



**Deliberazione del Direttore Generale N. 360 del 29/04/2022**

---

**Proponente: Il Direttore UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA,  
FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE**

**Oggetto: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024.**

**PUBBLICAZIONE**

In pubblicazione dal 29/04/2022 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**ESECUTIVITA'**

Atto immediatamente esecutivo

**TRASMISSIONE**

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

**UOC AFFARI GENERALI**

**Direttore Eduardo Chianese**

**ELENCO FIRMATARI**

*Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE*

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

*Angela Anecchiarico - DIREZIONE SANITARIA*

*Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, il funzionario Pasquale Cecere*

**Oggetto:** ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024.

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

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 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;
- 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 della 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;
- che il Decreto Legge 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge 113 del 6 agosto 2021, ha previsto l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione in cui il Piano della Performance risulta integrato, stabilendo, all'art.6 comma 6, che entro il termine di centoventi giorni dalla pubblicazione della Legge, il Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, previa intesa in sede di Conferenza unificata, avrebbe dovuto adottare un Piano tipo quale strumento di supporto alle amministrazioni;
- che nel predetto termine non è stato pubblicato il Piano tipo di cui al punto che precede;
- che, inoltre, la sentenza del Consiglio di Stato n.506 del 02.03.2022, ha determinato, di fatto, un ulteriore slittamento dei termini per la pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, prevedendo una riformulazione dello schema di D.P.R. abrogativo delle norme precedenti ed un invito a riformulare lo schema di Piano tipo;
- che per le motivazioni di cui ai punti che precedono, si rende opportuno procedere all'adozione del Piano della performance 2022/2024, rinviando, eventualmente le innovazioni normative dovessero richiederlo, a successivi provvedimenti per la formulazione ed adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione;

**Considerato**

- che 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

*Deliberazione del Direttore Generale*

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;

- che 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;
- che 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;

#### **Preso atto**

- che con delibera CIVIT n. 112/2010 "struttura e modalità di redazione del Piano della performance (art. 10 comma 1, lettera a), del D.Lgs. n. 150/2009) vengono fornite indicazioni operative per la stesura del Piano della performance;
- che 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";
- che l'emergenza pandemica legata alla diffusione del COVID-19 ha profondamente condizionato l'attività assistenziale negli ultimi due anni, determinando la proroga dello *stato di emergenza nazionale* a tutto il 31.03.2022;
- che, tenuto conto delle attuali prospettive di evoluzione della pandemia, si è reso indispensabile approfondire alcuni aspetti del Piano della performance tenendo conto dei dati risultanti dalle gestioni precedenti, predisponendo una serie di previsioni che consentiranno di procedere anche alle valutazioni di quelle unità operative le cui attività saranno state riconvertite per la gestione dei pazienti affetti da Covid-19;

#### **Dato atto**

- che il Piano della performance 2022-2024, oltre che in relazione alla emergenza COVID 19, è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento, in coerenza con gli obiettivi strategici assegnati dalla Regione Campania;
- che il suddetto Piano, ai sensi dell'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità" approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018, è stato, altresì, predisposto nel rispetto degli indirizzi previsti dalla Direttiva 2022 del Direttore Generale, approvata con deliberazione n.150 del 28.02.2022, le cui previsioni sono state condivise dal Collegio di direzione in data 16.12.2021, come da verbale n.12, prot. 35007/2022 giacente agli atti, nonché della relazione sanitaria elaborata dal Direttore Sanitario;
- che il medesimo Piano è stato redatto nel rispetto del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, approvato con deliberazione n.262 del 29.03.2019;
- che, ai sensi DPCM 23 settembre 2021 e del D.M. 8 ottobre 2021 e s.m.i.i., è stato elaborato il *Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)* che, come disposto dall'art. 263, comma 4-bis del Decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, è stato allegato al Piano della performance 2022-2024;

#### **Rilevato**

- che il Direttore Sanitario, con nota prot. n.6929 del 01.03.2022, ha invitato tutti i direttori ed i responsabili delle UU.OO.CC. e delle UU.OO.SS.DD. a proporre obiettivi specifici da valutare ed assegnare con le schede degli obiettivi di struttura;

*Deliberazione del Direttore Generale*

- che in data 10.03.2022, con verbale n.2, prot. 8448 del 14.03.2022 giacente agli atti, il Collegio di Direzione ha condiviso le indicazioni formulate dalla direzione strategica, impegnandosi a formalizzare le proposte in merito agli obiettivi specifici da riportare nelle schede obiettivo di ciascuna UU.OO. da inserire nel Piano della Performance 2022-2024;
- che le proposte trasmesse sono state raccolte dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance e inserite nelle rispettive schede degli obiettivi di struttura allegate al Piano;
- che, con nota prot.13343 del 28.04.2022, tra l'altro, sono stati programmati gli incontri con i dipartimenti per la sottoscrizione delle schede relative agli obiettivi di struttura precedentemente condivisi;
- che le OO.SS. aziendali potranno formulare eventuali osservazioni durante il periodo di validità del Piano *de quo*;

**Preso atto, altresì,**

- che l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), col verbale n.2 del 27.04.2022, ha preso atto favorevolmente del Piano della performance 2022-2024 predisposto e delle schede di competenza relative agli obiettivi 2022;

**Precisato**

- che il Piano della Performance 2022-2024 si integra con il Piano Triennale per l'Anticorruzione e per la Trasparenza attualmente vigente, nonché col Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance;
- che, in attuazione della normativa vigente come sopra richiamata, corre l'obbligo per l'Azienda di dare piena informazione del Piano a mezzo diffusione in apposita sezione del proprio sito istituzionale denominato "Amministrazione trasparente", ai fini della sua consultazione da parte dei portatori di interesse interni ed esterni;

**Ritenuto**

- di poter procedere, per quanto sopra rappresentato, all'adozione del Piano della Performance 2022-2024 allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

**Attestata**

la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia;

**PROPONE**

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2022-2024, comprensivo del Piano Organizzativo del Lavoro Agile e che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di evidenziare 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 le schede concordate relative agli obiettivi di struttura 2022 vengono sottoscritte in sede di incontri dipartimentali come programmati;

*Deliberazione del Direttore Generale*



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

---

4. di trasmettere copia del presente atto:
  - al Collegio Sindacale;
  - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
  - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
  - ai Direttori dei Dipartimenti ed alle UU.OO.CC. dell'area direzione amministrativa e dell'area direzione sanitaria 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;
5. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione degli obiettivi da conseguire.

U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E  
VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE  
Il Direttore f.f.: Dott. Tommaso Sgueglia

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dr. Gaetano Gubitosa**

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020  
insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

**Vista** la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore f.f. UOC Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance, Dr. Tommaso Sgueglia

**Acquisiti**

i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati:

Il Direttore Sanitario            Dr.ssa Angela Annecciarico            \_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo        Avv. Amalia Carrara                        \_\_\_\_\_

*Deliberazione del Direttore Generale*

*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.*



## 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:

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2022-2024, comprensivo del Piano Organizzativo del Lavoro Agile e che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di evidenziare 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 le schede concordate relative agli obiettivi di struttura 2022 vengono sottoscritte in sede di incontri dipartimentali come programmati;
4. di trasmettere copia del presente atto:
  - al Collegio Sindacale;
  - al Presidente e ai Componenti dell'OIV;
  - al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale;
  - ai Direttori dei Dipartimenti ed alle UU.OO.CC. dell'area direzione amministrativa e dell'area direzione sanitaria 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;
5. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, stante l'importanza ed i tempi di attuazione degli obiettivi da conseguire.

**Il Direttore Generale**  
**Gaetano Gubitosa**



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

**Direttore Generale: Gaetano GUBITOSA**

**PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024**  
**(art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs. n.150/2009)**





## Sommario

1	Presentazione del Piano .....	5
2	Sintesi delle informazioni di interesse .....	7
2.1	Chi siamo.....	7
2.2	Cosa facciamo .....	8
2.3	Come operiamo .....	10
2.4	Identità.....	11
2.5	Mandato istituzionale e Missione.....	12
2.6	Albero della performance .....	15
3	Analisi del contesto.....	16
3.1	Analisi del contesto esterno .....	17
3.2	Analisi del contesto interno .....	18
3.3	Modello organizzativo: i dipartimenti .....	19
4	L'amministrazione "in cifre" .....	21
4.1	I dati di attività degli anni precedenti.....	24
4.2	La gestione dell'esercizio 2021 e l'influenza dell'evento pandemico da Covid-19 .....	31
4.3	Le prospettive per l'anno 2022 .....	38
5	Il ciclo di gestione della performance .....	39
5.1	Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione.....	40
5.2	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio .....	42
5.3	La valutazione della performance individuale .....	42
6	Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori e target .....	45
6.1	Obiettivi assegnati all'Azienda .....	45
6.2	Obiettivi operativi .....	48
6.3	Metodologia per la valutazione del personale .....	49
6.4	L'influenza dell'emergenza pandemica sul sistema delle valutazioni .....	51
7	Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione .....	52
8	Allegati tecnici.....	54
	Analisi S.W.O.T.....	55
	Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane .....	56
	SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DELLA DIRIGENZA .....	58



SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DEL COMPARTO .....	72
SCHEDE DI RILEVAZIONE OBIETTIVI DI STRUTTURA .....	87
PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE 2022.....	88

## 1 Presentazione del Piano

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 10, comma 1 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (di seguito D.Lgs.150), aggiornato con le modifiche successivamente adottate, delle altre normative vigenti in materia 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 triennale;
- è predisposto anche in conformità all'art.10 del "Regolamento di Amministrazione e Contabilità", approvato da questa A.O.R.N. con deliberazione n. 383 del 14 giugno 2018; esso rappresenta l'evoluzione di due altri documenti, uno con funzione di programmazione (la Direttiva annuale del Direttore Generale) e l'altro di sintesi (la Relazione Sanitaria);
- 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.

