasi che compongono l'intero processo implementato in Azienda.

Quest'ultimo, avviato con l'approvazione del presente Piano, sebbene abbia un respiro triennale essendo riferito al periodo 2019-2021, prevede che ogni anno venga riprogrammata la negoziazione degli obiettivi (con conseguente allocazione delle risorse) nonché la misurazione e la valutazione del raggiungimento degli stessi, analizzandone i risultati a 12 mesi, 24 mesi e 36 mesi. Ai tre momenti di misurazione e verifica infrannuale, se ne aggiunge un quarto svolto a metà mandato del Direttore Generale, ovvero coincidente con la valutazione del suo operato che la Regione effettua a 18 mesi a partire dall'incarico conferito.



6.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione

Il Piano è redatto sulla base delle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite a partire dal Decreto Commissariale n. 49/2011 e dal Piano Sanitario Regionale vigente i quali, sulla scorta di alcuni principi di fondo come il miglioramento e il potenziamento della prevenzione e della promozione della salute, l'integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema e l'ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento, lo sviluppo della *clinical governance* e l'attenzione alla sicurezza delle cure, la realizzazione dei necessari investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico, la riorganizzazione del sistema informativo e lo sviluppo delle attività di monitoraggio, le politiche del farmaco, la cura delle formazioni e della qualificazione del personale, pongono il cittadino al centro del sistema, cercando di offrire risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute. L'attuazione della normativa regionale trova espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Sulla base degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale viene definito il presente Piano a conclusione di un processo articolato, **per fasi**, nel modo seguente:

1. Definizione dell'identità dell'organizzazione
2. Analisi del contesto esterno ed interno
3. Definizione degli obiettivi strategici
4. Definizione degli obiettivi e dei piani operativi
5. Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno

I soggetti coinvolti nella redazione e divulgazione del Piano, a regime, possono essere individuati come segue:

- per le fasi 1 e 3 le UU.OO.CC. Programmazione e Controllo di Gestione, Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 2 le UU.OO.CC di Staff delle Direzioni
- per la fase 4 le UU.OO.CC. Programmazione e Controllo di Gestione, Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 5 la U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il collegamento obiettivi-risorse e l'assegnazione dei budget prevedono il coinvolgimento della U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria e P.E.

I tempi di redazione del Piano sono dettati dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto vi deve essere un'integrazione logica tra il piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano delle performance agli indirizzi del bilancio di previsione deve essere e sarà realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da far confluire in un unico arco temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

In particolare, oltre al sistema di autorizzazione per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il piano delle performance, oggi alla sua prima emissione, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano verrà comunque revisionato nel corso degli anni in funzione dell'eventuale assegnazione di obiettivi regionali, di disposizioni sul nuovo assetto organizzativo e dell'incontro con gli stakeholder.

Le aree strategiche verranno sviluppate considerando ulteriormente i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali.

7 Allegati tecnici

Costituiscono allegati tecnici:

- scheda analisi SWOT
- schede di analisi quali-quantitativa delle risorse umane
- schede di rilevazione obiettivi/indicatori/risultati attesi/pesi

Analisi S.W.O.T.

ANALISI S.W.O.T.	
Punti di forza	Punti di debolezza
Professionalità di elevata competenza	Scarsa implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio
Tecnologie di elevata specialità	Fase di assestamento organizzativo in relazione con i processi di ristrutturazione
Attività uniche nel bacino di utenza	Vetustà dei locali di alcune Unità Operative
Casistica trattata	Lavori di ristrutturazione in corso
Concentrazione delle attività in un unico presidio	Carenza di personale
Opportunità	Minacce
Implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio	Diminuzione del numero di ricoveri in conseguenza dell'applicazione dei decreti sull'appropriatezza
Incremento delle prestazioni DS, PACC e ambulatoriali in luogo di ricoveri con DRG inappropriati	Necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità per inadeguatezza dell'offerta territoriale
Rapporto integrato e istituzionalizzato con le associazioni di volontariato	Anomalo incremento delle giornate di degenza per inadeguatezza dell'offerta territoriale

TABELLE ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI	
ANNO	2019
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	51
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	56
% DIPENDENTI IN POSSESSO DI LAUREA	31
% DI DIRIGENTI IN POSSESSO DI LAUREA	29
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
ANNO	2019
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	0
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	22
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	15
INDICATORI	
ANNO	2029
% DI DIRIGENTI DONNE	37
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	49
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	58.371
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	30.500
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	71
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	24

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La realizzazione degli obiettivi di performance individuati dall'azienda richiede un impegno costante di tutti gli operatori. A tal fine, sono stati predisposti sistemi di valutazione il più possibile oggettivi della **performance individuale**, in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, come noto, in precedenza la valutazione era limitata alla dirigenza e riguardava la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi generali e individuali, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché le verifiche periodiche di fine incarico.

Per il personale di comparto non era previsto nessun sistema di valutazione individuale e si faceva riferimento ai "progetti annuali" che coinvolgevano l'intera équipe o, in alcuni casi, alla verifica degli obiettivi assegnati ai titolari di coordinamento o posizione organizzativa.

L'introduzione di schede o questionari specifici per la valutazione della performance individuale della dirigenza e del comparto rappresenta uno strumento per misurare le competenze, l'impegno ed il risultato raggiunto. Il valutatore che compila le singole schede corrisponde al soggetto posto al livello gerarchico immediatamente superiore a quello del valutato, in quanto conosce direttamente il lavoro dei propri collaboratori.

Nelle pagine seguenti si propongono due schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori. Il processo ovviamente innova radicalmente i sistemi di valutazione adottati sino ad oggi, e pertanto necessita di un adeguato periodo di rodaggio, sia per quanto riguarda l'accettazione da parte dei valutati che per quanto riguarda la proposta e introduzione di correttivi dettati dalle eventuali difficoltà di applicazione.

Gli indicatori previsti possono riguardare i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente:
 - al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi;
 - al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;

- alla **flessibilità**, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
- all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:
 - la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
 - l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
 - l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
 - la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e l'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché l'**ascolto** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziiazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso attraverso:
 - le **reti relazionali** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali;
 - la **gestione delle risorse umane**, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali;
 - l'**integrazione organizzativa** per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione

DIRETTORI UU.OO.CC. e RESPONSABILI UU.OO.SS.DD

1. individuare le attività, della propria Struttura, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
2. prevedere, per le attività individuate ai sensi del punto precedente, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
4. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
5. monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
6. individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
7. verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
8. verifica della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
9. individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
10. concorrere, con il Responsabile della prevenzione della corruzione e con il Responsabile della trasparenza, ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.



Scheda di valutazione individuale - 2020
area dirigenza

Valutato (Matricola, Cognome e Nome)	
Unità operativa	
Incarico / Ruolo	
Valutatore (Matricola, Cognome e Nome)	

Legenda valutazione:

1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Dimostra interesse, conosce le linee strategiche aziendali ed offre contributi specifici alla loro definizione: si informa sistematicamente ed è attento all'evoluzione dell'azienda.	1	2	3	4	5
2. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Partecipa attivamente alla definizione dei programmi dell'U.O. e agisce coerentemente ad essi.	1	2	3	4	5
3. RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DELLE DIRETTIVE AZIENDALI È attento a declinare i propri comportamenti professionali nel rispetto delle norme condivise.	1	2	3	4	5
4. FLESSIBILITA' Dimostra disponibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e in emergenza.	1	2	3	4	5
5. CASISTICA/ATTIVITA' SEMPLICE Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività semplice.	1	2	3	4	5
6. CASISTICA/ATTIVITA' COMPLESSA Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività complessa.	1	2	3	4	5
7. FORMAZIONE PROFESSIONALE Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno dell'U.O.. Rispetta gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
8. PROBLEM SOLVING Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema (raccolta, quantificazione, verifica, ricerca delle cause), ed elabora soluzioni, con atteggiamento costruttivo, prospettando alternative.	1	2	3	4	5

9. AUTONOMIA DECISIONALE Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni d'incertezza ed emergenza assumendosi le responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
10. ESPLETAMENTO DEI CARICHI DI LAVORO CONCORDATI E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI Rispetta le programmazioni operative definite (attività, priorità, tempistiche), curando la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O.	1	2	3	4	5
11. METODOLOGIE E TECNICHE INNOVATIVE Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
12. EVOLUZIONE PROFESSIONALE E TECNOLOGICA È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando altresì capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative.	1	2	3	4	5
13. RELAZIONE CON I COLLEGHI Interagisce in modo aperto e costruttivo con i colleghi; è autorevole e contribuisce a creare un clima di relazione collaborativo all'interno dell'U.O.; dimostra disponibilità all'ascolto verso le esigenze dei colleghi.	1	2	3	4	5
14. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Mantiene con i pazienti, i familiari, le associazioni e le istituzioni esterne rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni degli utenti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze.	1	2	3	4	5
15. OSSERVANZA DEGLI ORARI Nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Istituto assicura la propria presenza in servizio e quindi il proprio tempo di lavoro, in modo flessibile, per le esigenze della struttura.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 75
-------------------------	-------------------

<p>Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:</p>	
--	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____



Scheda di valutazione individuale - 2020
area comparto

Valutato (Matricola, Cognome e Nome)	
Unità operativa	
Incarico / Ruolo	
Valutatore (Matricola, Cognome e Nome)	

Legenda valutazione:

1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITA' Indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto dei tempi, delle regole condivise e degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
5. RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, di disponibilità, di puntualità, di presenza e disponibilità nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
7. FLESSIBILITA' Indica il grado di apertura a diverse soluzioni, di disponibilità a ricercare alternative ai comportamenti e alle soluzioni abituali.	1	2	3	4	5
8. SVILUPPO PROFESSIONALE Indica il contributo attivo alla manutenzione e innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale.	1	2	3	4	5

9. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA Indica il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto/ufficio.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 50
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore Data e firma _____	Valutato (per presa visione) Data e firma _____
---	---

Note

Di seguito si riportano brevi note sui principali aspetti che verranno monitorati per verificare la capacità dell'organizzazione di raggiungere gli obiettivi programmati.

- L'**appropriatezza clinica** corrisponde all'erogazione di cure ed interventi di comprovata efficacia in termini di benefici per il paziente.
- L'**appropriatezza organizzativa** riguarda la scelta delle più idonee modalità di erogazione delle prestazioni, massimizzando la sicurezza ed il benessere dell'utente e, nel contempo, ottimizzando il consumo di risorse (efficienza produttiva).
- L'**efficacia esterna** riguarda il rapporto tra l'azienda e l'ambiente esterno di riferimento. Questo elemento della *performance* misura la capacità delle strutture dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività.
- L'**efficacia interna** viene espressa dalla capacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi di gestione e le finalità definiti in sede di programmazione.
- L'**efficienza** - rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati nell'attività ed i risultati. Essa si colloca lungo tutta l'attività di trasformazione degli *input* (risorse umane, strutturali, tecnologiche, finanziarie) in *output* (risultati), con un'enfasi particolare – ma non esclusiva – sugli aspetti economici e quindi sul fatturato delle attività svolte.
- L'**equità** rappresenta la garanzia che tutti i cittadini abbiano la stessa possibilità di accedere alle prestazioni e ai servizi.
- Gli **obiettivi strategici** sono l'espressione dei fini aziendali e della sua *mission*, ed hanno un orizzonte temporale di lungo termine (triennale).
- Gli **obiettivi operativi** traducono gli obiettivi strategici in programmi attuativi o gestionali, ed hanno un orizzonte temporale generalmente non superiore all'anno.
- La **qualità dell'organizzazione** consiste nella capacità dell'azienda di organizzare e gestire i processi produttivi e le attività di erogazione dei servizi nel modo migliore secondo standard e livelli di eccellenza riconosciuti, garantendo condizioni di piena sicurezza per gli utenti ed il personale.
- La **qualità dell'assistenza** si misura anche attraverso la rilevazione del gradimento dei servizi offerti (qualità percepita). Ovviamente tale aspetto è influenzato dalle caratteristiche socio-economiche, dalle conoscenze, dalla disponibilità di scelte alternative, dagli aspetti relazionali utente-operatore sanitario, ecc. Inoltre è molto importante l'offerta di un adeguato comfort alberghiero, l'umanizzazione e personalizzazione delle cure, la presenza di bassi livelli di conflittualità interna ed esterna, accettabili tempi di attesa e così via.

SCHEDE DI RILEVAZIONE PER STRUTTURA

OBIETTIVI / INDICATORI

RISULTATI ATTESI / PESI

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Affari Generali - Direttore: Dott. Eduardo Chianese

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Art.79 L. 133/2008: Attività di competenza linea progettuale PAC	Gestione e verifica dell'adozione dei Regolamenti con particolare riferimento alle leggi normative in materia sanitaria	relazione stato di avanzamento al 31/07/ e 31/12	10%
	Miglioramento della Gestione delle Convenzioni attive e passive	Rivisitazione delle procedure operative e regolamentari	Numero convenzioni attive e passive gestite e report semestrale aggiornato	10%
EFFICIENZA	Realizzazione Piano Anticorruzione e Trasparenza	Proposta Regolamentazioni gestione e monitoraggio delle attività previste dal piano	Raggiungimento delle attività previste per il 2020	15%
	Rispetto tempi di Convenzionamento			10%
	Rispetto delle Procedure del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione.	Verifica e controllo sulla corretta attuazione del PTPCT 2020/2022. Realizzazione di incontri, singoli e collettivi, almeno bimestrali con i referenti delle varie UOCo, in alternativa, monitoraggio scritto sempre con cadenza bimestrale. Anno 2020 - 100%	report incontri/relazioni di monitoraggio	10%
	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022.Target 2020/2022 - 100%	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Ottimizzazione organigramma funzionale e operativo dell'Unità Operativa	Assegnazione carichi di lavoro a tutte le risorse dell'Unità Operativa.	Proposta trasmessa alla Direzione Amministrativa entro il 31/05/2020	10%

Il Direttore U.O.C. Appropriatelyzza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Affari Legali - Direttore: Avv. Chiara Di Biase

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	Gestione dei rapporti con i legali esterni riducendone la spesa	Riduzione della spesa sostenuta nell'anno 2019 e del numero di incarichi affidati all'esterno	riduzione del 10%	15%
EFFICIENZA	Regolamento organizzazione e funzionamento avvocatura interna	Predisposizione e proposta regolamento in linea con normativa e disposizioni regionale	Proposta Atto Deliberativo	15%
	Gestione del contenzioso con continuo aggiornamento della procedura LEGALAPP e dell'archivio/	Elaborazione dei protocolli procedurali	100% / 100% = 100% da 70% a 99% = 50% < 70% / 100% = 0	15%
	Incremento della costituzione in giudizio per i ricorsi in cui si ravvisa l'opportunità di non soccombenza per l'Azienda.	Catalogazione informatica e cartacea delle pratiche; numero degli atti notificati/numero delle costituzioni	100%	10%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%		Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e relazioni di competenza	Relazioni e attività ausilio legale alle altre UU.OO.	10%

Il Direttore U.O.C. Appropriatazza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Controllo di Gestione
Direttore ad interim Dott. Tommaso Sgueglia

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio erogazione dei LEA previsti nell'allegato A della Delibera G.R. Campania n° 297 del 23/05/2017 unitamente alla U.O. AMAS	Indicatori relativi ai LEA così come previsti nell'allegato A sui dati forniti trimestralmente dalla U.O. AMAS	Scheda trimestrale riepilogativa	25%
	Art. 79 L. 133/2008: Linea Progettuale 2 Progettazione, sviluppo e avviamento modello monitoraggio SSR con aggiornamento CdC	Collaborazione con RTI in tutte le fasi del progetto	Aggiornamneto CdC	25%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%		Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	25%

Il Direttore U.O.C Appropriatazza ed
 Epidemiologia Clinica e Valutativa,
 Fomazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Gestione Economico - Finanziaria
Referente: dott. Eduardo Scarfiglieri

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Prosecuzione Circolarizzazione crediti debiti_ Adempimenti DCA 23/2018	Report dettagliato relativo al fatturato ante 2020 liquidato e pagato. Risoluzione situazioni irrisorie	Report analitico aggiornato trimestralmente della riduzione situazione debitoria.	5%
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.	Pagamento fatture entro 60 giorni e sistemazione partite con chiusura manuale su PCC	60 gg. 100% +5 gg. 90% +20 gg. 80%	50%
	Art.79 L.133/2008. Linea Progettuale 3 Passaggio a SIA	Attività di bonifica dati, migrazione, avvio e gestione a regime nuovo sistema contabile	Reportistica e relazione al 30/06 e al 31/12	5%
	PAC: Azioni di specifica competenza e coordinamento degli adempimenti inerenti tutte le strutture aziendali con monitoraggio trimestrale- Stato di avanzamento contabilità analitica	Relazione sul monitoraggio degli adempimenti previsti dal PAC	N° 2 relazioni al 30/09 e al 31/12	5%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%.		Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%

Il Direttore U.O.C. Appropriatelyzza ed
Epidemiologia Clinica e Valutativa,
Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Gestione Risorse Umane - Direttore: dott.ssa Luigia Infante

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Reclutamento personale anno 2020: attuazione modalità operative delle autorizzazioni Regionali	Procedure di reclutamento (mobilità, avvisi a tempo determinato, concorsi) e attività di monitoraggio dei reclutati.	Report annuale e periodici come richiesto dalla Regione	10%
	Attuazione Piano Ospedaliero	Conferimento incarichi Dirigenziali, procedure incarichi comparto	Relazione al 30/06 e al 31/12	10%
EFFICIENZA	Procedure concorsuali (RRW) Completamento 80%:	Report	80% a 100% 70% a 80%	5%
	Attuazione nuovo CCNL, area Comparto	Partecipazione a contrattazione Integrativa	Proposte e Verbali, riunioni sindacali	10%
	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e relazioni di competenza	Aggiornamento al 31/10 con relazione finale al 31/12	10%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica del Regolamento Aziendale per il reclutamento del personale dirigente e non dirigente per selezione pubblica (misura n° 1 del PTPCT2020/2022). Anno 2020 - 100%	Proposta Regolamento	5%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica in raccordo con i Direttori di Dipartimento, di un Piano di rotazione del personale, ordinaria e straordinaria (misura n° 11 del PTPCT2020/2022). Anno 2020 - 100%	Proposta Piano	15%
	Trasparenza (D.Lgs. 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020/2022 - 100%.	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%

Il Direttore U.O.C. Appropriately ed
Epidemiologia Clinica e Valutativa,
Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Ingegneria Ospedaliera
Direttore: Arch. Virgilio Patitucci

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Programmazione delle attività e dei contratti di manutenzione ordinaria e straordinaria impianti ed edifici	Procedure e gestione contratti di manutenzione in essere e da avviare con scadenza interventi posti e/o da porre in essere	Relazione al 30.09 ed al 31.12	15%
EFFICIENZA	Art.20 legge 67/88 e completamento delle procedure proposte per lo stesso.	Predisposizione schede, ed ogni ulteriore adempimento relativo ai progetti terza fase	Proposta deliberazioni, relazioni, report e gestione rapporti con uffici regionali	15%
	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e Relazioni di competenza	Aggiornamneto al 31/10 con relazione finale al 31/12	15%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%		Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.			20%

Il Direttore U.O.C. Appropriately ed
Epidemiologia Clinica e Valutativa,
Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Provveditorato - Economato - Direttore: Dott.ssa Antonietta Costantini

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gare: ricognizione periodiche e costanti dei contratti in essere con indicazione delle scadenze ed azioni da intraprendere a seconda della priorità di intervento. Accelerazione iter procedurale gare da espletare	Riduzione numero di gare/contratti in proroga	Numero gare concluse con aggiudicazione e/o adesioni SORESA	10%
	Chiusura di almeno 3 procedure su piattaforma telematica SIAPS avviate nel 2020	Adempimenti collegati	Aggiornamenti ogni e ogni e mesi dal 30/04	5%
	Progetto art.79 L. 133/2008 linea 3. Avvio SIAC	Gestione attività di approvvigionamento con nuova procedura	Avanzamento attività al 30/04, al 30/06, al 30/09 e gestione a regime entro il 31/12	5%
	Rispetto delle Procedure del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione.	Verifica e controllo sulla corretta attuazione del PTPCT 2020/2022. Monitoraggio scritto sempre con cadenza bimestrale	report di monitoraggio	10%
	Prevenzione della Corruzione	Proposta alla Direzione Strategica dell'integrazione del Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni e servizi (misure 4 e 7 del PTPCT 2020/2022). Anno 2020- 100%.	Relazione	5%
	Trasparenza	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.			30%

Il Direttore U.O.C. Appropriatelyzza ed Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Sistemi Informativi Aziendale - Direttore: Dott. Giovanni Sferragatta

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Progetto Art.79 L. 133/2008 linea 3: Avvio SIAC	Coordinamento attività informatica e supporto operativo	Relazione, implementazione raggiunta al 31/12	10%
	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Supporto attività informatiche al completamento del Piano	Riscontri periodici	5%
	Sistema informatico e di telecomunicazioni (connessione dati - reti): partecipazione attiva alla realizzazione delle gare e/o acquisizioni di specifica competenza	gare e ulteriori attività collegate con particolare riferimento a gare di informatizzazione, ampliamento rete, completamento videosorveglianza, gestione CUP	Relazione aggiornata al 30/09 e finale al 31/12	10%
	Prevenzione della Corruzione	Integrazione del software informativo aziendale inserendo un alert sui contratti in scadenza per evitare un uso distorto della proroga (misura 3 del PTPCT 2020/2022). Target anno 2020 - 100%	Report	10%
	Trasparenza (D L.GS 33/2003)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet Aziendale.	10%
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.			20%
	Collaborazione alla realizzazione del Piano Anticorruzione e Trasparenza	Pareri e relazioni di competenza	Aggiornamento al 31/10 e relazione finale al 31/12 sulle attività poste in essere	10%

Il Direttore U.O.C. Appropriately ed
Epidemiologia Clinica e Valutativa,
Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Tecnologia Ospedaliera
Direttore: Dott. Vittorio Emanuele Romallo

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
	<p>Acquisizione attrezzature sanitarie urgenti: N° 4 ECOGRAFI; N° 1 COLONNA VIDEO ISTEROSCOPICA; N° 2 CAPP A FLUSSO LAMINARE; N° 1 SISTEMA PORTATILE PER L'ASSISTENZA CARDIOPOLMONARE (ECMO); SISTEMI MONITORIZZATI PER ATTIVITA' CHIRURGICA ORTOPEDICA; N°1 COLONNA VIDEO LAPAROSCOPICA; N° 3 VENTILATORI POLMONARI; N° 2 CPAP; N° 2 SISTEMI BISTURI ALTA FREQUENZA; N° 6 SISTEMI PER ANESTESIA; N° 2 INCUBATRICI NEONATALI DA TRSPORTO; N° 1 INIETTORE; N°1 ABBATTITTORE; N° 7 INCUBATRICI NEONATALI IBRIDE; N° 1 VIDEODERMATOSCOPIO DIGITALE</p>	Indagini di mercato, gestione procedure di acquisto	Raggiungimento dell'obiettivo entro il 31/12	15%
EFFICIENZA	<p>Espletamento al 100% acquisti di competenza e capitolati: GLOBAL SERVICE "MANUTENZIONE APPARECCHIATURE EM"; MANUTENZIONE E CONDUZIONE CAMERA IPERBARICA (IMPIANTO A PRESSIONE); FORNITURA DI N° 2 CENTRALE DI MONITORAGGIO PER U.O. DI CARDIOCHIRURGIA; N° 2 SISTEMI DI VIDEO ENDOSCOPIA E N° 1 SISTEMA ECOGRAFICO PER ECOENDOSCOPIA PER LE ESIGENZE DELLA UOC GASTROENTEROLOGIA; PREDISPOSIZIONE CONTRATTO DI MANUTENZIONE RMN; RADIOLOGIA DIGITALE: N° 1 SISTEMA TELECOMANDO DIGITALE; N° 3 COLONNE PENSLI DIGITALE; N° 1 SISTEMA PORTATILE RX DIGITALE DA CORSA.</p>		100%	15%
	Riduzione dell'80% in regime di proroghe:		da 80% a 100% - da 70% a 80% - da 60% a 70%	15%
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa.			20%
	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022. Target 2020 - 100%		Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10%

Il Direttore U.O.C. Appropriata ed
Epidemiologia Clinica e Valutativa,
Formazione, Qualità e Performance

Il Commissario Straordinario

Il Direttore U.O.C.

data di assegnazione

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. CARDIOCHIRURGIA
Direttore : Francesco Paolo TRITTO

AREA OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET ZILO	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIABILITA'	GOVERNO USITE PRATICA	DECRETO 34/2018	Indice di performance tempo di attesa ricoveri chirurgici	Ripetibilità e tempo di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha erogazione di prestazioni non tracciate.	2020		2	Riduzione	Direzione Sanitaria - Referente Linea d'Attesa	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	Proporre all'UOC proposte un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	3	Moduli firma dei partecipanti al corso didattico di formazione, Quadri e Performance	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DIRITTI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate. (vi include quelle erogate a cittadini stranieri)	Offrire, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	3	Controlli a campione UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE				Trasparenza (D. Lgs. 33/2013)	Avalotamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'articolo 3 al PRCT 2020/2022	2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPECT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPECT	
								13			

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO CARDIO -VASCOLARE**

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari (in età adulta) (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%)	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif: 3,7%)	Degenza Media precedente	Peso Medio ≥ all'anno precedente e	Ricoveri 0/1 Eg. Dig medici ≤ Anno precedente ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione e Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CARDIOCHIRURGIA	2			5	5	2	6	6	10	10	3	10	3	62
CARDIOLOGIA CLIN. A DIR. UNIVERS. CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CHIRURGIA VASCOLARE	2	3	4	5	3	3	6	6	5	10	2	10	3	62
UTIC	2			9			7	8	10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA
CON UTIC
Diettore: Dott. Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	RISORSO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RSR LE VERIFICA	
EFFICENZA	Governare delle Liste d'Attesa	DECRETO 3/4/2018	Indice di performance tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al livello di priorità. I casi sono identificati per classe di priorità e sono associati ai dati per cui si ha il raggiungimento di prestazioni nei trattamenti.	2020	100	1	REPORT	Direzione Sanitaria - Edificio Liste d'Attesa	
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima del dimissioni), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	2	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC proposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance	
EFFICENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima del dimissioni), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	2	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Avvicinamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali del allegato 3 al PRPT 2020/2022	Anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del IPCT sulla sezione Amministrazione, Trasparenza del sito internet aziendale	IPCT	
								13			

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO CARDIO -VASCOLARE**

CARDIOCHIRURGIA	Riduzione del 10%dei ricoveri ordinari in età adulta(≥ 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BRCC,per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medici (≤25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per medici e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media precedente	Peso Medio ≥ all'anno precedente e	Ricoveri 0/1 gg. medici ≤ Anno precedente ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazion e Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CARDIOLOGIA CLIN. A DIR. UNIVERS. CON UTIC	2			5	5	2	6	6	10	10	3	10	3	62
CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CHIRURGIA VASCOLARE	2	3	4	5	3	3	6	6	5	10	2	10	3	62
UTIC	2			9			7	8	10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. CARIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC
Direttore: Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OGGETTO STRATEGICO AZIENDALE	RIFINIMENTO	OGGETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFINIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
EFFICIENZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA	Piano Operativo Regionale (POR) paragrafo 10.1.1A RETE CARDIOLOGICA	PDI/A per percorso IMA-STEMI	Identificazione dei processi, costituzione del gruppo di lavoro ed elaborazione del PDI/A con relativi indicatori	Sottomissione di PDI/A	2020	Elaborazione PDI/A	2	Documenti	U.O.C. Risk Management
	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA	Piano Operativo Regionale (POR) paragrafo 10.1.1A RETE CARDIOLOGICA, PCA 64_2019; PNE	Monitoraggio esiti PDI/A IMA-STEMI	Predisposizione di un sistema di monitoraggio degli indicatori di cui al SUB ALLEGATO 3 - RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA - INDICATORI AGENS	Presentazione del sistema di monitoraggio indicatori	2020	Elaborazione sistema di monitoraggio	2	Rilazione	U.O.C. Risk Management
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, vi indicare quelle erogate a cittadini stranieri	Offerte, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso prima della dimissione), copia del documento di rinvio e della sciatra sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di Identità e della riserva sanitaria	2020	100	2	Controlli a campione UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC proposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli Firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PPTC (2020/2022)	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del PCT sulla sezione "Amministrazione Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
								13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
 UU.OO. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO CARDIO -VASCOLARE**

	Riduzione del 10%dei ricoveri ordinari in età adulta(> 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BPCO,per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico(≤25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i ricoveri dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif: 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ all'anno precedente e	Ricoveri 0/1 Bg. medici ≤ Anno precedente ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 Bg dalla dimissione)	Archiviazion e Cartella Clinica Max 30 Bg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CARDIOCHIRURGIA	2			5	5	2	6	6	10	10	3	10	3	62
CARDIOLOGIA CLIN. A DIR. UNIVERS. CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CARDIOLOGIA d'EMERGENZA CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CHIRURGIA VASCOLARE	2	3	4	5	3	3	6	6	5	10	2	10	3	62
UTIC	2			9			7	8	10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi/ anno 2020
U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE
 Direttore : Prof.Dott. Eugenio Martelli