Il Piano, secondo quanto previsto dal Decreto Legge 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge 113 del 6 agosto 2021, diventerà parte integrante di un documento più ampio ed articolato, denominato **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**. Il suo scopo è quello di raccogliere i diversi strumenti di programmazione usati in precedenza, raccogliendoli in un unico piano.

Il PIAO, in sintesi, include:

- Piano della Performance che dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il piano della formazione, che definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- Piano triennale del fabbisogno del personale, che dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Piano anticorruzione, così da raggiungere la piena trasparenza nelle attività di organizzazione.

Con l'avvio a regime del disposto di tale Legge, dunque, il Piano, in futuro sarà integrato all'interno del PIAO ed adottato in uno allo stesso.

Per quanto riguarda i contenuti del Piano, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs.74/2017, art.3, comma 1, lett. a), gli obiettivi sono articolati in obiettivi generali ed obiettivi specifici; 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](http://www.ospedale.caserta.it)) ad esclusione degli eventuali 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;
- 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 "Federico II" 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.

## **2.4 Identità**

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanto 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.

## **2.5 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.

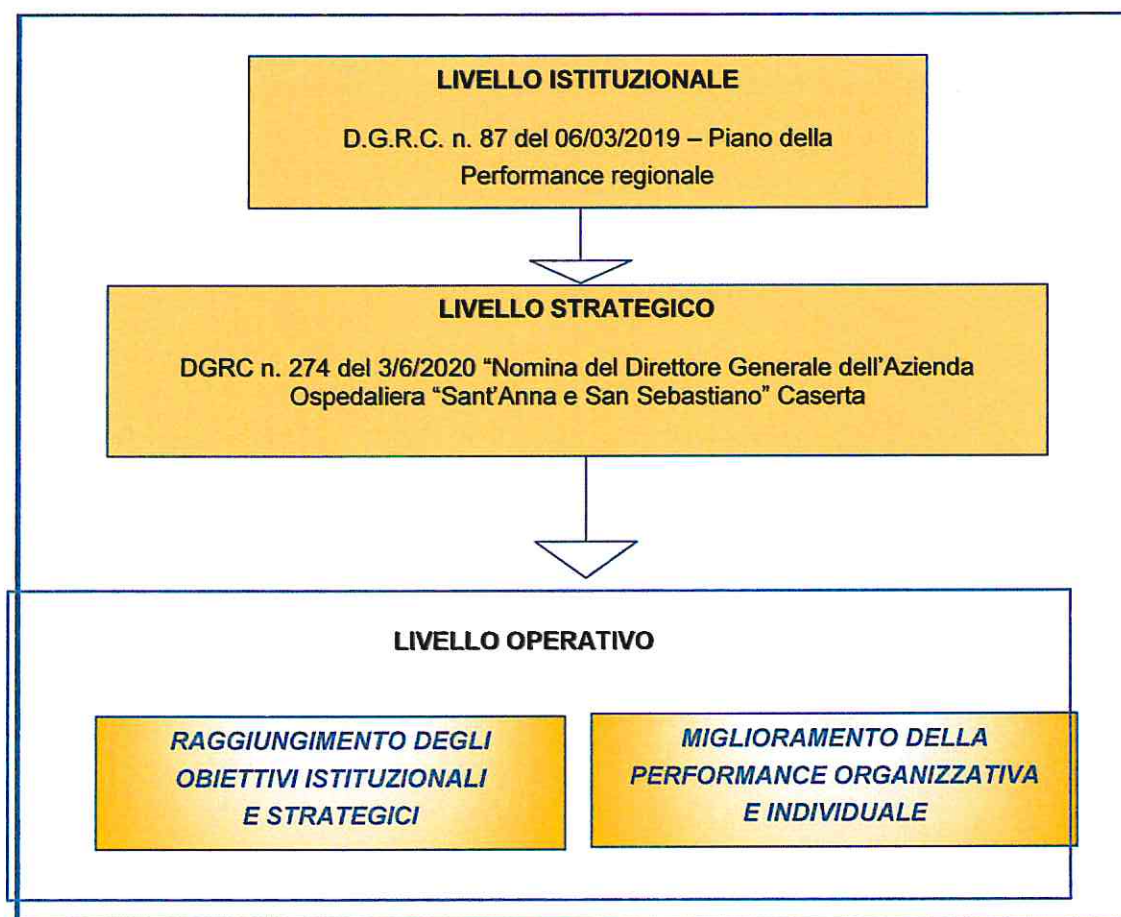
- **DIRITTO DI SCELTA** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'Azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato.
- **DIRITTO DI PARTECIPAZIONE** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'Ospedale, 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.

## 2.6 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.

### 3 Analisi del contesto

Si riportano dei significativi indicatori di confronto ISTAT riferiti all'ambito territoriale di interesse:

<b>Dataset: Indicatori demografici</b>					
Periodo	Campania		Caserta		
	2020	2021	2020	2021	
<b>Tipo indicatore</b>					
tasso di natalità (per mille abitanti)	8	..	8,3	..	
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,4	..	9,8	..	
crescita naturale (per mille abitanti)	-2,4	..	-1,5	..	
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	(p) 1,8	.. (p)	2	..	
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,9	..	-0,9	..	
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	0,7	..	1,6	..	
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-0,9	..	-1	..	
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-3,1	..	-0,3	..	
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-5,5	..	-1,8	..	
numero medio di figli per donna	1,3	..	1,31	..	
età media della madre al parto	31,7	..	31,8	..	
speranza di vita alla nascita - maschi	78,5	..	78,1	..	
speranza di vita a 65 anni - maschi	17,6	..	17,1	..	
speranza di vita alla nascita - femmine	83,4	..	83,4	..	
speranza di vita a 65 anni - femmine	21	..	20,9	..	
speranza di vita alla nascita - totale	80,9	..	80,7	..	
speranza di vita a 65 anni - totale	19,3	..	19	..	
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,3	14,3	14,7	14,8	
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,5	65,8	67,4	66,8	
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	19,3	19,9	17,9	18,5	
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	50,4	52,1	48,4	49,8	
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	29	30,2	26,6	27,7	
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	135,1	138,6	122	125,2	
età media della popolazione - al 1° gennaio	43	43,3	42,2	42,5	
<b>Dati estratti il 14 feb 2022 11:48 UTC (GMT) da I.Stat</b>					
<b>Legend:</b>					
<b>p:</b>	dato provvisorio				

### **3.1 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 un milione 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**