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI REFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO N°	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA	DECRETO 34/2018	Indice di performance tempi di attesa ricoveri (diaragel)	Regolarità e tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono sezionati tutti i casi in cui si ha erogazione di prestazioni non richieste.	2020		2	QUANTITÀ	U.O.C. ONG, I.P.M.NI, SAN - Referente liste d'attesa
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICA SMUS	FORMAZIONE	Progetti e realizzazioni di 1 Piano formativo Aziendale	Progettare all'UOC il progetto un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	3	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INCORRATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate. Vi include quelle erogate a cittadini stranieri	Chiedere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	3	Controlli a campione UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs. 33/2013)	Analizzamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali del singolo 3 al art. 17 CC 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPT sulla "trasparenza" amministrativa del sito internet aziendale	RPT
	PUNTEGGIO TOTALE							13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO CARDIO -VASCOLARE**

CARDIOCHIRURGIA	Riduzione dei 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (< 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medical (< 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all'8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (< 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i ricoveri dimessi da reparti chirurgici (< 25%)	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (< 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif: 3,7%)	Degenza Media precedente	Peso Medio ≥ all'anno precedente e	Ricoveri 0/1 gg. medici ≤ Anno precedente ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione e Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CARDIOCHIRURGIA	2			5	5	2	6	6	10	10	3	10	3	62
CARDIOLOGIA CLIN. A DIR. UNIVERS. CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	2			8			7	8	10	10	4	10	3	62
CHIRURGIA VASCOLARE	2	3	4	5	3	3	6	6	5	10	2	10	3	62
UTIC	2			9			7	8	10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. UTIC

Direttore: Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OGGETTO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OGGETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
EFFICIENZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA	Piano Operativo Regionale (POR) paragrafo 10.1.1. LA RETE CARDIOLOGICA	PDTA per percorso IMA-STEMI	Identificazione dei processi, costituzione dei Gruppi di lavoro ed elaborazione del PDTA con relativi indicatori	sottoscrizione di PDTA	2020	Elaborazione PDTA	2	Documenti	U.O.C. Risk Management	
	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA	Piano Operativo Regionale (POR) paragrafo 10.1.1. LA RETE CARDIOLOGICA; OCA 64_2019; PNE	Monitoraggio esiti PDTA; IMA-STEMI	Predisposizione di un sistema di monitoraggio degli indicatori di cui al SUB ALLEGATO 3 – RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA – INDICATORI AGENAS	Presentazione del sistema di monitoraggio indicatori	2020	Elaborazione sistema di monitoraggio	2	Relazione	U.O.C. Risk Management	
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottimizzare all'atto del ricovero e durante il ricovero (in ogni caso prima della dimissione) copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	80%	2	Controlli a campioni UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata; Epidemiologia clinica e valutativa; Qualità e Performance	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli Firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata; Epidemiologia clinica e valutativa; Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE				Trasparenza (D. Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali all'art.3 al PRCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito Interneti aziendale	RPCT	
									13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO CARDIO- VASCOLARE**

CARDIOCHIRURGIA	Riduzione del 10%dei ricoveri ordinari in età adulta(≥ 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BPCO per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico(≤25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ all'anno precedente e	Ricoveri 0/1 gg. medici ≤ Anno precedente ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazion e Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CARDIOLOGIA CLIN. A DIR. UNIVERS. CON UTIC				5	5	2	6	6	10	10	3	10	3	62
CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC				8			7	8	10	10	4	10	3	62
CHIRURGIA VASCOLARE		3	4	5	3	3	6	6	5	10	2	10	3	62
UTIC				9			7	8	10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA

Responsabile: Dott. Miguel Viscusi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO%	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE IMA	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA	PDTA per percorso morte improvvisa	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro RETE CARDIOLOGICA e all'elaborazione del PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Sottomissione di almeno 1 PDTA	20	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITÀ AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la casistica storia della UOSD e selezionare la patologia più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	20	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	Proporre all'UDC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiototerapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
									75	

IL RESPONSABILE U.O.S.O.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi/ anno 2020
 U.O.S.D. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE EMERGENZE CORONARICHE
 Responsabile Dott. Rocco Perrotta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE IMA	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA	PDTA per percorso IMA-STEMI	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro RETE CARDIOLOGICA e all'elaborazione del PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Almeno un PDTA	20	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	20	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA	ATTIVITA' AZIENDALE	Adozione protocolli e procedure di cardiologia interventistica	Analizzare la casistica storia della USOD e selezionare la procedura più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	20	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA AZIENDALE	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA	potenziamento dell'attività di diagnostica interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle procedure diagnostiche	Tempo di attesa tra visita ed effettuazione procedura	2020	Riduzione del 10% vs 2019	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE									75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. FOLLOW UP DEL PAZIENTE POST ACUTO

Responsabile: Dott. Carmine Riccio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	MANTENIMENTO NELL'EROGAZIONE DEI LEA	GRIGLIA LEA	Riduzione riammissioni in ospedale per MDC cardiologico a 30 gg dalla dimissione	Definire protocolli per consulenze cardiologiche con particolare riferimento al paziente cardiologico post-acute, in condivisione con le UUO di dimissione	Protocollo	2020	Sottomissione del protocollo	20	Documento	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	MANTENIMENTO NELL'EROGAZIONE DEI LEA	GRIGLIA LEA	Riduzione riammissioni in ospedale per MDC cardiologico a 30 gg dalla dimissione	Effettuazione di audit su dimissioni in sicurezza per ridurre le riammissioni	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	20	Relazione	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITA' AZIENDALE	Uniformare il modello e il modulo di lettera di dimissione	Proporre procedura e modulo per lettera di dimissione e condividerla con le UUO di ricovero	Elaborazione procedura e lettera	2020	Sottomissione della procedura e distribuzione format di lettera	10	Documento	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITA' AZIENDALE	Tempestività registro farmaci Piano terapeutico	Tempestività dei report	Cadenza report	2020	Semestrale	10	Report	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	MANTENIMENTO NELL'EROGAZIONE DEI LEA	GRIGLIA LEA	Aumento livelli di sicurezza per paziente post-acute	Riduzioni tempi di effettuazione visite cardiologiche	tempi di attesa	2020	<2019	15	Report	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE									75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D TERAPIA INTENSIVA DEL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE
Responsabile: Dott.ssa Piccirillo Maria Rosario

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO%	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	SICUREZZA DELLE CURE	WHO ALLEANZA MONDIALE SICUREZZA PAZIENTI	Partecipazione al sistema di Infection Control secondo le linee guida WHO adottate dal CIO aziendale	Va garantita l'adesione del personale al processo di implementazione operativa del lavaggio delle mani. Secondo il programma di Infection Control aziendale, un Team appositamente addestrato (Team Infection Control) condurrà delle "osservazioni" strutturate sui comportamenti del personale baseline e dopo formazione	Percentuale di Adesione (%) = Azioni / Opportunità	2020	Miglioramento di almeno il 15% dell'indicatore tra l'osservazione base-line e l'osservazione post-formazione	25	Relazione su schede di osservazione allegata al Manuale Operativo WHO	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari con il supporto dell'UOC malattie infettive e CIO
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	25	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposte e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiototerapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	25	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI
 Direttore : Dott. Alberto DiAgostino

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	REALIZZAZIONE MODELLO HUB&SPOKE (RETE TRAUMA)	Piano Ospedaliero Regionale (OR) paragrafo no.3 LETTERE FERIL TRAUMA	Organizzazione dei requisiti propri del CTS (Centro Traumi di Alta Specializzazione) previsti dal POR	Predisposizione del piano dei requisiti di cui al POR con indicazione di quelli da ottimizzare e formulazione cronoprogramma	Presentazione del cronoprogramma dei requisiti	2020	Elaborazione cronoprogramma	2	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SECUREZZA DELLE CURE	ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali n. 2 e 3 e Check List di sala operatoria	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria	Numero di cartelle cliniche di intervento chirurgico in cui sia presente e debitamente compilata dall'assistente la Check List di Sala Operatoria/tonale (ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	2020	≥ 70%	2	Cartelle cliniche da CSA, 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiototerapia in area critica)	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Persuadere la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	3	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TOTALE PUNTEGGIO				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	4	Verifica da parte del RRCCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RRCCT
13										

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE**

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (> 18 anni) per complicanza/breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (≥ 60%)	Percentuale dei ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%)	Giorni di degenza media precedenti o interventi chirurgici (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ ANNO precedente	Pazienti trattati e trasferiti ≥ anno precedente	Ricoveri 0/1 gg. medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CHIRURGIA DEI GROSSI TRAIUMI	5			5		2		6	6	10	10	2	3	10	3	62
MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	1			1				1	1	2	2	4		2	1	15
NEUROCHIRURGIA	4	3	4	5		3	3	5	5	5	10		2	10	3	62
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	2	2	5	9	3	3	3	3	5	10		2	10	3	62
ANESTESIA E RIANIMAZIONE														7	3	10

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. NEUROCHIRURGIA

Direttore: Dott. Pasquino De Marinis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO ADESIONALE	RIFINIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PERCENTUALE OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RSO. LE VERIFICA	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	Proporre all'UOC proposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	4	Moduli firmati dai partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata: Epidemiologia Formazione, Qualità e Performance	
EFFICACIA	RENDIMENTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI NEGATIVI AMBITO ASSISTENZIALE	Preparare la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate,ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del recupero o durante il ricovero (in ogni caso prima della dimissione) il pagamento di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri e di quelle erogate a cittadini stranieri al fine di evitare le edonzie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	4	Controlli a campione UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata: Epidemiologia Qualità e Performance	
				Trasparenza (L. 48/197013)	Accoglimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRCCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte dell'IPCCT sulla trasparenza del sito internet aziendale	IPCCT	
PUNTEGGIO TOTALE								13			

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (all'8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (≥ 60%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (≤ 25%)	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per medici e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ ANNO precedente	Pazienti trattati e trasferiti ≥ anno precedente e	Ricoveri 0/1 gg. Drg medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTE GGIO	
CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI	5			5		2		6	6	10	10	2	3	10		3	62
MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	1			1				1	1	2	2	4		2		1	15
NEUROCHIRURGIA	4	3	4	5		3	3	5	5	5	10			10		3	62
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	2	2	5	9	3	3	3	3	5	10		2	10	3	62	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE																3	10

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Gaetano Bruno

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità di copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	80%	4	Controlli a campioni UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali alligato 3 al PPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
	PUNTEGGIO TOTALE							13		

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.S.D. COORDINAMENTO TRAUMA CENTER
Responsabile: Dott.D. SCIANO

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESPLE VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE TRAUMA	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.3 LA RETE PER IL TRAUMA	PDTA per Traumi	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro per Traumi e all' elaborazione del PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Sottomissione di almeno 1 PDTA	20	Relazione	U.O.C. Adeguatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Rete Trauma, PDTA)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	20	Relazione	U.O.C. Adeguatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibioticoceptrabile in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Adeguatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
AREA EFFICIENZA	ATTIVITA' SPECIFICA	TRAUMI	REPORT	Registrazione interventi	Trasmissione foglio excell	2020		20	Relazione del Direttore di Dipartimento	Dipartimento DEA	
PUNTEGGIO TOTALE								75			

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. SALE OPERATORIE
Responsabile: Dott. ssa Concetta Gallo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno verificare su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, efficienza sala ecc)	Verbal di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	10	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiotico terapia in area critica)	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - NUOVO FLUSSO SDO	Utilizzo SoWeb (gestionale di Sala Operatoria)	Utilizzare sistematicamente SoWeb per tutti gli interventi chirurgici, favorendo il caricamento dati da parte del personale medico e infermieristico	N. interventi chirurgici (non urgenti) completati su SoWeb (proposta - ok anestesiological - verbale operatorio)/N. interventi chirurgici effettuati (non urgenti)	2020	30%	10	QUANI/SoWEB	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
AREA EFFICIENZA	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - NUOVO FLUSSO SDO	Ottimizzazione utilizzo Sale Operatore	Ridurre le inefficienze da mancato utilizzo della sala operatoria derivanti da "tempi morti"	N. ore di utilizzo/ore disponibili*100; N. pazienti inseriti in lista (proposta interventi)/ n. pazienti operati*100	2020	85%	10	QUANI/SoWEB	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - NUOVO FLUSSO SDO	Trasmisione dati attività (Sale operatore d'urgenza)	Inviare tempestivamente e sistematicamente il Flusso Informativo Sale Operatore all'UOC U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa.	Invio F.I.S.O. - Utilizzo SoWEB	2020	95% entro il 10° giorno del mese successivo	15	F.I.S.O./SoWEB	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TOTALE PUNTEGGIO									75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. PEDIATRIA

Direttore : Dott. Prof. Felice Nunziata

AREA OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI REFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	DECRETO 34/2018	Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui sia l'erogazione di prestazioni non traccianti.	Num. casi con rispetto tempo di attesa in funzione dell'urgenza (per classe di priorità) / Num. casi totali (per classe di priorità) *100	2020	≥ 80%	2	Relazione	Direzione Sanitaria - Referente liste d'attesa
FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	2020	80%	2	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICIENZA	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE										
								13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**

NEONATOLOGIA II LIV	Riduzione del 30% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma, per gastroenterite	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all'8 Patto per la salute 2010-2012), e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale parti cesarei primari (≤ 24%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i ricoveri dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Giorni di degenza media precedente l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per DRG acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rit: 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ anno precedente	Ricoveri 0/1 gg. medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD, (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
OSTETRICA E GINEC. A DIR. UNIV.		6	6	5			2	2	7	10	10	5	10	3	62
PEDIATRIA		2	2	3	9	2	2	2	2	10	10	5	10	3	62
T.I.N.	7	5	5	5					5	10	10	2	10	3	10

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. TIN e TNE - NEONATOLOGIA II° LIVELLO
 Direttore : Dott. Italo Bernardo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE Neonatologica e i Punti Nascita	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 11.2.3 LA RETE di Neonatologia e delle Terapie Intensive Neonatali	PDTA per percorso Neonatologia e delle Terapie Intensive Neonatali	Analisi della casistica storica e selezione della/e patologia/e più significativa/e per frequenza e/o rischio/sicurezza e/o variabilità	Sottomissione di PDTA	2020	Almeno un PDTA	10	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE Neonatologica e i Punti Nascita	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 11.2.3 LA RETE di Neonatologia e delle Terapie Intensive Neonatali e DCA 62_2018	Sicurezza, qualità e tempestività nella rete STEN	Elaborazione di protocolli per trasporto inter-secondario e per back transport ai sensi del DCA 68_2018	Sottomissione del Protocollo	2020	Protocollo	10	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Gestione del Rischio Clinico	ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilati i gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANNO	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilate le check list di verifica e la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	2020	≥ 70%	10	Report excel: eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiotico/terapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	10	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito Internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE								65		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**

	Riduzione del 30% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma, per gastroenterite	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale parti cesarei primari (≤ 24%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza a Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ anno precedenti e	Ricoveri 0/1 gg. 5 Anno precedenti e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
NEONATOLOGIA II LIV		6	6	5					7	10	10	5	10	3	62
OSTETRICA E GINEC. A DIR. UNIV.		2	2	3	9	2	2	2	2	10	10	5	10	3	62
PEDIATRIA		5	5						5	10	10	2	10	3	62
T.I.N.															10