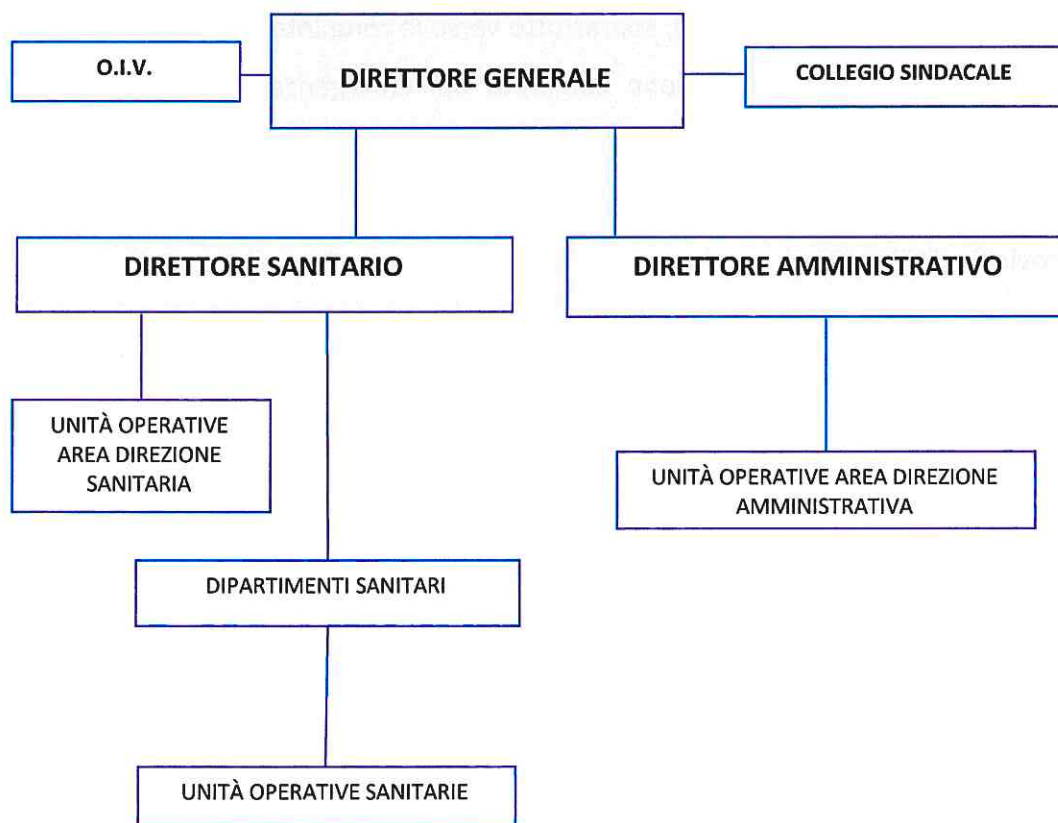
Il processo di cambiamento del contesto sanitario della Regione Campania, avviato con il Decreto Commissariale n. 49/2010 ed in prosecuzione oggi, attraverso il Piano Sanitario Regionale vigente, va nella direzione della progressiva deospedalizzazione e del potenziamento dei servizi territoriali. In 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.

### 3.2 *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





### 3.3 Modello organizzativo: i dipartimenti

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

- **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 7, tutti nell'area sanitaria:

- Cardio-Vascolare;
- Scienze Chirurgiche;
- Emergenza ed Accettazione;
- Oncologico;
- Salute della Donna e del Bambino;
- Scienze Mediche;
- Servizi Sanitari.

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.

Ciascun dipartimento articola la propria organizzazione attraverso le Unità Operative Complesse (da cui dipendono le unità Operative Semplici assegnate) ed attraverso le Unità Operative Semplici Dipartimentali. Queste ultime, quindi, sono dotate di autonomia rispetto alle altre UU.OO.CC. del dipartimento, rispondono degli obiettivi ad esse assegnati e si relazionano direttamente col direttore di dipartimento e con la direzione sanitaria.

Il dipartimento, quindi, rappresenta 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.

## 4 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 L.67/88 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.

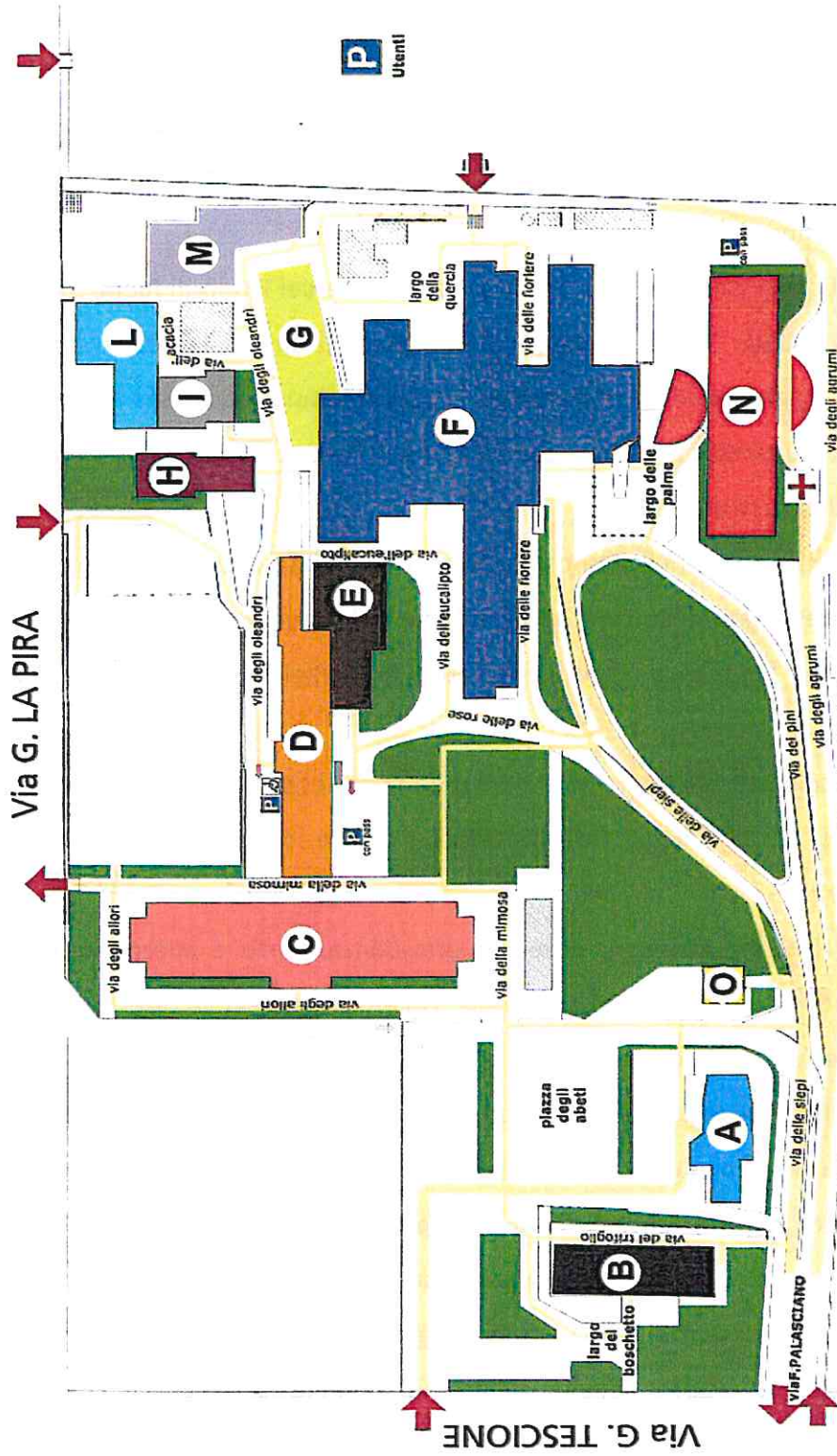
Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

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:



## Risorse umane

Il depauperamento progressivo del personale per cessazioni dal lavoro a vario titolo non sostituito, per molti anni, per il blocco delle procedure concorsuali, in ottemperanza alle direttive regionali e nazionali, risulta evidente se si analizza l'organico attuale; ciò ha creato disfunzioni sul versante assistenziale, rendendo, a volte, problematica anche la risposta all'emergenza.

Il tutto ha determinato un invecchiamento anagrafico del personale addetto all'assistenza, incrementando il ricorso ad assenze per malattia e la concessione di esoneri dalla turnazione e da compiti assistenziali per inidoneità al ruolo. 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.

Tuttavia, nell'ultimo anno, si è invertita questa tendenza grazie all'attivazione di diverse procedure di reclutamento del personale sanitario ed amministrativo.

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2021 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
<b>Ruolo Sanitario</b>	1569	1188	21	360
<b>Ruolo Professionale</b>	10	12	0	2
<b>Ruolo Tecnico</b>	340	152	43	145
<b>Ruolo Amministrativo</b>	148	64	29	55
<b>Totale</b>	<b>2067</b>	<b>1416</b>	<b>93</b>	<b>558</b>
<b>Totale DIRIGENZA MEDICA</b>	510	348	3	159
<b>Totale DIRIGENZA SANITARIA</b>	35	31	0	4
<b>Totale DIRIGENZA P.T.A.</b>	24	19	0	5
<b>Totale COMPARTO</b>	1498	1018	90	390

## **Risorse tecnologiche**

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomediche, consiste in circa 5.000 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 45.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N. 3 TC (una 256 slices, una 320 slices, una 16 slices);
- N. 1 RMN;
- N. 4 sistemi per angiografia (tre per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- N. 1 Mammografo Digitale con tomosintesi.

La manutenzione delle attrezzature biomedicali, è gestita dalla UOC Tecnologia Ospedaliera, Innovazione Tecnologica ed HTA.

## **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 nelle pagine che precedono del presente documento.

### ***4.1 I dati di attività degli anni precedenti***

Sebbene, di norma, i dati vengano riferiti all'esercizio precedente all'anno appena conclusosi e, quindi, in questo caso, all'anno 2020, avendo già la disponibilità dei dati relativi al IV Trimestre dell'esercizio dell'anno 2021, sebbene non ancora consolidati e, quindi, suscettibili di lievi aggiustamenti, si riporta, a seguire, l'analisi dei dati di attività relativa agli anni precedenti:

## A) REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

Le SDO prodotte nell'anno 2021 in regime di ricovero ordinario sono state n.12.801, nello stesso periodo del 2020 sono state n. 12.777 facendo registrare un decremento del +0,19%, mentre nel 2019 sono state n.15.077 facendo registrare un decremento del 15,34% rispetto all'anno precedente.

Il rimborso economico nell'anno 2021 in regime ordinario prodotto è stato pari a €.60.836.819,60 nel 2020 il rimborso è stato di €. 54.439.046, facendo registrare un incremento del + 11,75%, mentre nel 2019 era stato di €. 62.673.849,00 facendo registrare un decremento del 13,20% rispetto all'anno precedente.

Il rimborso medio DRG/caso trattato nell'anno 2021 è di €. 4.755,46, nel 2020 è stato di €. 4.261,37 facendo registrare un incremento del +11,59%.

Il peso medio nel 2021 è stato 1,39 nel 2020 è stato 1,27 (+ 9,45%), mentre nel 2019 era stato 1,23 facendo registrare un incremento del 3,25% rispetto all'anno precedente.

La degenza media registrata è di 8,76 nel 2021 con una variazione pari a + 5,93% rispetto al 2020 (8,27) e con una variazione del +0,73% rispetto al 2019 quando era stata pari ad 8,20 .

## B) REGIME DI RICOVERO DH/DS

L'analisi effettuata evidenzia quanto segue.

L'analisi è stata condotta sulle SDO in regime di DH/DS trasmesse che sono state **4.761** (anno 2021) a fronte delle 3.649 del 2020 (**+30,47%**) e 5.955 del 2019 (**-38,72%**). Nel 2021 il valore economico è stato di **€8.114.433,20** , contro €. 6.229.652,20 del 2020 (**+30,24%**) ed €. 9.086.722,00 del 2019 (**-31,44%**)

## C) RIEPILOGO TOTALE

In sintesi possiamo affermare che il rimborso economico totale delle SDO prodotte complessivamente in regime ordinario e DH/DS nell'anno 2021 è pari a **€68.951.252,80** nello

stesso periodo 2020 è stato di €.60.688.698,20 con un incremento percentuale circa del **+13,65%**, mentre nel 2019 è stato pari a € 71.760.571,80 con un decremento percentuale del **15,51%**.

Il totale delle SDO in regime ordinario e DH/DS prodotte nell'anno 2021 è stato di **17.562**, nel 2020 è stato di 16.426 facendo registrare un incremento del **+6,92%**, mentre nel 2019 erano state 21.032 con una riduzione nel 2020 del **-21,96%**.

#### **D) ATTIVITÀ AMBULATORIALE E PACC**

Per questa categoria, i dati dell'esercizio 2021, confrontati con quelli dell'anno precedente, sono i seguenti:

	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
<b>PACC TOTALI</b>	1.658	883	471
<b>VALORE PRODUZIONE PACC</b>	1.255.829	620.330	387.660
<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	256.501	141.113	173.518
<b>VALORE PRODUZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	6.934.043	3.835.821	4.976.543

*Nota: fonte dati CUP - programma Virgilio Web Hospital*

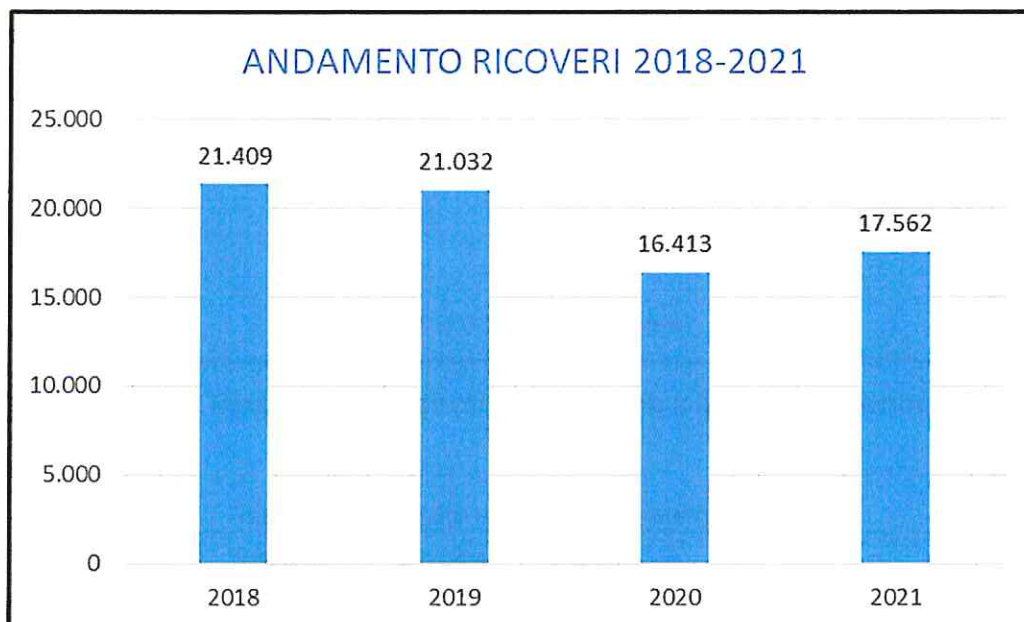
#### **E) ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO**

Per il pronto soccorso, i dati dell'esercizio 2021, confrontati con quelli degli anni precedenti, sono riportati a seguire.

Nell'anno 2021 gli accessi complessivi registrati sono risultati complessivamente pari a 54.928; nel 2019 gli accessi erano stati 77.513, nel 2020, per effetto della pandemia, erano stati 48.407.



Di seguito si riportano i dati in forma sintetica confrontati con quelli degli anni precedenti da cui risulta evidente l'influenza che ha avuto la diffusione della pandemia da Covid-19 sulle prestazioni erogate:



**Il grafico evidenzia l'influenza, in termini di riduzione dei ricoveri, che l'emergenza pandemica ha determinato.**

Tuttavia, pur essendo stato piuttosto contenuto il recupero in termini di numero di ricoveri, in termini di rimborsi, nel 2021 si è avuta una parziale mitigazione degli effetti dovuto all'incremento dei pesi dei trattamenti e dei corrispondenti rimborsi da DRG. Il grafico di seguito, confrontato col precedente, evidenzia questo aspetto:



Sono di seguito riportati dati sintetici di attività sanitaria riferiti agli anni 2019-2020-2021:

ANALISI ATTIVITA' DI RICOVERO E RAFFRONTO ANNI 2019-2020-2021

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021*	VARIAZIONE % 2019-2020	VARIAZIONE % 2019-2021
N. SDO RIC. ORDINARI	15.077	12.777	12.801	-15,26%	-15,10%
RIMBORSO TOTALE SDO ORD	62.673.849,80	54.439.046,00	60.836.819,60	-13,14%	-2,93%
TOTALE RICOVERI 0/1 GG	1037	1253	925	20,83%	-10,80%
di cui RICOVERI DRG MEDICI 0/1 GG	329	382	329	16,11%	0,00%
di cui RICOVERI DRG CHIRURGICI 0/1 GG	708	871	596	23,02%	-15,82%
N. SDO DRG MEDICI ORD.	9.078	7.669	7.410	-15,52%	-18,37%
RIMBORSO DRG MEDICI	25.607.728,80	22.719.074,00	23.590.621,60	-11,28%	-7,88%
N. SDO DRG CHIRURGICI	5.999	5.108	5.391	-14,85%	-10,14%
RIMBORSO DRG CHIRURGICI	37.066.121,00	31.719.972,00	37.246.198,00	-14,42%	0,49%
PESO MEDIO	1,23	1,27	1,39	3,25%	13,01%
RIMBORSO MEDIO PER CASO	4.157,33	4.261,37	4.755,46	2,50%	14,39%
INDICE DI OCCUPAZIONE	91	83	78	-8,22%	-14,03%
DEGENZA MEDIA	8,20	8,27	8,76	0,85%	6,83%
N.SDO TOTALE DH/DS	5.955	3.649	4.761	-38,72%	-20,05%
RIMBORSO TOTALE DH/DS	9.086.722,00	6.229.652,20	8.114.433,20	-31,44%	-10,70%
N. SDO DRG MEDICI DH	2.981	2.531	2.572	-15,10%	-13,72%
RIMBORSO DRG MEDICI	4.941.894,00	4.708.665,20	5.041.184,20	-4,72%	2,01%
N.SDO DRG CHIRURGICI DS	2.974	1.118	2.189	-62,41%	-26,40%
RIMBORSO DRG DS	4.144.828,00	1.520.987,00	3.073.249,00	-63,30%	-25,85%
TOTALE RICOVERI ORDINARI E DH/DS	21.032	16.426	17.562	-21,90%	-16,50%
TOTALE RIMBORSO RICOVERI ORDINARI E DH/DS	71.760.571,80	60.668.698,20	68.951.252,80	-15,46%	-3,91%

\* dati da consolidare

## LE ATTIVITÀ 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 spesso 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 2021 gli accessi registrati al Pronto Soccorso sono stati di **54.928 pazienti**, con un calo sul 2019 dovuto prevalentemente alla diffusione dell'emergenza pandemica da Covid-19. 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 ATTIVITÀ NELL'AMBITO DELLE RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Nell'anno 2021 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp):

- Nel settore **Relazioni con il Pubblico**:

- **Raccolta e Gestione dei Contatti Utenti**, ha gestito un totale di n.966 contatti, di cui:

- n.667 per informazioni
- n.299 per problematiche varie;

→ **Raccolta e Gestione delle Segnalazioni del Cittadino: Reclami ed Elogi**

sono state raccolte e gestite un totale di:

- n.24 reclami scritti, per un totale di n.26 segnalazioni;
- n.26 elogi scritti, per un totale di n.41 segnalazioni di merito.