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. EMATOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO
 Direttore : Dott. Ferdinando Frigeri

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	"Mantenimento nell'erogazione del LEA"	GRIGLIA LEA	Garantire il rispetto del tempo previsto per i cicli di chemioterapia effettuati in regime di ricovero ordinario con tolleranza al massimo di 4 gg (se il paziente è in condizione di poter ricominciare la chemioterapia)	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente/Num. ricoveri DH con motivo ricovero diagnostico anno precedente)* 100	ANNO 2020	5-4 GIORNI	2	QUANI	UOC APPROPRIATEZZA
			Indice di performance tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	ANNO 2020	155%	2	Report	Direzione Sanitaria Referente Ute d'Attesa
FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	ANNO 2020	Moduli firma dei partecipanti al corso	2	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazioni, Qualità e Performance
EFFICENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuati all' allegato 3 al PRPCT 2020/2022	ANNO 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPECT sulla sezione Amministrazione, Trasparenza del sito internet aziendale	RPECT
PUNTEGGIO TOTALE								13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

EMATOLOGIA AD IND. ONCOLOGICO	4	4	4	5	5	4	10	10	3	10	3	62
ONCOLOGIA MEDICA	4	4	4	5	5	4	10	10	3	10	3	62
												TOTALE PUNTEGGIO

Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco

Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)

Riduzione degli accessi di tipo medical (S25%) ESCLUSI GLI ACCESSI DEL DRG 410

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all'8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (≤ 0,21%)

Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)

Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif: 3,7%)

Degenza Media \leq Anno precedente

Peso Medio \geq anno precedente e \leq al 2019

Ricoveri \leq Anno precedente e \leq al 2019

Consegna SDO Ric. ORD. Clinica Max (10 gg dalla dimissione)

Archiviazione Cartella Clinica Max (30 gg dalla dimissione)

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA
Direttore : Dott. Giovanni Pietro Iannello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Governare delle Liste d'Attesa	DECRETO 34/2018	Indice di performance tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'erogazione di prestazioni non traccianti.	ANNO 2020	85%	3	Report	Direzione Sanitaria- Riferente Liste d'Attesa
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	ANNO 2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	3	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	ANNO 2020	90%	2	Controlli a campioni UOC Appropriata	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dal allegato 5 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
TOTALE PUNTEGGIO								13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

	Riduzione del 10%dei ricoveri ordinari in eta adulta(≥ 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BPCO,per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medical (≤25%) ESCLUSI GLI ACCESSI DEL DRG 410	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media 5 Anno precedente	Peso Medio ≥ anno precedente e	Ricoveri 0/1 gg. ≤ Anno precedent e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. Clinica Max (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
EMATOLOGIA AD IND. ONCOLOGICO	4	4	4	5	5	4	10	10	3	10	3	62
ONCOLOGIA MEDICA	4	4	4	5	5	4	10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA
Direttore: Dott. Ferdinando Salzano De Luna

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA		
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	4	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'Allegato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT		
QUINTEGGIO TOTALE										13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE**

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG dimessi da medici tra i ricoveri riparati chirurgici (<25%)	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate in day surgery e ricovero ordinario (0-1 giorni) (>10%)	Proporzioni di colecistomie laparoscopiche e con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Percentuali di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ Anno precedente	Ricoveri 0/1 gg. ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SPO Ric. ORD. (10 gg. dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg. dalla dimissione	TOTALE PUNTE GGIO
CH. GENERALE ED ONCOLOGICA	1	2	2	2	2	2	2	5	5	2	2	10	10	2	10	3	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62
DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE		3	4	2	2	2	2	5	5	2		10	10	2	10	3	62
OCULISTICA		4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	58
OTORINOLARINGOIATRIA	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62
UROLOGIA	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE ED ODONTOSTOMATOLOGIA

Direttore: Dott. Franco Peluso

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	4	Controlli a campioni UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TOTALE PUNTEGGIO				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuati dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
TOTALE PUNTEGGIO								13		

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC. AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta(≥ 18 anni) per complicanze/la breve e lungo termine) per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (<25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all'8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG dimessi da reparto chirurgici (<25%)	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per medici e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di colecistectomie e laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario (0-1 giorno)(>10%)	Proporzione di colecistectomie e con laparoscopiche e con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150(10% tolleranza) interventi annui	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ Anno precedente ente	Ricoveri 0/1 gg. ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimission e)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimission e	TOTAL E PUNTE GGIO
CH. GENERALE ED ONCOLOGICA	1	2	2	2	2	2	2	5	5	2	2	10	10	2	10	3	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62
DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE		3	4	2	2	2	2	5	5	2		10	10	2	10	3	62
OCULISTICA		4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	58
OTORINOLARINGOIATRIA	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62
UROLOGIA	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE
 Direttore f.f.: Dott. Salvatore Massa

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	3	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	3	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - NUOVO FLUSSO SDO	Trasmissione dati attività (Sale operatore d urgenza)	Inviare tempestivamente e sistematicamente il Flusso Informativo Sale Operatore all'UOC U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Invio F.I.S.O. - Utilizzo SoWEB	2020	95% entro il 10° giorno del mese successivo	2	F.I.S.O./SoWEB	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE								13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CCAFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE**

CH. GENERALE ED ONCOLOGICA	1	2	2	2	2	5	5	2	2	10	10	2	10	3	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	4	3	2			3		10	10	3	10	3	62
DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE		3	4	2	2	5	5	2		10	10	2	10	3	62
OCULISTICA		4	4	3	2			3		10	10	3	10	3	58
OTORINOLARINGOIATRIA	4	4	4	3	2			3		10	10	3	10	3	62
UROLOGIA	4	4	4	3	2			3		10	10	3	10	3	62
RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE															

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore : Dott. Marco Manola

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP LE VERIFICA
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI ¹	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	4	Controlli a campioni UOC Appropriata	Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, U.O.C.
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli firma dei partecipanti al corso	Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali dell'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE								13		

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

CH. GENERALE ED ONCOLOGICA	1	2	2	2	2	2	2	5	5	2	2	10	10	2	10	3	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	4	3	3	2	2			3	3	10	10	3	10	3	62
DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE		3	4	2	2	2	2	5	5	2		10	10	2	10	3	62
OCULISTICA	4	4	4	3	3	2	2			3		10	10	3	10	3	62
OTORINOLARINGOIATRIA	4	4	4	3	3	2	2			3		10	10	3	10	3	62
UROLOGIA	4	4	4	3	3	2	2			3		10	10	3	10	3	62
TOTALE PUNTE GGIO																	

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. UROLOGIA

Direttore f.f.: Dott. Carmine Santonastasio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	80%	4	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione,	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli: firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa,	
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT	
PUNTEGGIO TOTALE									13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE**

CH. GENERALE ED ONCOLOGICA	1	2	2	2	2	5	5	2	2	2	10	10	2	10	3	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	4	3	2	2	5	3	3	10	10	10	3	10	3	62
DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	3	3	3	2	2	5	5	2	2	10	10	10	2	10	3	61
OCULISTICA	4	4	4	3	2	2	3	3	3	10	10	10	3	10	3	58
OTORINOLARINGOIATRIA	4	4	4	3	2	2	3	3	3	10	10	10	3	10	3	62
UROLOGIA	4	4	4	3	2	2	3	3	3	10	10	10	3	10	3	62
TOTALE PUNTE GGIO																

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
 Responsabile: Dott. Antonio Iannucci

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	Relazione	2020	3 documenti, 1 per ciascun anno	15	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E APPROPRIATEZZA	Rete Oncologica Regionale Decreto n.19 del 5/3/2018 (BURC n.22 del 12/3/2018)	Assicurare la corretta modalità di presa in carico secondo il percorso di cui alla D.R. n.19/2018	Formulare un PDTA per i pazienti da arruolare nella chirurgia laparoscopica differenziando i percorsi per patologia benigna e maligna	Sottomissione PDTA	2020	PDTA	20	Documento	UOC Risk Management	
			Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 giorni				2020		20		U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
			Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e ricovero ordinario 0/1 giorno (>10%)			2020	10%	20			
TOTALE PUNTEGGIO									75		

IL DIRETTORE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. CHIRURGIA PLASTICA

Responsabile : Dott. Ugo Manlio Cuomo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	TARGET 2020	PERIODO DI RIFERIMENTO	PESO OBIETTIVI/ %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA							
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E APPROPRIATEZZA	EFFICIENZA	Assicurare la corretta appropriata selezione dei casi da sottoporre interventi di chirurgia plastica	Formulare un protocollo di selezione della casistica da sottoporre a interventi di Chirurgia Plastica	Sottomissione protocollo	Protocollo	2020	15	documento	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance							
											documenti prodotti e/o revisionati	relazione	3 documenti, 1 per ciascun anno	2020	20	Relazione	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
											Protocolli e procedure riguardanti le patologie più frequentemente trattate						
AREA EFFICIENZA	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verballi di audit clinico effettuati	Almeno 2 audit/anno - 1 ogni 6 mesi	2020	20	Verballi	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance							
											Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiotico terapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE										75							

IL RESPONSABILE U.O.S.D

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi/ anno 2020
U.O.S.D. OCULISTICA

Responsabile : Dott. Giuseppe Romitelli

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
EFFICIENZA	Attività'	PACC E PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI/ AMBULATORIALI E PACC > ANNO PRECEDENTE	INCREMENTO DELL'ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E PACC	DATI CUP	2020	MAGGIORE ANNO PRECEDENTE	4	DATI CUP	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	6	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE										
17										

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE**

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione e dei ricoveri di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale dei ricoveri con DRG dimessi da Medico tra i reparti chirurgici (<25%)	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario (>10%)	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche e con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Percentuali di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Quota di interventi maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150(10% tolleranza) interventi annui	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ Anno precedente	Ricoveri 0/1 gg. ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CH. GENERALE ED ONCOLOGICA	1	2	2	2	2	2	2	5	5	2	2	10	10	2	10	3	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62
DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE		3	4	2	2	2	2	5	5	2		10	10	2	10	3	62
OCULISTICA		4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	58
OTORINOLARINGOIATRIA	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62
UROLOGIA	4	4	4	3	3	3	2			3		10	10	3	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. SENOLOGIA

Responsabile: Dott. Gianpaolo Pitruzzella

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	Relazione	2020	3 documenti, 1 per ciascun anno	20	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALITA' E APPROPRIATEZZA	L.R. 20_2005 e s.m.i. BREAST UNIT; DM 70_2015; GRIGLIA LEA	Assicurare la corretta modalità di presa in carico secondo il percorso di cui alla L.R. 20_2005	Formulare un PDTA per le pazienti da arruolare alla chirurgia senologica differenziando i percorsi per patologia benigna e maligna	Sottomissione PDTA	2020	PDTA	20	Documento	U.O.C. UOC Risk Management
				Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza interventi annui)		2020		15	Verbali	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICIENZA	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibioticoterapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTO DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. GASTROENTEROLOGIA
Direttore: Prof. Dott. Rosario CUOMO

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA		
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete Gastroenterica	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.3 LA RETE PER LE EMERGENZE GASTROENTERICHE	Organizzazione dei requisiti per il funzionamento dell'HUB per le emergenze digestive previsti dal POR (in assenza di requisiti specifici dal DM 70, 2015)	Predisposizione del piano dei requisiti di cui al POR con indicazione di quelli da ottimizzare e formulazione cronoprogramma	Presentazione del cronoprogramma dei requisiti	2020	Cronoprogramma	3	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	3	Controlli a campione UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
PUNTEGGIO TOTALE						Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
									13			

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE**

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%) sono esclusi gli accessi dei trapiantati e rene e HIV	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif: 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ ANNO precedente e	Ricoveri 0/1 gg. ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
GASTROENTEROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
GERIATRIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MALATTIE INFETTIVE a dir. univ	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MEDICINA INTERNA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEFROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEUROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
PNEUMOLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi/ anno 2020
U.O.C. GERIATRIA
Direttore f.f.: Dott.ssa Gina Varicchio

AREA/OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	4	Controlli a campioni UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di Interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali dell'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del R/CT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	R/CT
PUNTEGGIO TOTALE								13		

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE**

	Riduzione del 10%dei ricoveri ordinari in età adulta(≥ 18 anni) per complicanze(a breve e lungo termine) per diabete,per BPCO,per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%) sono esclusi gli accessi dei trapiantati e trapiantandi di fegato e rene e HIV	Riduzione degli accessi di tipo medico(≤25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif:3,7%)	Degenza Media S Anno precedenti	Peso Medio ≥ ANNO precedenti e	Ricoveri 0/1 gg. ≤ Anno precedenti e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazio ne Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGG IO
GASTROENTEROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
GERIATRIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MALATTIE INFETTIVE a dif. uriniv	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MEDICINA INTERNA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEFROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEUROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
PNEUMOLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
 U.O.C. MEDICINA INTERNA
 Direttore : Dott. ssa Anna Gargiulo

AREA OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESPELLEVERIFICA
EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	4	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	4	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 39/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE									13	

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE**

GASTROENTEROLOGIA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%) sono esclusi gli accessi del trapiantati e trapiantandi di fegato e rene e HIV	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio 2 ANNO precedente	Ricoveri 0/1 gg. DRG medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archivio Cartelle Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
GERIATRIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MALATTIE INFETTIVE a dir. univ	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MEDICINA INTERNA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEFROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEUROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
PNEUMOLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI
 Direttore: Dott. Domenico Caserta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
EFFICIENZA	EFFICIENZA	DEBITI INFORMATIVI	report trapiantati		report settimanali e report annuale con elenco dei trapiantati e trapiantandi con numero di accessi di day Hospital	2020	100	3	report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
			RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	3	Controlli a campioni UOC Appropriatazza
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione", "Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT	
PUNTEGGIO TOTALE								13			

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%) sono esclusi gli accessi dei trapiantati e rene e HIV	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rf.: 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ ANNO precedente e	Ricoveri 0/1 gg. DrG medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. Clinica Max (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
GASTROENTEROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
GERIATRIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MALATTIE INFETTIVE a dir. univ	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MEDICINA INTERNA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEFROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEUROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
PNEUMOLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. NEUROLOGIA

Direttore: Dott. Vincenzo Androne

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete iclus	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'CLUS	Organizzazione dei requisiti propri dell'Unità CTUS di 2° livello previsti dal POR	Predisposizione del panelletto dei requisiti di cui al POB con indicazione di quelli da ottimizzare e formulazione cronoprogramma	Presentazione del cronoprogramma dei requisiti	2020	Cronoprogramma	2	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete iclus	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'CLUS	POFA per percorso CTUS	Identificazione dei processi, costituzione del gruppo di lavoro ed elaborazione del PDFA	Sottomissione di PDFA	2020	almeno PDFA iclus isdrenico	2	Documenti	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete iclus	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'CLUS	Realizzazione del modello Hub&Spoke	Predisposizione dei criteri e delle modalità di selezione da concordare con i centri Spoke di cui al POB	Presentazione dei criteri e delle modalità i selezione	2020	Criteri	2	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Onere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	100	2	Controlli a campioni UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Preporre all'UOC preposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2	Moduli firmati dai partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali all'allegato 3 al PIPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	3	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito Internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE								13		

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020

GASTROENTEROLOGIA	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri diurici di tipo diagnostico (≤ 30%) sono esclusi gli accessi dei trapiantati e trapiantandi di fegato e rene e HIV	Riduzione degli accessi di tipo medical (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ ANNO precedente e	Ricoveri 0/1 gg. DrG medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
GERIATRIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MALATTIE INFETTIVE a dir. Univ	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
MEDICINA INTERNA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEFROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
NEUROLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62
PNEUMOLOGIA	2	4	4	5	5	5	10	10	4	10	3	62

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi ANNO 2020
 U.O.S.D. APPROPRIATEZZA E INNOVAZIONE
 DELL'ANTIBIOTICO TERAPIA
 Responsabile: Dott.