• Nel settore **Comunicazione Istituzionale - Redazione Informazioni** (dal 14 giugno le attività svolte dall'URP sono state assegnate all'*Ufficio Stampa e relazioni con i media*):

- Ha prodotto e/o aggiornato i contenuti informativi relativi alla Carta dei Servizi articolata in sezioni. I contenuti sono stati veicolati attraverso due canali: il *sito internet aziendale* ([www.ospedale.caserta.it](http://www.ospedale.caserta.it)) ed i *monitor* presenti nelle sale di attesa dell'Ospedale;
- Ha aggiornato, all'occorrenza, per la pubblicazione sul sito internet aziendale ([www.ospedale.caserta.it](http://www.ospedale.caserta.it)), le informazioni di carattere logistico, intervenendo nella sezione "Mappa Ospedale" con gli elenchi, per ogni edificio, delle Unità operative distribuite per piano di ubicazione e nella sezione riferita agli elenchi delle Unità operative, distinte in U.O.C. e U.O.S.D., con indicazione dei relativi Direttori/Responsabili, edificio e piano di ubicazione;
- Ha aggiornato e modificato le seguenti schede informative:
  - "Pronto Soccorso/Triage/Codici di priorità";
  - "Prestazioni di Pronto Soccorso soggette a pagamento";
- Ha prodotto locandina informativa "Pronto Soccorso/Triage/Codici di priorità", destinata all'affissione nella sala di attesa del Pronto Soccorso (edificio N – piano 0);
- Ha aggiornato ed implementato le seguenti locandine informative, destinate all'affissione nelle sale di attesa del CUP (edificio B):
  - "Ambulatori istituzionali: modalità di prenotazione";
  - "Ambulatori istituzionali: modalità di accesso, accettazione e pagamento ticket";
  - "Ambulatori in libera professione intramuraria: modalità di prenotazione";
  - "Ambulatori in libera professione intramuraria: modalità di accesso, accettazione e pagamento ticket";

- "Gli sportelli del CUP: ubicazione, giorni e orari, attività".
- L'Urp ha prodotto e inviato informazioni sull'Azienda ospedaliera a Società di settore che hanno avanzato formale richiesta a riguardo. In particolare, ha elaborato dati per l'inserimento gratuito degli stessi in:
  - "Annuario della Comunicazione Italiana 2021/2022";
  - "US Annuario dei fornitori della Sanità in Italia 2021/2022".

## **4.2 La gestione dell'esercizio 2021 e l'influenza dell'evento pandemico da Covid-19**

La gestione dell'esercizio 2021, come, del resto, quella dell'anno precedente, è stata caratterizzata dall'evento straordinario della pandemia da Coronavirus (Covid-19) che ha stravolto le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, in particolare nelle aziende sanitarie pubbliche.

Il Governo, salvo ulteriori proroghe, com'è noto, ha prolungato il periodo emergenziale a tutto il 2022. Anche la gestione dell'esercizio 2021, come anticipato in premessa, è stata caratterizzata dall'evento straordinario della pandemia da Coronavirus (Covid-19) che, nelle sue ondate, ha continuato a stravolgere le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria soprattutto nelle aziende sanitarie pubbliche.

Il periodo emergenziale è stato, via via, prorogato, come ben noto, da parte del governo centrale fino al 31/03/2022.

L'A.O.R.N. ha fronteggiato la pandemia, nelle sue fasi, fornendo assistenza, nelle varie intensità di cura, con propri professionisti ponendo in essere ogni adempimento necessario. Ad oggi oltre 100 posti letto sono destinati a pazienti covid positivi con accorpamento di alcune unità (es. Chirurgia Generale e Day Surgery) operative e conversione di altre (Pneumologia, Malattie Infettive, Cardiologia a direzione Universitaria).

Di seguito si riportano tutti gli interventi posti in essere, come meglio descritti nella relazione del direttore sanitario, negli anni 2020 e 2021.

### Anno 2020

1. Riorganizzazione delle attività ospedaliere in recepimento alla D.G.R.C. n.304 del 16.06.2020 la UOC esplicitata nella Deliberazione N. 19 del 26/06/2020 avente ad oggetto: "Emergenza covid-19 — Riorganizzazione delle attività ospedaliere in recepimento della D.G.R.C. n.304 del 16.6.2020" con la quale, si è data continuità alle attività già svolte, nonché alla formalizzazione della composizione del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie;
2. Ampliamento del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie ad altre figure per attività di gestione specifiche; affidamento del Coordinamento del Comitato Tecnico Scientifico — Unità di Crisi Aziendale 2019 nCoV — Pandemie;
3. Deliberazione N. 45 del 09/07/2020 EMERGENZA COVID-19 — DELIBERAZIONE N. 19 DEL 26/06/2020. INTEGRAZIONE;
4. Elaborazione ed adozione del "Piano Aziendale per la Sicurezza Anticontagio" e del "Protocollo di Screening per l'Accesso alle Prestazioni dell'A.O.R.N.". proposti con Deliberazione N. 56 del 15/07/2020;
5. Attivazione della Struttura Modulare di Terapia Intensiva per il ricovero di pazienti Covid
6. Riorganizzazione attività di ricovero: nota prot. 0029237/i del 07/10/2020 emergenza covid- 19 — con la quale si è provveduto a mettere in atto azioni volte alla riorganizzazione delle attività assistenziali in considerazione dell'emergenza da covid 19;
7. Piano organizzativo funzionale per la gestione del paziente covid positivo nell'AORN di Caserta nelle fasi previste dalla DGRC n. 304 del 16.6.2020 e dalla DGRC n. 378 del 27.7.2020 con deliberazione n. 157 del 10-08-2020;
8. Raccomandazioni per la sorveglianza sanitaria del personale: nota prot. 0024528/i del 18/08/2020 emergenza covid-19 presa atto dell'ordinanza Regione Campania n.68 del 12.08.2020;
9. Rimodulazione attività sanitaria: nota prot. 0030464/i del 19/10/2020 emergenza covid-19;
10. Stesura e adozione Piano Vaccinale anti-sars-cov2/covid-19 per il personale dell'AORN di Caserta con Deliberazione n. 477 del 23-12-2020 e supporto all'allestimento e alla segnaletica dei percorsi di accesso, osservazione e uscita dal centro vaccinale;

11. Elaborazione protocolli per la dimissione in sicurezza del paziente covid-19 positivo con predisposizione della modulistica e del flusso informativo (asl/sep/regione) con Circolare prot. 31355 e 31148/2020.

#### Anno 2021

1. Direttive con le quali è stata stabilita la ripresa delle attività di elezione e di specialistica ambulatoriale ai sensi della nota prot. 2960 del 10.12.2020 de11'Unità di Crisi: nota prot. 0003768/i del 02/02/2021; nota prot. 0011750/i del 09/04/2021;
2. Protocolli con i quali si è provveduto a riorganizzare il modello di accesso al ricovero chirurgico programmato: nota prot. 011748/i del 09/04/2021;
3. Disposizioni e norme in tema di Accesso dei visitatori nelle strutture assistenziali dell'AORN ai sensi del DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n. 105- Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche Art. 4. Modifiche al decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 e identificazione delle relative responsabilità di effettuazione dei controlli e di verifica nota prot. 0023564/i del 09/08/2021;
4. Percorsi chirurgici, ostetrici e interventistici per pazienti covid-19 positivi con deliberazione n. 726 del 08-10-2021 e percorsi per specifiche tipologie assistenziali del paziente COVID + (emodinamica, ostetricia, dialisi);
5. Disposizioni e norme per la sorveglianza del personale, dei contatti a rischio, della quarantena del personale sanitario e del fine isolamento;
6. Protocollo Dimissione protetta Paziente COVID-19 positivo "Clinicamente Guarito" a strutture dell'ASL Caserta individuate come COVID Resorts in attesa di negativizzazione del Tampone NF — istruzioni operative;
7. Protocollo per la dimissione in sicurezza del paziente Covid positivo e Protocollo per il trasferimento al Covid Hospital Nota prot. n 35821/i del 31/12/2021 ;
8. Elaborazione della programmazione straordinaria dopo le prime fasi dell'emergenza pandemica per il recupero delle liste d'attesa di ricoveri chirurgici e di specialistica ambulatoriale in recepimento alla DGRC 620 del 29/12/2020 proposta con Deliberazione N. 527 del 29/06/2021 e aggiornata ai sensi del DGRC n. 353 del 04/08/2021 con Deliberazione N. 710 del 29/09/2021;

9. Elaborazione di un percorso per la gestione operativa in sicurezza della salma con possibile, probabile o confermata infezione da SARS CoV-2 proposto con Deliberazione N. 240 del 18/03/2021.

Nelle tabelle che seguono possono essere riassunti, in maniera sintetica, la produzione registrata nell'anno 2021 per le attività sostenute a fronte dell'assistenza Covid e una quantificazione dei rimborsi relativi per codice NSIS Covid\_19.

ATTIVITA' COVID ANNO 2021								
COD.	UNITA' OPERATIVE	N. Casi Dimessi SDO	Ricoveri 0/1 gg	Rimborso TOTALE	Rimborso medio per caso	Totale gg degenza	Degenza media	Peso Medio
0801	CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC	4	0	31.721,00	7.930,25	101	25,25	1,93
0802	CARDIOLOGIA DIREZIONE UNIVERSITARIA CON UTIC	1	0	24.494,00	24.494,00	43	43,00	6,33
0903	CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI	1	0	2.942,00	2.942,00	26	26,00	0,93
0906	CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA	1	0	5.155,00	5.155,00	21	21,00	0,89
0907	DAY SURGERY POLISP. E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE	3	0	27.542,00	9.180,67	94	31,33	1,92
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1	0	8.031,00	8.031,00	27	27,00	1,25
2101	GERIATRIA	3	0	15.740,00	5.246,67	114	38,00	0,90
2401	MAL. INFETTIVE E TROPICALI A DIR. UNIV.	24	0	91.977,00	3.832,38	298	12,42	1,13
2402	UNITA' OSSERVAZIONALE COVID-19	9	1	34.467,00	3.829,67	141	15,67	1,17
2403	MALATTIE INFETTIVE E TROP. A DIR. UNIV. COVID	95	4	511.416,00	5.383,33	1727	18,18	1,55
2601	MEDICINA INTERNA	11	0	60.230,00	5.475,45	244	22,18	1,45
2604	OSSERVAZIONE MEDICO CHIRURGICA COVID	72	1	335.474,00	4.659,36	1322	18,36	1,30
2605	MEDICINA 1 COVID	44	2	195.625,00	4.446,02	949	21,57	1,23
2901	NEFROLOGIA E DIALISI	6	1	28.398,00	4.733,00	143	23,83	1,46
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	0	28.284,00	9.428,00	70	23,33	2,05
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIR. UNIV	3	1	6.663,00	2.221,00	9	3,00	0,79
3703	OSTETRICIA E GINECOLOGIA COVID 19	22	6	32.976,00	1.498,91	78	3,55	0,57
3801	OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	1	0	51.919,00	51.919,00	64	64,00	12,43
3901	PEDIATRIA	3	2	4.737,00	1.579,00	7	2,33	0,71
4901	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	2	44.533,00	11.133,25	138	34,50	3,48
4904	TERAPIA INTENSIVA COVID-19	147	14	1.957.288,00	13.314,88	1519	10,33	3,70
5101	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	7	1	55.910,00	7.987,14	223	31,86	2,37
5801	GASTROENTEROLOGIA	7	0	28.656,00	4.093,71	117	16,71	1,24
6201	NEONATOLOGIA 2° LIVELLO	2	0	5.579,00	2.789,50	8	4,00	0,53
6801	PNEUMOLOGIA- FISIOPATOLOGIA RESP.	3	0	38.934,00	12.978,00	111	37,00	3,10
6803	PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESP COVID	2	1	6.055,00	3.027,50	19	9,50	1,51
9468	PNEUMOLOGIA SEMI INTENSIVA COVID	78	4	1.010.498,00	12.955,10	1095	14,04	3,57
<b>TOTALE</b>		<b>557</b>	<b>40</b>	<b>4.645.244,00</b>	<b>8.339,76</b>	<b>8708</b>	<b>15,63</b>	<b>2,32</b>

Il contrasto all'emergenza da SARS - CoV-2 è stato affrontato dalla nostra A.O.R.N. anche con l'implementazione del **Piano Vaccinale** esplicitato nella Deliberazione del Direttore Generale n. 477 del 23/12/2020 e realizzato durante l'anno 2021, nel quale venivano previste sedute vaccinali destinate a dipendenti, pazienti fragili e personale ditte servizi appaltati dall'A.O.R.N. L'attività effettuata, in termini di vaccinazioni eseguite, è rappresentata nella



tabella che segue:

Prime dosi	2802
Seconde dosi	2693
Terze dosi addizionali	153
Terze dosi booster	1316
<b>Totale</b>	<b>6964</b>

A completamento di detta attività, inoltre, a seguito della pubblicazione del Decreto Legge che ha previsto l'obbligo vaccinale per tutti gli operatori sanitari, è stata effettuata una attenta verifica sul personale dipendente con conseguente provvedimento di sospensione nei confronti dei dipendenti che non avevano assolto a tale obbligo.

Sempre in ambito vaccinale, l'A.O.R.N. ha partecipato attivamente allo **Studio di Fase II per la sperimentazione del vaccino Reithera**, vaccinando n. 55 volontari, giusta Deliberazione n. 220 del 12.03.2021 - Oggetto: *COVID-19 "Studio di fase II/III, randomizzato, stratificato, cieco all'osservatore e controllato con placebo per valutare l'efficacia, la sicurezza e l'immunogenicità del vaccino grad-cov2 negli adulti di età pari o superiore a 18 anni."* protocollo RT-Cov-2 01 — Acronimo Covitar — Promotore Reithera

Nel contrasto all'emergenza Covid-19 rientra anche l'attività effettuata relativa all'organizzazione posta in essere per garantire in sicurezza la **somministrazione degli anticorpi monoclonali** a pazienti adulti ed a pazienti pediatrici Covid positivi attraverso l'emanazione dei seguenti provvedimenti:

- Deliberazione N. 361 del 04/05/2021 - Oggetto: Procedura Interna per la Prescrizione, Distribuzione e Somministrazione degli Anticorpi Monoclonali anti Covid-19 per il trattamento dei pazienti pediatrici presso l'AORN di Caserta;
- Deliberazione N. 677 del 13/09/2021 - Oggetto: Procedura interna per la prescrizione, distribuzione e somministrazione degli anticorpi monoclonali anti covid-19 per il trattamento di pazienti ospedalizzati presso l'AORN di Caserta.

Da un punto di vista dell'assistenza dei pazienti Covid-19 si dà rappresentazione nella relazione illustrativa delle attività assistenziali realizzate e della loro valorizzazione.

In tal senso, va sottolineato che la gestione dei pazienti Covid e del piano vaccinale anti-Covid ha richiesto una forte collaborazione con gli altri attori del Servizio Sanitario Regionale, favorendo anche il superamento di alcune criticità emerse precedentemente riguardo all'insufficiente integrazione ospedale-territorio. Sulla scorta di queste esperienze, l'azienda procederà attivandosi per favorire ulteriormente una sempre maggiore integrazione ospedale-territorio.

Circa gli investimenti strumentali e in attrezzature posti in essere che si sono concretizzati nel corso del 2021 o che verranno completati nel 2022 occorre precisare quanto segue.

Con decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, in particolare l'articolo 2, vengono emanate disposizioni per il "Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19", al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso.

In tale ottica sono stati finanziati all'A.O.R.N. diversi interventi mirati al potenziamento dei posti letto specifici. In particolare, è stato finanziato un modulo esterno per l'assistenza in emergenza dei pazienti bisognosi di terapia intensiva, un ampliamento del pronto soccorso, ulteriori dodici posti letto per terapia intensiva all'interno della struttura ospedaliera, due ambulanze da dedicare all'attività emergenziale. Ad eccezione dell'ampliamento del PS attualmente in corso e ancora non ultimato per autorizzazioni amministrative, nel corso del 2021 sono stati realizzati e resi operativi i dodici posti letto di Terapia Intensiva post operatoria, l'acquisto delle due ambulanze, un'attrezzatura angiografica dedicata a pazienti covid; mentre con i fondi del PNRR è in corso una diversa allocazione delle apparecchiature TAC con percorso separato per quella da destinare a pazienti covid-19. L'Azienda è in attesa di conferma di assegnazione dei fondi PNRR per la riqualificazione sismica e ammodernamento dell'Ospedale. La fattibilità tecnica ed economica per l'utilizzo dei fondi previsti dal PNRR si materializza con Deliberazione n. 935 del 23/12/2021 con cui è stato approvato il "Progetto per la demolizione e ricostruzione parziale degli edifici dell'AORN di Caserta".