AREA OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RES. LE VERIFICA		
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	gestione del Rischio clinico - ICA	DECRETO N. 66 DEL 13/12/2017	Implementazione di programmi di almeno 03/04/05/06/07/08/09/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000									
		APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	DECRETO 44/2018	Appropriatezza prescrittiva in profissi per-operatoria	Conoscere le UOC di ricovero nelle attività di AS e realizzazione di audit Revisione dei protocolli di approfondirsi per intervento per molecola, per dosaggio e per durata	Numero di audit Numero di protocolli revisionati	2020	3/UOC Tutti quelli per gli interventi di cui alla 1834/2007	25	Protocolli	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC proposta un Piano di Formazione per il personale relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza degli antibiotico-terapie in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	Moduli firma dei partecipanti ai corsi		
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
PUNTEGGIO TOTALE								75				

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL CRIPALMANTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. DERMATOLOGIA

Responsabile : Dr. Vincenzo Claudio Battarra

AREA OBBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
										U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA ED APPROPRIATE ZZA	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITÀ AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la qualità cronica della UOSD, e valutare la patologia più frequente, elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	20	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo delle Liste d'Attesa	DECRETO 34/2018	Indice di performance: tempi di attesa ricoveri	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità (caso sono decisi tutti i casi di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'esecuzione di prestazioni non urgenti)	2020	85%	20	REPORT	Direzione Sanitaria - Referente Liste d'Attesa
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposte e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre al UOC preposta un Piano di Formazione per il personale relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiototerapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO FATTORI PRODUTTIVI	EFFICIENZA	Riduzione tempi per consulenze intranche	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti	tempo intercorso tra richiesta ed esecuzione consulenza	2020	5 48h	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.S.D. ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE
 Responsabile - Dr. Mario Parillo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITÀ AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la cartella storica della UOSD e selezionare la patologia più frequente, elaborare procedure di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2020	almeno 1 procedura	15	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo delle Liste d'attesa	DECRETO 34/2018	Indice di performance: tempi di attesa (cosmeti)	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P)	Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base ai livelli di priorità. I casi sono dettagliati per classe di priorità e sono selezionati tutti i casi in cui si ha l'eseguzione di prestazioni non trascritti.	2020	85%	15	REPORT	Direzione Sanitaria - Referente Liste d'attesa
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre al III UOC (proposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'ambulatorio/terapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecg)	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	EFFICIENZA	Riduzione tempi per consulenze interne	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti	tempo intercorso tra richiesta ed esecuzione consulenza	2020	≤ 48h	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE										75

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRIGENTE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. FISIPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI ASSISTENZA PER I TRAPIANTATI E I TRAPIANTANDI EPATICI-SATTE
 Responsabile : Dott. Pietro Rocco

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA	PRGLA	Assicurazione tempi di attesa per prima visita	Ridurre tempi di attesa per valutazione ambulatoriale per pazienti pre e post-trapianto	giorni di attesa tra prenotazione e appuntamento	2020	max 7 giorni	20	Relazione	DIREZIONE SANITARIA - LISTE D'ATTESA
	EFFICIENZA	DEBITI INFORMATIVI	report trapiantati		report settimanali e report annuale con elenco dei trapiantati e trapiantandi con numero di accessi di day Hospital	2020		15	report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibioticoterapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale	Verbali di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	20	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE										
								75		

Attribuzione obiettivi anno 2020
 U.O.S.D. NEURORIABILITAZIONE E UNITA' SPINALE
 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
 Responsabile: Dott. Michele Fusco

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA	"Mantenimento nell'erogazione dei LEA"	GRIGLIA LEA	Piano Riabilitativo Individuale (PRI)	Tempestività nella formulazione del PRI	Tempi di elaborazione del PRI	almeno pari vs 2019	20	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	"Mantenimento nell'erogazione dei LEA"	DCA 69 E 70_2017	ATTUAZIONE DCA 69 E 70_2017	Attuazione percorsi riabilitativi per BPCO e Frattura Femore	Costituzione gruppo di lavoro ed elaborazione PDTA con relativi indicatori	almeno 1 PDTA	20	Documento	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiotico terapia in area critica)	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE							75	IL RESPONSABILE U.O.S.D.		

 IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D STROKE UNIT

Responsabile: Dott. Gioacchino Martusciello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete Ictus	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	PDTA per percorso ICTUS	Partecipazione al Gruppo di lavoro ed elaborazione del PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	almeno PDTA\ictus ischemico	25	Documenti	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete Ictus	Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	Realizzazione del modello Hub&Spoke	Partecipazione alla predisposizione dei criteri e delle modalità di selezione da concordare con i centri Spoke di cui al POR	Presentazione dei criteri e delle modalità i selezione	2020	Criteri	25	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UCO preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiotico terapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	AUDIT	Effettuazione di almeno 2 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbal di audit	2020	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE
 Direttore: Prof. Paolo Calabrò

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP-LE VERIFICA
Obiettivi Strategici del DS	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli Indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	anno 2020	100	25	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Efficienza Economica	razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economicità di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	anno 2020	SI	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Efficienza Appropriata	Appropriatezza prescrittiva antibiotico/profilassi perioperatoria	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva antibiotico/profilassi perioperatoria per molecola, per dose e per durata	Al fine di assicurare gli obiettivi di sicurezza, contenimento della spesa farmaceutica e lotta alle antibiotico-resistenze, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va rispettato il protocollo di antibiotico-profilassi perioperatoria per molecola, dose e durata. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano e si adeguiano sistematicamente ai protocolli aziendali, riportando correttamente lo schema profilattico - se effettuato - in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% appropriata per molecola % appropriatezza per dose e durata	anno 2020	90	10	Report monitoraggio su Cartella Clinica	U.O.C. Farmacia;
Governo Clinico	Governo Liste d'Attesa chirurgici	Indice di performance: tempi di attesa ricoveri chirurgici	Al fine di assicurare gli obiettivi di governo delle liste d'attesa ai sensi del DACIA n.34, 2017 e del Piano Nazionale e Regionale di G.U.A., il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento rispettino i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	% pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	anno 2020	100	10	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione delle Raccomandazioni 2, 3 e Check List	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List di Sala Operatoria e la inseriscano in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% di interventi chirurgici elettivi per i quali sia presente check list di sala operatoria in CC; % check list correttamente compilata (firma anestesista, infermiere, chirurgo)	anno 2020	100	3	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di Sala Operatoria	U.O.C. Risk Management
		Implementazione delle Raccomandazioni 5 e D.M. 2.nov.2015	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico, per ciascuna trasfusione effettuata va compilata la Check List di trasfusione e ottenuto il consenso informato alle trasfusioni. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List e il modulo di consenso e il inseriscano in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% di trasfusioni per le quali sia presente check list di in CC; % di trasfusioni per le quali sia stata definitivamente somministrata l'informazione e acquisito il consenso	anno 2020	100	5	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di trasfusione	U.O.C. Risk Management
	Prevenzione corruzione	Prevenzione corruzione		Comparecipazione alla redazione ed elaborazione da parte della UOC GRU del piano di rotazione del personale, ordinaria e straordinaria (risorsa n.11 del PIPCT 2020/2022)	anno 2020/2022	100	6	Verbali incontri con il GRU	RCPT
	Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Trasparenza (D. Lgs 33/2013)		Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali (allegato 3 al PIPCT 2020/2022)	anno 2020/2022	100	6	Verifica da parte del RCPT sulla sezione "Amministrazione Trasparenza" del sito Internet aziendale	RCPT

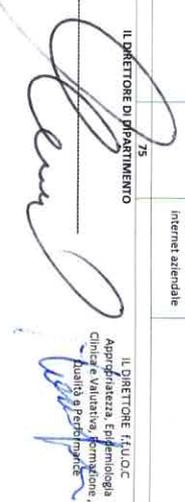
PUNTEGGIO TOTALE
 IL SUB COMMISSARIO SANITARIO



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO



IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO



Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance



OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
Direttore: Prof. Pasquino De Marinis

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIONALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici del DS	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole U.O.D., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance della U.O.D. alle "azioni da realizzare"	media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole U.O.D.	anno 2020	100	25	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Efficienza Economica	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica cost/ris, le risorse umane e strumentali tra le varie U.O.D.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'attività delle risorse umane e strumentali in ogni reparto secondo un modello dinamico e flessibile riferito al fabbisogno.	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	anno 2020	51	10	Report produttive annuali	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Efficienza Appropriata	Appropriatezza prescrittiva antibiotico/terapia per operatoria	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva antibiotico/terapia per operatoria per medicina, per dove e per durata	Al fine di assicurare gli obiettivi di sicurezza, contenimento della spesa farmaceutica e lotta alle antibiotiche resistenze, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento per modificare, dove e durata, il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le U.O.D. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano e si attengano sistematicamente ai protocolli aziendali, riportando correttamente lo schema profilattico - se effettuato - in cartella clinica di NO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% appropriatezza per medicina % appropriatezza per dove e durata	anno 2020	90	10	Report monitoraggio SU Cartella Clinica	U.O.C. Famack.
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle raccomandazioni Ministeriali concernenti i pazienti	Implementazione delle Raccomandazioni 2, 3 e 4 del Check List Implementazione della Raccomandazione 5 e D.M. 27/05/2015	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento per assicurare che tutti le U.O.D. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List di Sala Operatoria e il trascritto in cartella clinica di NO, DS o nella documentazione associata al Day Service. Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico, per ciascuna trasferta affettiva va compilata la Check List di trasferta e ottenuto il consenso informato alla trasferta. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le U.O.D. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List e il trascritto in cartella clinica di NO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% di interventi per i quali sia presente check list di in CC % di check list correttamente compilate (firma anestesista, infermiere, chirurgo)	anno 2020	100	5	Report monitoraggio SU Cartella Clinica e Check list di Sala Operatoria	U.O.C. Risk Management
		Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 11	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione dei rischi correlati ad una scorretta attribuzione del codice di triage, il Direttore del Dipartimento deve monitorare e relazionare sulle attività oggetto della procedura di cui alla Deliberazione Aziendale n. 243/2018	numero di codici rossi (o gialli) assegnati, coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori, in rapporto al totale dei codici rossi (o gialli) assegnati; numero di codici verdi assegnati, coerenti con il protocollo di attribuzione dei codici colori, in rapporto al totale di codici verdi differibili assegnati; numero di schede triage con concordanza tra problema principale e categoria di diagnosi di uscita per un dato periodo in rapporto al totale di schede triage prodotte nel dato periodo.	anno 2020	100	8	Report monitoraggio schede di IS	U.O.C. Risk Management
		Previdenza corruzione		Compartecipazione alla redazione ed elaborazione da parte della UOC GRU del piano di rotazione del personale, ordinaria e straordinaria (misura n.11 del PRPT 2020/2022)	anno 2020/2022	100	6	Verbalizzati incidenti con il GRU	RPT
		Trasparenza (D. Lgs. 33/2013)		Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con la completezza e le competenze individuali del personale ai PRPT 2020/2022	anno 2020/2022	100	6	Verifica da parte del RPT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPT

IL CAPOCOMMISSARIO SANITARIO

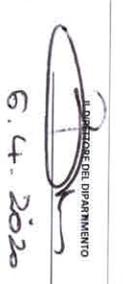


IL RESPONSABILE DEL RACCOMANDO



IL RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

6.4.2020



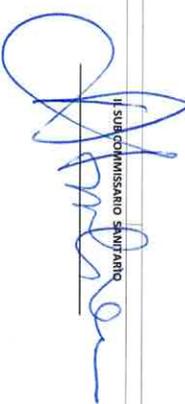
IL DIRETTORE

U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance



OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
Direttore: Dott. Ferdinando Salzano De Luna

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici del DG	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA / DG attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	medie delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	ANNO 2020	100	25	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Efficienza Economica	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provvedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	ANNO 2020	51	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Efficienza Appropriatazza	Appropriatezza prescrittiva antibiotico/profilassi peroperatoria	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva antibiotico/profilassi peroperatoria per molecola, per dose e per durata	Al fine di assicurare gli obiettivi di sicurezza, contenimento della spesa farmaceutica e lotta alle antibiotico-resistenze, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va rispettato il protocollo di antibiotico-profilassi peroperatoria per molecola, dose e durata. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano e si atterrano sistematicamente ai protocolli aziendali, riportando correttamente lo schema profilattico - se effettuato - in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% appropriatazza per molecola % appropriatazza per dose e durata	ANNO 2020	90	10	Report monitoraggio su Cartella Clinica	U.O.C. Farmacia
Governo Clinico	Governo Liste d'Attesa	Indice di performances tempi di attesa ricoveri chirurgici	Al fine di assicurare gli obiettivi di governo delle liste d'attesa ai sensi del DOLCFA n.34, 2017 e del Piano Nazionale e Regionale di G.O.A. il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento rispettino i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	% pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	ANNO 2020	100	10	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione delle Raccomandazioni 2, 3 e Check List Implementazione della Raccomandazione 5 e D.M. 27 nov 2015	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico in sala operatoria, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va compilata la Check List di Sala Operatoria. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List di Sala Operatoria e la inseriscano in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% di interventi chirurgici elettivi per i quali sia presente check list di sala operatoria in CC. % check list correttamente compilate (firma anestesista, infermiere, chirurgo)	ANNO 2020	100	2	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di Sala Operatoria	U.O.C. Risk Management
				Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico, per ciascuna trasfusione elettronica va compilata la Check List di trasfusione e ottenuto il consenso informato alla trasfusione. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List e il modulo di consenso e il inseriscano in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% di trasfusioni per le quali sia presente check list di in CC. % di trasfusioni per le quali sia stata definitamente somministrata l'informazione e acquisito il consenso	ANNO 2020	100	4	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di trasfusione
Prevenzione corruzione			Assolutamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali dell'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	Compartecipazione alla redazione ed elaborazione da parte della UOC GRU del piano di rotazione del personale, ordinaria e straordinaria (misura n.11 del PRPCT 2020/2022)	anno 2020/2022	100	7	Verballi incontri con il GRU	PRCT
Trasparenza (D. Lgs 33/2013)			Assolutamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali dell'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	Assolutamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali dell'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	7	Verifica da parte del PRCT sulla sezione Amministrazione, Trasparenza del sito internet aziendale	PRCT
PUNTEGGIO TOTALE							75		