In data 08/02/2022 si è tenuta la conferenza dei servizi, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 241/90, per l'ottenimento del nulla osta di fattibilità per l'intervento in questione.

Di seguito, si riporta il prospetto riepilogativo del conto economico al IV trimestre 2021/Consuntivo 2021 corredato dei dati relativi ai costi identificati con codice "COVID":

CE		CE IV TRIMESTRE 2021/CE CONSUNTIVO 2021 "TOTALE"	di cui CE IV TRIMESTRE 2021/ CE CONSUNTIVO 2021 - Codice "COVID"
CODICE	DESCRIZIONE	Colonna 1	Colonna 2
	<b>A) Valore della produzione</b>		
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	87.257.614,62	-
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.247.882,61	-
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	1.691.337,97	649.551,00
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	78.830.869,88	-
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.117.097,45	-
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	685.391,79	-
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.102.975,64	-
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	142.146,67	-
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	170.579.551,41	649.551,00
	<b>B) Costi della produzione</b>		-
BA0010	B.1) Acquisti di beni	39.294.408,86	119.621,40
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	25.937.302,61	1.305.331,50
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.381.892,05	-
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.626.781,16	-
<b>BA2080</b>	<b>Totale Costo del personale</b>	<b>82.480.906,08</b>	<b>2.066.954,92</b>
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	75.639.599,97	2.033.815,02
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	459.449,80	-
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	4.385.950,41	33.139,90
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	1.995.905,90	-
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	1.787.351,89	-
<b>BA2560</b>	<b>Totale Ammortamenti</b>	<b>3.124.272,83</b>	<b>-</b>
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	33.099,13	-
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	3.091.173,70	-
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	28.331,00	-
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	917.613,14	-
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	8.731.822,28	-
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	169.310.681,90	3.491.907,82
	<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>		-
CA0010	C.1) Interessi attivi	-	-
CA0050	C.2) Altri proventi	121,56	-
CA0110	C.3) Interessi passivi	-	-
CA0150	C.4) Altri oneri	808,54	-
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 686,98	-
	<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>		-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-
	<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>		-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 182.226,09	-
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	1.085.956,44	- 2.842.356,82
	<b>Y) Imposte e tasse</b>		-
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	6.126.177,88	218.354,96
ZZ9999	<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>- 5.040.221,44</b>	<b>- 3.060.711,78</b>

### 4.3 Le prospettive per l'anno 2022

Le attese per la gestione dell'Azienda nell'anno 2022 sono prevalentemente condizionate dall'evoluzione del quadro pandemico complessivo ed a livello locale.

In tal senso, tenuto conto anche di quanto accaduto negli anni precedenti, appare molto difficile, se non impossibile, fare previsioni a medio e lungo termine. Conseguentemente, data la varietà e l'imprevedibilità dei possibili scenari futuri, occorrerà, ove le condizioni lo richiederanno, procedere a futuri e progressivi adattamenti di questo piano alle varie mutazioni delle condizioni al contorno che potranno caratterizzare l'evoluzione dei vari fattori nel corso dell'anno 2022.

Tuttavia, è opportuno riportare i dati del bilancio di previsione relativo alle risorse finanziarie e ai costi previsti per l'anno 2022 – deliberazione n.924 del 20 dicembre 2021 – che vengono, qui di seguito, rappresentati:

Valore della produzione	Valore previsto anno 2022
A.1) Contributi in c/esercizio	€ 87.236.892
A.2) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-€ 2.271.210
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati esercizi precedenti	€ 750.000
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	€ 78.909.348
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	€ 849.080
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	€ 1.355.000
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	€ 3.102.975
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
A.9) Altri ricavi e proventi	€ 151.676
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>€ 170.083.761</b>
Costi della produzione	Valore previsto anno 2022
B.1) Acquisti di beni	€ 37.513.246
B.2) Acquisti di servizi	€ 22.090.561
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	€ 4.770.899
B.4) Godimento di beni di terzi	€ 1.191.445
<b>Totale costo del personale</b>	<b>€ 85.746.478</b>
B.9) Oneri diversi di gestione	€ 1.794.440
<b>Totale ammortamenti</b>	<b>€ 3.124.272</b>
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	€ 51.000
B.13) Variazione delle rimanenze	€ 2.480.304
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	€ 5.462.830
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>€ 164.225.475</b>
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>-€ 12.500</b>
<b>Totale imposte e tasse (Y)</b>	<b>€ 5.845.786</b>
<b>Risultato d'esercizio</b>	<b>-</b>

L'Azienda, dunque, prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2022.

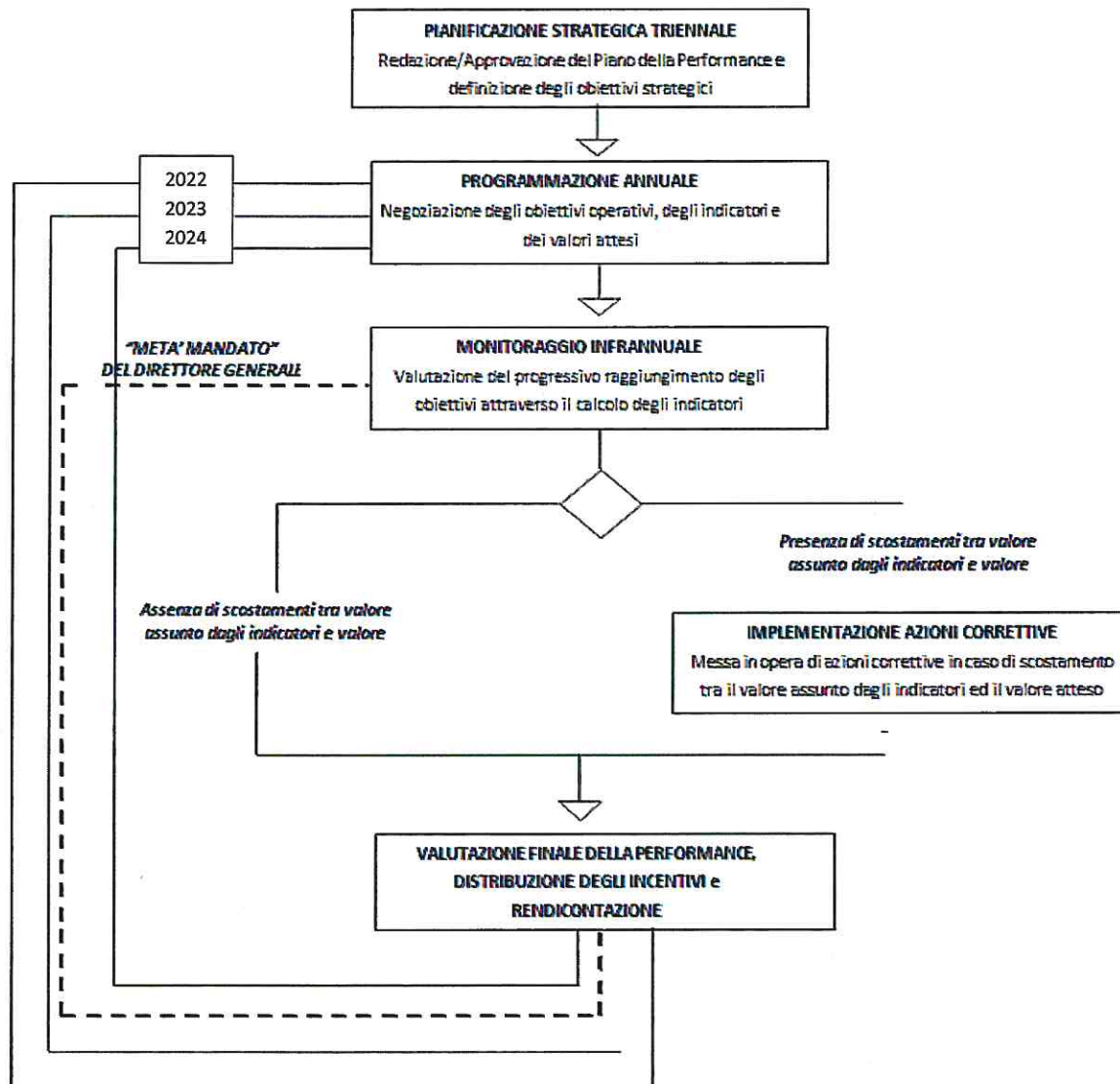
## 5 Il ciclo di gestione della performance

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 (negoiazione 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, anche attraverso l'adozione della *relazione sulla performance*);
- 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 una valenza triennale, 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. 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, di norma, effettua a 18 mesi a partire dall'incarico conferito.



### 5.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione

Il Piano è redatto sulla base delle previsioni del sistema sanitario regionale, del Piano Sanitario Regionale vigente. Il sistema basato su questi documenti fondamentali, nonché sugli altri atti di indirizzo in materia, pone il cittadino al centro del sistema, cercando di offrire risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute. I principi fondamentali su cui si basa l'intero sistema possono essere riassunti nei punti seguenti:

- miglioramento e potenziamento della prevenzione e della promozione della salute;

- - integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema;
- ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento, lo sviluppo della clinical governance e l'attenzione alla sicurezza delle cure;
- realizzazione dei necessari investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico;
- riorganizzazione del sistema informativo e sviluppo delle attività di monitoraggio;
- politiche del farmaco;
- cura della formazione e della qualificazione del personale.

L'attuazione della normativa regionale trova espressione nell'attuazione 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 attraverso le seguenti fasi:

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 principali soggetti coinvolti nella redazione e divulgazione del Piano possono essere individuati come segue:

- per le fasi 1, 3 e 4 le UU.OO.CC. "Programmazione e Controllo di Gestione", "Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari", "Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance", sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica;
- per la fase 2, le UU.OO.CC alle dirette dipendenze di Direzione Amministrativa e di Direzione Sanitaria;
- per la fase 5 la U.O.C. Appropriatezza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance e la U.O.C. Affari Generali.

Il collegamento obiettivi-risorse e l'assegnazione dei budget prevedono il coinvolgimento di tutte le UU.OO. interessate e, in particolare, della U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria, Provveditorato-Economato e Gestione Risorse Umane, nonché della U.O.C. Farmacia.

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

## **5.2 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 della performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano della performance con gli indirizzi del bilancio di previsione viene 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 interessati dai due processi: dalla Gestione Economico Finanziaria al Controllo di gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo degli 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) sulle 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 strategico e tematico che costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione al Direttore generale.

## **5.3 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 della



*performance individuale* il più possibile oggettivi ed in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, com'è 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.

In allegato sono state elaborate alcune schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori.

Gli indicatori previsti, in linea generale, 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 sull'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché sull'*ascolto* o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziazione**, 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.

A seconda delle figure da valutare, sono state predisposte le schede di valutazione individuali allegate al presente piano.

## 6 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.

Di seguito, vengono richiamati, in maniera sintetica, gli obiettivi assegnati all'azienda e quelli programmati dalla direzione strategica. Per una descrizione più dettagliata, si rinvia al § 4 della Direttiva 2022 approvata con deliberazione del direttore generale n.150 del 28.02.2022 .

### 6.1 Obiettivi assegnati all'Azienda

Le prospettive e le scelte strategiche dipendono, in modo sostanziale, dagli indirizzi ministeriali e regionali previsti per il miglioramento del Sistema Sanitario e, quindi, dal rispetto della normativa nazionale e regionale in materia.

Nell'ambito di questi, vanno richiamati gli obiettivi di carattere generale assegnati al direttore generale con D.G.R.C. n.274 del 3.6.2020 che vengono riportati qui di seguito:

- a) *gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;*

- b) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;*
- c) la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;*
- d) l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);*
- e) la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;*
- f) il rispetto dei tempi di pagamento.*

Con la stessa deliberazione di Giunta vengono assegnati gli obiettivi specifici di natura preliminare che sono così articolati:

- a) erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA), nonché dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;*
- b) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramuraria;*
- c) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.*

Inoltre, sempre la medesima deliberazione regionale assegna, all'allegato 1, gli obiettivi tematici riportati di seguito:

- Percentuale di ricoveri ordinari con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici < 25%;*
- Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico: rif. 1,4 giorni;*
- Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia <= 20%;*

- *Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM;*
- *Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO.*

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, tenuto conto dello stato di implementazione dei vari strumenti informatici gestionali, 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 i comportamenti organizzativi, e 25/100 gli obiettivi individuali, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale – deliberazione n.262/2019.

## **6.2 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, alle previsioni dell'Atto Aziendale ed all'attuazione dei decreti e delle delibere di indirizzo regionale; sono, altresì, integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

Il dettaglio degli obiettivi operativi è riportato al § 4 della Direttiva 2022 approvata con deliberazione del direttore generale n.150 del 28.02.2022 a cui si rinvia gli approfondimenti.

Questi ultimi, unitamente agli obiettivi di carattere generale assegnati dalla Regione, descritti nel paragrafo precedente e di cui sono una diretta declinazione, vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento e, successivamente, dagli stessi "calati" alle unità operative afferenti, attraverso una fase di concertazione, definendo gli indicatori, il peso e le tempistiche di raggiungimento. Tutti questi elementi vengono, quindi, riportati nelle schede di rilevazione degli obiettivi di struttura riportati in allegato al presente piano. Tali schede possono essere rimodulate e/o integrate laddove si ravvisasse la necessità di ricalibrare le stesse alle esigenze sopraggiunte o nel caso dovesse sorgere la necessità di meglio conformarle agli obiettivi individuati dalla direzione strategica.

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.

### **6.3 Metodologia per la valutazione del personale**

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 codificata dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

Tale sistema, tenuto 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, sulla base delle misurazioni eseguite dalle strutture aziendali preposte, relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati.

In base al vigente SMVP, la valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere formalizzata con un punteggio massimo  $V_1=75$  punti.

**Relativamente al punto 2), i comportamenti organizzativi individuali di tutti i dirigenti, del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità, nonché di tutto il personale del comparto, sono valutati dai Direttori della Struttura immediatamente sovra ordinata. La valutazione si articola attraverso l'analisi dei comportamenti di ciascuno osservabili nello svolgimento dell'attività lavorativa individuale e di gruppo, e la valorizzazione di ciascuna delle voci contemplate viene formalizzata mediante la compilazione di schede di valutazione individuale appositamente concepite e riportate in allegato al presente piano.**

La valorizzazione della performance individuale viene costruita attraverso una griglia il cui punteggio massimo è posto pari a  $V_2=25$  punti.

Le due componenti della valutazione sopra indicate concorrono a formulare il risultato finale che identifica la valutazione complessiva "V" di ciascun dipendente e costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato.

Di norma, quindi, la valutazione complessiva "V" sarà data dalla formula:

$$V = V_1 + V_2$$

**Solo per i direttori/responsabili delle UU.OO. che generano flussi informativi sulle S.D.O., nel calcolo della valutazione complessiva "V" dovrà tenersi conto del risultato conseguito rispetto ad obiettivi che la direzione strategica considera come *obiettivi altamente strategici* e che, per la loro prevalente importanza, incidono trasversalmente sulla valorizzazione dei restanti obiettivi. In tal caso, la formula per il calcolo della valutazione complessiva "V" diventa:**

$$V = k \cdot (V_1 + V_2)$$

dove il coefficiente "k" è dato dalla sommatoria di altri due coefficienti secondo la formula seguente:

$$k = k_1 + k_2$$

I due coefficienti  $k_1$  e  $k_2$  vengono determinati secondo la seguente griglia:



**OBIETTIVI ALTAMENTE STRATEGICI DELL'A.O.**

**DETERMINAZIONE DEL COEFFICIENTE "k" PER LA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI/RESPONSABILI DELLE UU.OO. CHE GENERANO FLUSSI INFORMATIVI PER LE SDO**

OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi - Registrazione dimissioni	Tempestiva registrazione delle dimissioni dei pazienti nell'apposito applicativo informatico contestualmente al termine del ricovero e delle attività assistenziali nella U.O. - Obbligo per la SDO informatizzata	Tempi di registrazione della dimissione nell'apposito applicativo informatico (ADT)	2022	100	$k_1 =$ addendo del moltiplicatore dei restanti obiettivi di performance obiettivo raggiunto: $\Rightarrow k_1=0,50$ - obiettivo non raggiunto: $\Rightarrow k_1=0,25$	QUANI/ADT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Corretta e tempestiva alimentazione dei flussi - SDO	Chiusura tempestiva SDO entro max 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi (p.es. attesa per esami istologici)	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica... e dalla direzione strategica	2022	max n.3 solleciti/anno	$k_2 =$ addendo del moltiplicatore dei restanti obiettivi di performance obiettivo raggiunto: $\Rightarrow k_2=0,50$ - obiettivo non raggiunto: $\Rightarrow k_2=0,25$	QUANI/ADT/ note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

#### **6.4 L'influenza dell'emergenza pandemica sul sistema delle valutazioni**

Il perdurare dell'emergenza pandemica da Covid-19 e l'incertezza della durata del periodo emergenziale, allo stato fissato fino al 31.03.2022, impongono, sin d'ora, in via del tutto eccezionale, la previsione di apposite modalità di misurazione e di valutazione al verificarsi dei vari scenari, limitatamente alle UU.OO. riconvertite per il trattamento dei pazienti affetti da Covid-