IL SUO COMMISSARIO SANITARIO


IL COMMISSARIO FIDUCIATARIO


IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO


U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
 IL DIRETTORE


OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore : Dot. Giovanni Pietro Ianniello

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici del DG	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adattare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	anno 2020	100	25	Report triennale obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
				<p>Efficienza Economicità</p> Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	anno 2020	SI
Governo Clinico	Governo Liste d'Attesa	Indice di performance tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Al fine di assicurare gli obiettivi di governo delle liste d'attesa ai sensi del DACrA n.34_2017 e dei Piani Nazionale e Regionale di G.O., il Direttore del Dipartimento deve assicurare che gli ambulatori di tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento rispettino i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P)	%Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	anno 2020	90	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
				Al fine di assicurare gli obiettivi di governo delle liste d'attesa ai sensi del DACrA n.34_2017 e dei Piani Nazionale e Regionale di G.O., il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento rispettino i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	%Pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	anno 2020	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 14	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico di morte o Grave danno correlati alla terapia farmacologica con farmaci antineoplastici, per ogni ricovero in cui sia amministrata Chemioterapia vanno compilati correttamente e completamente gli allegati da 1 a 5 della deliberazione 261_2018. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che le UU.OO. di ricovero conoscano e adottino la procedura e compila sistematicamente gli allegati	% di cartelle cliniche di ricovero per CHT in cui risultino presenti e correttamente compilati i moduli allegati 1-5	anno 2020	100	8	Report monitoraggio su Cartelle Clinica	U.O.C. Risk Management
				Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico di morte o Grave danno correlati alla terapia farmacologica con farmaci antineoplastici, per ogni ricovero in cui sia amministrata Chemioterapia vanno compilati correttamente e completamente gli allegati da 1 a 5 della deliberazione 261_2018. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che le UU.OO. di ricovero conoscano e adottino la procedura e compila sistematicamente gli allegati	% di cartelle cliniche in cui sia stata comunicata diagnosi o passaggio da tipo curativa a palliativa. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento conoscano la procedura e adottino e procedano alla valutazione del rischio suicidario nei casi previsti	anno 2020	100	7	Report monitoraggio su Cartelle Clinica
PUNTEGGIO TOTALE	IL SUB COMMISSARIO SANITARIO	IL COMMISSARIO STRAORDINARIO	IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	7	Verifica da parte del PPTCT sulla sezione Amministrazione, Trasparenza del sito internet aziendale	RPTCT
					Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio suicidario, va rispettata la procedura aziendale allegata alla deliberazione 229_2017, con particolare riferimento alla valutazione del rischio suicidario nei pazienti cui viene comunicata diagnosi o passaggio da tipo curativa a palliativa. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento conoscano la procedura e adottino e procedano alla valutazione del rischio suicidario nei casi previsti	Preparazione cartelle cliniche in cui sia stata comunicata diagnosi o passaggio da tipo curativa a palliativa. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento conoscano la procedura e adottino e procedano alla valutazione del rischio suicidario nei casi previsti	anno 2020/2022	100	7

IL SUB COMMISSARIO SANITARIO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

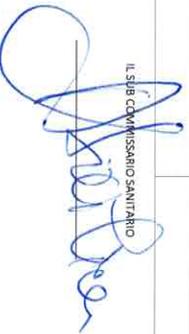
U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

**OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE**

Direttore: Prof. Vincenzo Andreone

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici del DG	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	ANNO 2020	100	25	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Efficacia Economicità	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	ANNO 2020	SI	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
	Governo Liste d'attesa	Indice di performances tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Al fine di assicurare gli obiettivi di governo delle liste d'attesa ai sensi del DACTA n. 34, 2017 e del Piano Nazionale e Regionale di G.U., il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento rispettino i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	%spedienti ricevuti nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	ANNO 2020	90	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alla Raccomandazione Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 7, 12,17, 18	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico di morte o grave danno concreti alla tempore farmacologica per ogni ricovero vanno compiute correlatamente e contemporaneamente la S.U.T. e la Scheda di Riconoscimento Farmacologica. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che le UU.OO. di ricovero conoscano, adottino e compiono sistematicamente le schede, nel rispetto delle raccomandazioni in materia di prescrizione e uso di alterazioni e azioni	% di cartelle cliniche di in cui sia presente e debitamente compilata la S.U.T. e debitamente compilata la Scheda di Riconoscimento Farmacologica	ANNO 2020	100	8	Report monitoraggio su Cartella Clinica	U.O.C. Risk Management
			Prevenzione corruzione	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali all'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	6	Verifica da parte del RPCT sulla sezione Amministrazione, Trasparenza del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE							75		

IL SIB COMMISSARIO SANITARIO



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO



IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO



U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance



OGGETTI DI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
Direttore: Prof. Luigi Cobellis

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PERCENTUALE OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi Strategici del DGS	Adempimenti Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui alla griglia LEA	Al fine di assicurare gli obiettivi della griglia LEA attribuita alle singole UU.OO., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare la compliance delle UU.OO. alle "azioni da realizzare"	media delle % di rispetto degli obiettivi della griglia LEA delle singole UU.OO.	anno 2020	100	25	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Efficienza Economicità	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali tra le varie UU.OO.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali assegnate secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	Provedimenti assunti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo	anno 2020	51	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Efficienza Appropriata	Appropriatezza prescrittiva antibioticoprofilassi periferica	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva antibioticoprofilassi periferica per molecola, per dose e per durata	Al fine di assicurare gli obiettivi di sicurezza, contenimento della spesa farmaceutica e lotta alle antibioticoresistenze, per ciascun intervento chirurgico elettivo, va rispettato il protocollo di antibiotico-profilassi periferica per molecola, dose e durata. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano e si attengano sistematicamente ai protocolli aziendali, riportando correttamente lo schema profilattico - se effettuato - in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% appropriatezza per molecola % appropriatezza per dose e durata	anno 2020	90	10	Report monitoraggio su Cartella Clinica	U.O.C. Farmacia;
Governo Clinico	Governo Liste d'Attesa	Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Al fine di assicurare gli obiettivi di governo delle liste d'attesa ai sensi del DACTA n. 34, 2017 e del Piano Nazionale e Regionale di GdA, il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento rispettino i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	% pazienti ricoverati con data ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	anno 2020	100	10	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Rischio Clinico	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione delle Raccomandazioni 5 e 16	Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico di morte materna correlata al parto e/o al travaglio e di morte o disabilità permanente in neonato sano, per ciascun parto vanno compilati gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n. 170/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIAGRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO e le check list di verifica e la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico di cui alla Deliberazione n. 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che le UUOO di Ostetrica e Neonatologia conoscano, adottino e compilino sistematicamente gli allegati.	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilati gli allegati da 1 a 4 % di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilati le check list di verifica e la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	anno 2020	100	10	Report monitoraggio su Cartella Clinica	U.O.C. Risk Management
PUNTEGGIO TOTALE			Al fine di assicurare gli obiettivi di prevenzione del rischio clinico, per ciascuna trasfusione effettuata va compilata la Check List di trasfusione e contenuto il consenso informato alla trasfusione. Il Direttore del Dipartimento deve assicurare che tutte le UU.OO. Chirurgiche afferenti al Dipartimento conoscano, adottino e compilino sistematicamente la Check List e il modulo di consenso e il inseriscano in cartella clinica di RO, DS o nella documentazione associata al Day Service.	% di trasfusioni per le quali sia presente check list di CC. % di difformità amministrative informative e acquisto il consenso	anno 2020	100	10	Report monitoraggio su Cartella Clinica e Check list di trasfusione	U.O.C. Risk Management

IL SUB COMMISSARIO SANITARIO

IL COMMISSARIO SANITARIO

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2020
DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI
Direttore : Dott. Arnolfo Petruzzello

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici del DS	Adempimenti Griglia LEA	Garantire il rispetto degli indici di cui alla griglia LEA per le strutture di ricovero ed assistenza	Al fine di assicurare gli obiettivi della Griglia LEA attribuiti alle singole U.O.U.O., il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a promuovere, favorire e monitorare il potenziamento e la razionalizzazione della fornitura di prestazioni intermedie (diagnostica per immagini, di laboratorio, interventistica) con particolare riferimento alle valutazioni di appropriatezza nelle richieste di prestazioni e alla riduzione dei tempi di esecuzione e referenziazione	Riduzione tempi di attesa tra richiesta ed esecuzione Diagnostica per immagini e interventistica per pazienti ricoverati	ANNO 2020	-10%	35	Report rispetto obiettivi Griglia LEA	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Efficienza Economica	Razionalizzazione uso delle risorse	Ottimizzare, in ottica confida, le risorse umane e strumentali tra le varie U.O.U.O.	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore del Dipartimento deve adottare ogni provvedimento atto a razionalizzare la distribuzione delle risorse umane e strumentali tra le varie U.O.U.O. secondo un modello dinamico e flessibile ispirato al fabbisogno	regolamento dipartimentale sull'utilizzo condiviso e flessibile delle risorse	ANNO 2020	51	20	Regolamento	U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari
Gestione del Rischio	Utilizzo degli strumenti di sicurezza di cui alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Implementazione della Raccomandazione n. 9	Al fine di garantire gli obiettivi di sicurezza correlati all'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche, il Direttore del Dipartimento deve adottare specifici regolamenti in osservanza alla Procedura Aziendale di recepimento della Raccomandazione 9 in cui siano esplicitamente definiti specifici indicatori di monitoraggio e aspetti di protezione organizzativa, collettiva e individuale (DPI) e, ove previste, siano contemplati i controlli di qualità	Regolamenti	ANNO 2020	almeno 1 per ciascuna UO	20	Regolamenti	U.O.C. Risk Management
PUNTEGGIO TOTALE							75		

IL SIA COMMISSARIO SANITARIO


IL COMMISSARIO TRACORDINARIO


IL DIRETTORE DIPARTIMENTALE

 6/4/2020

Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa; Formazione, Qualità e Performance
 DIRETTORE U.O.C.


U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA
Direttore : dott. Pasquale Orabona

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI REFERIMENTO	TARGET 2020	PERCENTUALE OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE	Piano Ospedaliero Regionale (POH) DACTA 96_2017 E DACTA 19_018; DEL AZIENDALE 17%_2017	Partecipazione all'implementazione dei criteri di referenziazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Condivisione con l'UOC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico, dei criteri di referenziazione standard per i tumori del DCA 19_17	Presentazione dei criteri di referenziazione standard per i tumori di cui al DCA 19_18	2020	Adozione criteri di referenziazione standard per almeno 6 patologie oncologiche	20	Relazione	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE	Piano Ospedaliero Regionale (POH) DACTA 96_2017 E DACTA 19_018; DEL AZIENDALE 17%_2017	Partecipazione all'elaborazione di percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali	Analisi della cartella aziendale di ricovero e ambulatoriale e identificazione delle patologie che più frequentemente richiedono indagini anatomico-patologiche (es: biopsia mammaria, agopuntura trocra ecc). Partecipazione all'elaborazione di percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN	PDA	2020	Almeno uno nell'anno	20	Documento	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Riduzione tempi di referenziazione	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti al fine di ridurre i tempi di degenza	Turn Around Time per pazienti target	2020	Riduzione TAT del 10% vs 2018	20	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Controllo sul decorso dell'eventuale prestazione da parte delle UO richiedenti	Introdurre una modalità di verifica che le risposte eseguite dalla UO di Anatomia Patologica siano ricevute nel più breve tempo possibile dalle UO richiedenti	Elaborazione report di verifica sul ritmo delle prestazioni eseguite Al fine di consentire chiusura SOO	2020	2 documenti/anno	5	REPORT	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	Proporre all'UOC proposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano formativo Aziendale	5	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TOTALE PUNTEGGIO					Trasparenza (D. Lgs. 33/2013)	Ascoltamento degli adempimenti in materia di trasparenza con le competenze competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPTCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPTCT

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINE
Direttore : Dott. Luigi Manfredonia

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTI O DI VERIFICA	RSR LE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI		Attività di interesse aziendale	Assicurare continuità assistenziale post dimissione ai pazienti trattati presso reparti dell'ADRN	Numero di prestazioni effettuate per outpatient post dimissione	2020	>10% vs 2019	15	REPORT	Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance U.O.C.
	APPROPRIATEZZA E QUALITA'		Attività di interesse aziendale	Favorire il recupero di appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	AUDIT	2020	almeno 2 AUDIT	15	Verbali	Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance U.O.C.
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS		FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma dei partecipanti al corso	Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance U.O.C.
	EFFICIENZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Incremento attività assistenziale	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti al fine di ridurre i tempi di degenza	Incremento numero prestazioni per pazienti interni	2020	> 10% vs 2019	10	REPORT
				Tasagarena (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le competenze individuate all'art. 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Amministratore Trasparente" del sito internet aziendale	RPCT

75
IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E
CENTRO TRASFUSIONALE

Direttore : Dott.ssa Sonia Anna Raimondi

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RSPO LE VERIFICA	
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITÀ E SICUREZZA	Regolamento COBUS	Uso appropriato di plasma ed emoderivati	Elaborazione e promozione presso le UOOC di protocolli per l'uso appropriato di plasma ed emoderivati	Produzione protocolli	2020	almeno 2 protocolli	15	Documento	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITÀ E SICUREZZA	Regolamento COBUS	Avviare programmi di recupero sangue	Elaborazione Procedura Recupero Sangue	Produzione Procedura	2020	Procedura	15	Documento	U.O.C. Organizzazione e Programmazione	
	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE	DACTA 56_2017	Assicurazione degli adempimenti del Centro di Qualificazione biologica per la Rete Campania Nord	Incrementare la qualità della partecipazione alla rete garantendo la tempestività delle risposte di qualificazione biologica nei tempi previsti	Tempo di referatazione	2020	max 12 ore nel 90% delle risposte	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE	MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 8 agosto 2018. Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2018.	Controllo dell'avvenuta restituzione sacche emocomponenti non trasfuse nelle more dell'implementazione del sistema di tracciabilità elettronica	Le sacche di sangue ed emocomponenti non trasfuse vanno restituite al SIF; se trasfuse vanno compilati i moduli di avvenuta trasfusione. Il SIF verifica che il 100% delle sacche sia stato utilizzato o trasfuso e produce un report trimestrale	Verifica - rispligo	2020	almeno trimestrale	10	Report	U.O.C. Organizzazione e Programmazione	
	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE	MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 8 agosto 2018. Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2018.	Garantire la copertura del fabbisogno aziendale di sangue ed emocomponenti e partecipare al piano di autosufficienza territoriale e regionale	Potenziare le campagne di donazione tra i reparti dell'AORN	Aumento n. donazioni	2020	>10% vs 2019	10	REPORT	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	5	Moduli firma del RPCT partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
				Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrativi" del sito internet aziendale	RPCT	
PUNTEGGIO TOTALE									75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
 U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA
 Responsabile: Dott. Giovanni Moggio

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO MASSIMO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESPONSABILE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE ICTUS	Piano Ospedaliero Regionale (POR); paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	PDTA per percorso ICTUS	Partecipazione e supporto al Gruppo di Lavoro ICTUS e all'elaborazione del PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Almeno 1 PDTA su Ictus Ischemico	15	Documenti	U.O.C. Risk Management
	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI	Attività di interesse aziendale	Assicurare continuità assistenziale post dimissione ai pazienti trattati presso reparti dell'AORN	Garantire i percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivolte a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN e/o seguiti presso gli ambulatori AORN attraverso agende di attività specifiche per tale target	Numero di prestazioni effettuate per oupagenti post-dimissione	2020	>10% vs 2019	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENZA	DEBITO INFORMATIVO	REPORT ATTIVITA'	TRASMISSIONE MENSILE REPORT ATTIVITA' CON NUMERO DI CARTELLA CLINICA E U.O.U.O. A CUI E' STATO EROGATO IL SERVIZIO	TRASMISSIONE REPORT MENSILE	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'antibiototerapia in area critica)	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma del partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Attività di interesse aziendale	Controlli di qualità	Effettuazione e documentazione sui controlli di qualità sulle procedure	Reportistica controlli	2020	almeno 2 report	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO MASSIMO								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.S.D. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE
Responsabile: Dott.ssa Maddalena Schioppa

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESPONSABILE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE	Piano Ospedaliero Regionale (POR), DACTA_98_2017 E DACTA_19_2018; DEL AZIENDALE 176_2018	Introduzione di attività di biologia molecolare oncologica	Condivisione con le UO/OCC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2020	2 per il primo anno	15	Relazione su attivazione del test	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE	Piano Ospedaliero Regionale (POR), DACTA_98_2017 E DACTA_19_2018; DEL AZIENDALE 176_2017	Partecipazione all'implementazione dei criteri di referenzazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Condivisione con l'UOC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico, dei criteri di referenzazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Presentazione dei criteri di referenzazione standard per i tumori di cui al DCA 19_18	2020	Adozione criteri di referenzazione standard	15	Relazione	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Realizzazione e/o partecipazione al piano formativo aziendale del personale ad almeno un evento nel corso dell'anno presenti nel Piano		eventi formativi	2020	almeno uno nell'anno	10		U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALIFICAZIONE AZIENDALE	QUALITÀ, SICUREZZA	Implementazione attività di biologia molecolare interventiva	Condivisione con le UO/OCC di Malattie infettive dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2020	2/anno	15	Relazione su attivazione del test	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	EFFICIENZA	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Potenziamento dell'attività diagnostica	Aumentare la produttività e l'efficiente utilizzo delle apparecchiature di laboratorio	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni dei degeni in elezione	2020	Riduzione del 5% anno rispetto all'anno precedente	10		U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENZA	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	report dati attività del n° prestazioni eseguite per UO/OCC interne	Elaborazione report sintetico delle attività effettuate a favore delle diverse UO/OCC	n° report	2020	1 per semestre 1 annuale	10	REPORT	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. MICROBIOLOGIA

Responsabile: Dott.ssa Rita Greco

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBBIETTIVI %	STRUMENTI O DI VERIFICA	RESPONSABILE VERIFICA	
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	PARTECIPAZIONE NETWORK EUROPEO EURgen-NECCRE ECDC	NOTE REGIONALI	Partecipazione allo studio	Identificazione, caratterizzazione, conservazione e invio dei ceppi con determinati profili di resistenza	numero di determinazioni effettuate	2020	In linea con la progettualità europea	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	PARTECIPAZIONE PROGRAMMA REGIONALE DI GENOTIPIZZAZIONE TBC	DECRETO N. 470/2018	Partecipazione allo studio	Identificazione, conservazione e invio dei ceppi tubercolari	numero di determinazioni effettuate	2020	In linea con la progettualità regionale	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA (PNICAR)	Sistema Regionale Antibiotico-Resistenza (SIRREAN)	Partecipazione allo studio	Raccolta dati per il Sistema Regionale Antibiotico-Resistenza	% di carichi su piattaforma regionale effettuati nei tempi	2020	rispetto della tempistica regionale	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA (PNICAR)	IMPLEMENTAZIONE DIAGNOSTIC STEWARDSHIP	Riduzione tempi di referenziazione identificazione e antibiogramma	Potenziamento Laboratorio di Microbiologia; condivisione con le UO/OCC di Malattie infettive e T.I. dei test prioritari da applicare su pazienti specifici	Turn Around Time per pazienti target	2020	Riduzione TAT su pazienti target a 24/48h	15	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	report dati attività del n° prestazioni eseguite per U.O.O. interne	Elaborazione report sintetico delle attività effettuate a favore delle diverse UO/O	n° report	2020	1 per semestre 1 annuale	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE									75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.S.D. NEURORADIOLOGIA

Responsabile: Dott.

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGO MD0	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESPONSABILE VERIFICA
ARBA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE ICTUS	Piano Ospedaliero Regionale (POR) - paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	PDTA per percorso ICTUS	Partecipazione e supporto al Gruppo di lavoro ICTUS e all'elaborazione del PDTA	Sottomissione di PDTA	2020	Almeno 1 PDTA su Ictus Ischemico	15	Documenti	U.O.C. Risk Management
	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI	Attività di interesse aziendale	Assicurare continuità assistenziale post dimissione ai pazienti trattati presso reparti dell'AORN	Garantire i percorsi diagnostici assistenziali (PDA) ambulatoriali per prestazioni rivedute a pazienti che hanno avuto ricoveri presso l'AORN o/o seguiti presso gli ambulatori AORN attraverso agende di attività specifiche per tale target	Numero di prestazioni effettuate per outpatients post-dimissione	2020	>10% vs 2019	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Attività di interesse aziendale	Favorire il recupero di appropriatezza delle richieste sulle prestazioni interne	Identificare UOC e prestazioni a maggior rischio di non appropriatezza nell'indicazione dell'esame diagnostico. Rimodulare le modalità di accesso alle prestazioni di Neuroradiologia con RMN istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	AUDIT	2020	almeno 2 AUDIT	15	Verbali	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. appropriatezza dell'amblioterapia in area critica)	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Attività di interesse aziendale	Controlli di qualità	Effettuazione e documentazione sui controlli di qualità sulle procedure	Reportistica controlli	2020	almeno 2 report	15	REPORT	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE								75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione
Responsabile: Dott.ssa Margherita Agresti

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBBIETTIVO 1%	STRUMENTO DI VERIFICA	RESPONSABILE VERIFICA	
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	D.Lgs 81_2008	SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	Documento di Valutazione dei rischi	Redazione e aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi (da esposizione ad agenti fisici acqua, rifiuti, psichicaggi)	Proposta di Aggiornamento al DdL	2020		20	Documenti	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico	
	D.Lgs 81_2008	SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	Regolamento aziendale per l'applicazione delle Norme contenute nel Decreto Legislativo 81/08 e s.m.l.	Sviluppare e diffondere apposite matrici di responsabilità per le varie articolazioni organizzative aziendali.	Distribuzione matrici ai servizi assistenziali	2020	Almeno 5	20	REPORT	U.O.C. Organizzazione e Programmazione	
	D.Lgs 81_2009	SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E TUTELA DEI LAVORATORI	Procedure di sicurezza	Redazione ed aggiornamento procedure di sicurezza aziendali	Procedure di sicurezza per le attività soggette a rischi normati	2020	Almeno 3 Procedure	20	Documenti	U.O.C. Organizzazione e Programmazione	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposte e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale (es. prevenzione e controllo del rischio di legionellosi)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	15	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
PUNTEGGIO TOTALE									75		

IL RESPONSABILE U.O.S.D.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. MEDICINA LEGALE

Direttore : Dott. Carmine Lisi

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E AFFIDABILITA' U.O.C. DI Medicina LEGALE	Validazione Sinistrosità, Contenzioso e Certificazioni medico legali Protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. DI Medicina LEGALE	Numero valutazioni effettuate/Totali dei sinistri e del contenzioso e Certificazioni medico legali	2020	Annualmente 90% di valutazioni effettuate/Totali	25		
		Documenti prodotti e/o revisionati	2020	Istituzione e/o modificazioni di 2 documenti	25		
EFFICIENZA	Proposta di 1 piano formativo aziendale Razionalizzazione risorse umane	1 piano Formazione personale	2020	Realizzazione di 1 piano formativo per anno	10		
		Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto al precedente	2020	Non incremento straordinario e/o convenzionamento interno	10		
	Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE					75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL SUB COMMISSARIO SANITARIO

DATA _____

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. Organizzazione e Programmazione
dei servizi ospedalieri e sanitari

Direttore :Dott. Mario Massimo Mensorio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP-LE VERIFICA
			Elaborazione di almeno 2 percorsi/procedure aziendali			2020	100	25	documenti	
			Elaborazione di uno strumento per il monitoraggio e rispetto dei percorsi clinici organizzativi COVID - 19			2020	100	20	documenti	U.O.C. Approprietezza, Epidemiologia Clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Debito Informativo	CIRCOLARE REGIONALE N 986 DEL 25/9/2020 e s.m.i.	Assicurazione dei flussi delle comunicazioni previsti dall'Unità di Crisi Regionale	Invio quotidiano del flusso B (esito tamponi) e flusso D (monitoraggio aggiornamento di stato) di cui alla circolare 986/2020	Numero dei flussi inviati quotidianamente	da aprile fino alla durata dell'emergenza	2/die (100%)	20	Trasmisione dei flussi ad U.O.C. Approprietezza, Epidemiologia Clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
				Trasparenza (D.Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali del allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	10	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
								75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL SUB COMMISSARIO SANITARIO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa,
Formazione, Qualità e Performance.
Direttore f.f.: Dott. Tommaso Sgueglia

OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESULTE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio attività sanitaria EA Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio Lea e attività di ricovero	Report trimestrale	anno 2020	4 reports annuali	20	RELAZIONE	
	Analisi dei risultati	Attività sanitaria e appropriatazza dei ricoveri	Relazioni semestrali	anno 2020	2 relazioni annuali	10	RELAZIONE	
FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Piano formativo Aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	anno 2020	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	10	RELAZIONE	
EFFICIENZA	Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera	Controlli delle SDO e debito informativo	Rilevazione debito informativo	anno 2020	verifica settimanale	15	Report	
		Prevenzione della corruzione	verifiche a campione sulla corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 in materia di attività formative sponsorizzate (misura n.6 del PTPCT 2020/2022)	anno 2020	5%	5	Report	RPCT
		Prevenzione della corruzione	Attivazione dei corsi di formazione specialistica in materia di appalti pubblici (misura n.8 del PTPCT 2020/2022)	anno 2020	90%	5	PAF	RPCT
		Prevenzione della corruzione	Attivazione dei corsi di formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti rischio corruttivo (misura n.13 del PTPCT 2020/2022) e realizzazione, in accordo con il RPCT, della giornata della Trasparenza	anno 2020	90%	5	PAF	RPCT
		Trasparenza (D. Lgs 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali ed alligato 3 al PTPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE						75		

IL DIRETTORE F.F. U.O.C.

IL SUB COMMISSARIO SANITARIO

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. RISK MANAGEMENT
Direttore f.f. Dott. Danilo Lisi

AREA OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	RISCHIO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RSR/LE VERIFICA
AREA IN CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Codice del Rischio Clinico	ABEVRIMENTO IIA	Implementare le 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti	Organizzare e tenere corso di formazione sulle raccomandazioni ministeriali	N. partecipanti ai corsi	2020	>30%operatori target	10	Rilevazione firma di presenza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
			Monitoraggio implementazione Raccomandazioni Ministeriali n. 2 e 3 e Check List di sala operatoria nelle aree chirurgiche	Fornire ai Dipartimenti idoneo strumento di monitoraggio e relative istruzioni e scadenze. Monitorare, attraverso i report forniti dai Dipartimenti, la presenza nelle cartelle cliniche chirurgiche della Check List di Sala Operatoria	Report sintetico per singola U.O. Chirurgica destinataria dell'obiettivo	2020	80% delle UOOC Chirurgiche monitorate	10	Report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
			Monitoraggio implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 5 e D.M. 2 nov 2015	Fornire ai Dipartimenti idoneo strumento di monitoraggio e relative istruzioni e scadenze. Monitorare i report forniti dai Dipartimenti, la presenza nelle cartelle cliniche in cui sia effettuata trasfusione della Check List di trasfusione e consenso alla trasfusione	Report sintetico per singola U.O. destinataria dell'obiettivo	2020	80% delle UOOC monitorate	10	Report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
			Monitoraggio implementazione Raccomandazioni Ministeriali n. 7, 12, 17 e 18	Fornire ai Dipartimenti idoneo strumento di monitoraggio e relative istruzioni e scadenze. Monitorare, attraverso i report forniti dai Dipartimenti, la presenza nelle cartelle cliniche di ricovero ordinario, della Scheda Unica di Terapia (S.U.T.) e della Scheda di Riconciliazione Farmacologica	Report sintetico per singola U.O. destinataria dell'obiettivo	2020	80% delle UOOC monitorate	10	Report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
			Implementazione Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e 16	Fornire ai Dipartimenti idoneo strumento di monitoraggio e relative istruzioni e scadenze. Monitorare, attraverso i report forniti dai Dipartimenti, la presenza nelle cartelle cliniche di parto della Check List di verifica e valutazione del rischio ostetrico-ginecologico	Report sintetico per singola U.O. destinataria dell'obiettivo	2020	80% delle UOOC monitorate	10	Report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
Codice del Rischio Clinico	ABEVRIMENTO IIA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 9	Verificare l'avvenuta produzione da parte dei Dipartimenti destinatari dell'obiettivo di un idoneo regolamento in recepimento della Raccomandazione n. 9 in cui siano esplicitamente definiti specifici indicatori di monitoraggio e aspetti di protezione organizzativa, collettiva e individuale (DPI) e, ove previste, siano contemplati i controlli di qualità	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate nell'allegato 3 al PRCT 2020/2022	2020	100%	10	Relazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione	
			Fornire ai Dipartimenti idoneo strumento di monitoraggio e relative istruzioni e scadenze. Monitorare, attraverso i report forniti dai Dipartimenti, la presenza nelle cartelle cliniche oncologiche e oncoematologiche della valutazione del rischio suicidario (se comunicata diagnosi o passaggio a terapia palliativa) e degli allegati di cui alla procedura di sicurezza in chemioterapia	Report sintetico per singola U.O. destinataria dell'obiettivo	2020	80% delle UOOC monitorate	10	Report	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione	
Codice del Rischio Clinico			Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 4 e 14	Fornire ai Dipartimenti idoneo strumento di monitoraggio e relative istruzioni e scadenze. Monitorare, attraverso i report forniti dai Dipartimenti, la presenza nelle cartelle cliniche oncologiche e oncoematologiche della valutazione del rischio suicidario (se comunicata diagnosi o passaggio a terapia palliativa) e degli allegati di cui alla procedura di sicurezza in chemioterapia	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate nell'allegato 3 al PRCT 2020/2022	2020	100	5	Verifica da parte del RCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
PUNTEGGIO TOTALE								75		IL DIRETTORE U.O.C.

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (COVID - 19)
 Direttore : Prof. Dott. Paolo Maggi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	ASSISTENZA IN NUOVA U.O.C	SDO	2020	100	50	SDO	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance
CONSEGNA SDO	CONSEGNA SDO	Consegna SDO ric. ORD. (10 gg. dalla dimissione)	SDO	2020	100	5	SDO	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance
ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	Archiviazione cartella clinica Max 30 gg dalla dimissione	Consegna cartelle cliniche in archivio	2020	100	5	Consegna in archivio	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance
Monitoraggio posti letto	Rilevazione giornaliera posti letto	Trasmisione giornaliera occupazione - disponibilità posti letto	dati giornalieri trasmessi alla Direzione Sanitaria	2020	100	5	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
	rispetto percorsi igienico sanitari checklist		checklist p.m.:60%	2020	100	5	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, (ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri)	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia di documenti del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia dei documenti utili all'identificazione del paziente	2020	100	5	Controlli a campione UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE						75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. TERAPIA INTENSIVA COVID - 19
 Direttore : Dott. Lucio Bucci

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	ASSISTENZA IN NUOVA U.O.C	SDO	2020	100	50	SDO	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
CONSEGNA SDO	CONSEGNA SDO	Consegna SDO ric. ORD. (10 gg. dalla dimissione)	SDO	2020	100	5	SDO	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	Archiviazione cartella clinica Max 30 gg dalla dimissione	Consegna cartelle cliniche in archivio	2020	100	5	Consegna in archivio	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Monitoraggio posti letto	Rilevazione giornaliera posti letto	Trasmissione giornaliera occupazione - disponibilità posti letto	dati giornalieri trasmessi alla Direzione Sanitaria	2020	100	5	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
	rispetto percorsi igienico sanitari checklist		checklist p.m.60%	2020	100	5	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia di documenti del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia dei documenti utili all'identificazione del paziente	2020	100	5	Controlli a campione UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TOTALE PUNTEGGIO						75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O.C. PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA (COVID -19)
 Direttore : Dott. Antonio Ponticello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI VO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	ASSISTENZA IN NUOVA U.O.C	SDO	2020	100	50	SDO	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
CONSEGNA SDO	CONSEGNA SDO	Consegna SDO ric. ORD. (10 gg. dalla dimissione)	SDO	2020	100	5	SDO	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	Archiviazione cartella clinica Max 30 gg dalla dimissione Trasmisione giornaliera occupazione - disponibilità post letto	Consegna cartelle cliniche in archivio	2020	100	5	Consegna in archivio	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Monitoraggio posti letto	Rilevazione giornaliera posti letto		dati giornalieri trasmessi alla Direzione Sanitaria	2020	100	5	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
	rispetto percorsi igienico sanitari checklist		checklist p.m. 50%	2020	100	5	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia di documenti del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia dei documenti utili all'identificazione del paziente	2020	100	5	Controlli a campione UOC Appropriatazze	U.O.C. Appropriatazze, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE						75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	Parienti COVID -19		OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	ASSISTENZA AL PARTO PAZIENTE COVID -19	SDO	2020	100	20	SDO	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	"Mantenimento nell'erogazione del LEA"	Decreto 21/2019	Istituzione Centro PMA I livello	Messa in atto e governo dei processi per i requisiti PMA I livello previsti da Decreto 21/2019	Apertura Centro PMA	2020	55%	2	Relazione	Direttore UOC Ginecologia
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gestione del Rischio Clinico	ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 6	Per ciascun parto vanno compilati i gli allegati da 1 a 4 della deliberazione n.170/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIAGRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Numero di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilati gli allegati da 1 a 4	2020	≥ 70%	2	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
	Gestione del Rischio Clinico	ADEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilati i gli allegati da 1 a 4 della deliberazione n.207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SAVO	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilate la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	2020	≥ 70%	2	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management
AREA EFFICIENZA	DEBITI INFORMATIVI E AMMINISTRATIVI	DEBITI INFORMATIVI E AMMINISTRATIVI	Schede di aborto spontaneo e schede IVG	Chiusura tempestiva SDO	Massimo 3 comunicazioni di mancata consegna	2020	Entro 7 giorni dalla dimissione del paziente	2		U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	DEBITI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia del documento di identità e della tessera sanitaria	2020	80%	1	Controlli a campioni UOC Appropriata	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UOC preposta un Piano di formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	1	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriata, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE										31

Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale

RPCT

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.O.O. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**

NEONATOLOGIA II LIV	Riduzione del 30% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma, per gastroenterite	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medical (≤25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale parti cesarei primari (≤ 24%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (<25%)	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ anno precedente e	Ricoveri O/1 gg. Drg. medici ≤ Anno precedente e ≤ al 2019	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
OSTETRICA E GINEC. A		6	6	5					7	10	10	5	10	3	62
DIR. UNIV.		2	2	4	10	2	2	2	2	4	4	1	7	2	44
PEDIATRIA		5	5	5					5	10	10	2	10	3	62
T.I.N.															10

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020

U.O. UNITA' OSSERVAZIONALE COVID - 19

Responsabile : Dott.ssa Maria Carbone

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	OBIETTIVO STRATEGICO QUALITATIVO	ASSISTENZA IN NUOVA U.O.C	SDO	2020	100	20	SDO	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
CONSEGNA SDO	CONSEGNA SDO	Consegna SDO ric. ORD. (10 gg. dalla dimissione)	SDO	2020	100	11	SDO	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	ARCHIVIAZIONE CARTELLA CLINICA	Archiviazione cartella clinica Max 30 gg. dalla dimissione	Consegna cartelle cliniche in archivio	2020	100	11	Consegna in archivio	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Monitoraggio posti letto	Rilevazione giornaliera posti letto	Trasmisione giornaliera occupazione - disponibilità posti letto	dati giornalieri trasmessi alla Direzione Sanitaria	2020	100	11	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
	rispetto percorsi igienico sanitari checklist		checklist p.m.60%	2020	100	11	Comunicazioni	Direzione Sanitaria
RENDI/CONTAZIO NE E RIMBORSO	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Ottenere, all'atto del ricovero o durante il ricovero (in ogni caso, prima della dimissione), copia di documenti del paziente al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, di copia dei documenti utili all'identificazione del paziente	2020	100	11	Controlli a campione UOC Appropriatazza	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
PUNTEGGIO TOTALE						75		

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PRONTO SOCCORSO/COVID -19)
 Direttore: Dott. Diego Palermoso

AREA OBIETTIVO	OGGETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	RIFERIMENTO	OGGETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2020	PESO OBIETTIVI %	STRUMENTO DI VERIFICA	RSPELLE VERIFICA
AREA DI EFFICIENZA	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	DIRITTI INFORMATIVI E AMMINISTRATIVI	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri	Completanza e tempestività del flusso EMUR	Alimentare correttamente, completamente e tempestivamente il flusso relativo all'Emergenza-Urgenza	2020	Numero di campi non correttamente/completamente alimentati; tempestività non rispettata	2	Segnalazioni da parte della Regione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
			Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UDC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Avenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2020	80%	2	Controlli a campione su cartelle	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
FORMAZIONE	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta e realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	Proporre all'UDC preposta un Piano di Formazione per il personale, relativo ad un tema di interesse strategico aziendale	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali dell'Allegato 3 al PRPCT 2020/2022	anno 2020/2022	100	2	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO TOTALE										
60										

AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT
APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI
LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER I GOBIRI n. 41 del 26 giugno 2012

Utilizzo appropriato dell'OGI

U.O.B.I. ha la finalità di un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, in genere nei primi 24 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede, o della dimissione. Si caratterizza per la possibilità di adattare al paziente che affierisce al Pronto Soccorso e che presenta sintomatologia acuta, il grado di completezza e a basso grado di criticità un tier diagnostico, terapeutico, completo ed erogato in tempi brevi con possibilità di accedere ad tutti gli strumenti, strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore. Il livello assistenziale e organizzativo tale da garantire visite, ammissioni e dimissioni tempestive; formalizzazione e regolamentazione esplicita dell'attività (autorizzazione aziendale, definizione del numero di posti letto di O.B.I., adozione di documenti, protocolli e linee guida comportamentali per la definizione dei livelli di gravità e dei percorsi diagnostico-terapeutici conseguenti, ecc.); documentazione dell'attività (compilazione di cartella clinica di O.B.I.); L'istituzione dell' "O.B.I. mia s.":
 -erilare ricoveri ordinari non necessari o inappropriati fin dalla ammissione;
 -assicurare condizioni di sicurezza per l'osservazione di casi non critici senza dover ricorrere al ricovero ordinario;
 -evitare dimissioni improprie dall' P.S.

almeno 2 visite mediche registrate in cartella (criterio obbligatorio);
 - almeno 1 Tra i seguenti criteri:
 - necessità di tempi ev o ossigenoterapia per un problema acuto con successiva valutazione degli effetti della terapia;
 - necessità di monitoraggio di almeno 1 tra i seguenti parametri (almeno 3 livelli successivi in cartella): Pressione Arteriosa, Frequenza Respiratoria, Frequenza Cardiaca, Glasgow Coma Scale, Saturazione O2, diuretici, alimentazione;
 - necessità di sedazione per procedura diagnostica o terapeutica.
 Al fine di una complessiva valutazione di appropriatezza dei ricoveri in OBI, almeno il 75% dei pazienti ricoverati dovrebbe essere dimesso entro le 24 ore.

INQUADRAMENTO CLINICO DIAGNOSTICO DEL PAZIENTE COVID SOSPETTO IN PRONTO SOCCORSO

REPORT DI PRONTO SOCCORSO

REPORT DI PRONTO SOCCORSO

Report

U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

**ATTRIBUZIONE OBIETTIVI ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2020
U.U.OO. CC.AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE**

	Riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze a breve e lungo termine) per diabete per BPCO, per scompenso cardiaco	Riduzione dei ricoveri di tipo diagnostico (≤ 30%)	Riduzione degli accessi di tipo medico (≤ 25%)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. 8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (≤ 0,21%)	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 28 giornate in regime ordinario) (≥ 60%)	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici (< 25%)	GIORNI DI DEGENZA MEDIA PRECEDENTI L'INTERVENTO CHIRURGICO (1,4)	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Degenza Media ≤ Anno precedente	Peso Medio ≥ ANNO precedente	Pazienti trattati e trasferiti ≥ anno precedente	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Archiviazione Cartella Clinica Max 30 gg dalla dimissione	TOTALE PUNTEGGIO
CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI	2			5		2		5	6	10	10	2	7	2	51
MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	1			1				1	1	2	2	4	2	1	15
NEUROCHIRURGIA	2	3	4	5		3	3	5	5	5	10		7	2	54
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	2	2	5	9	3	3	3	3	5	10		7	2	56
ANESTESIA E RIANIMAZIONE													7	3	10

RESPONSABILE VERIFICA U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

IL DIRETTORE U.O.C.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DATA

Attribuzione obiettivi anno 2020
U.O.C. FARMACIA
Direttore: Dott.ssa Anna DeIlo Stritto

AREA/OBIETTIVO	OBBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	REFERIMENTO	OBBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI REFERIMENTO	TARGET 200	RISORSA OBIETTIVO 0 %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESULE VERIFICA
AREA CLINICA GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Pazienti COVID - 19		ASSISTENZA FARMACOLOGICA/COVID - 19			2020	100	30		
	Partecipazione alla rete nazionale farmaco-vigilanza	RETE FARMACOVIGILANZA	Implementazione farmaco-vigilanza	Stabilizzazione e formazione delle UOOC alla cultura delle segnalazioni di ADR anche attraverso un maggior coinvolgimento dei monitor regionali	Trend segnalazioni sul sistema di farmaco-vigilanza	2020	>10% segnalazioni ADR	6	Report regionali	UOC APPROPRIATEZZA
	Gestione del Rischio Clinico	ADDEMPIMENTO LEA	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 1	Verifica della corretta tenuta delle soluzioni contenenti parassiti nelle UOOC	Verbale di ispezione	2020	Almeno 1 ispezione U.O. nel semestre	6	Verbali	UOC Risk Management
	FORMAZIONE F. CLINICAL SKILLS	FORMAZIONE	Proposta di 1 piano formativo aziendale	Proporre o partecipare ad un piano di formazione aziendale	Formazione personale	2020	Almeno 1 corso	6	Report presenze	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA		Analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica	Analisi dei trend di consumo con particolare riferimento ai consumi di antibiotici, biosimilari ed off label per UO	Report di consumo	2020	Almeno 1 report per biosimilari, per off label e antibiotici	6	Report	UOC APPROPRIATEZZA
	DEBITI INFORMATIVI	DECRETI SPESA FARMACETICA	Adempimento dei debiti informativi istituzionali - aziendali - regionali.	Garantire l'invio dei flussi istituzionali, assicurando il debito informativo	Segnalazioni di inadempienze	2020	0	6	Segnalazioni regionali/ministeriali	UOC APPROPRIATEZZA
EFFICIENZA	EFFICIENZA	GRIGIA LEA	Gestione Magazzino	Gestione efficiente delle scorte e degli ordini	Valore scaldi	2020	<10% vs 2018	5	Report	UOC APPROPRIATEZZA
	EFFICIENZA	EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno	Valore straordinario e/o convenzionamento interno	2020	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	5	Relazione	UOC APPROPRIATEZZA
				Trasparenza (D. Lgs 39/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuali del Illegato 3 al FPCT 2020/2022	2020	100	5	Verifica da parte del RPCT sulla azione "Amministrazione, Trasparenza" del sito Internet aziendale	RPCT
PUNTEGGIO MASSIMO								75		

IL DIRETTORE U.O.C.

IL SUB COMMISSARIO SANITARIO



**REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA
SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO
DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Deliberazione del Commissario Straordinario N. 403 del 14/04/2020

**PROPONENTE: UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE
QUALITA' E PERFORMANCE**

OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022.

In pubblicazione dal 14/04/2020 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese**

Redatto da

Fortunato Cappabianca

Elenco firmatari

Carmine Mariano - DIREZIONE GENERALE

*Tommaso Sgueglia - UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E
PERFORMANCE*

Antonietta Siciliano - DIREZIONE SANITARIA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI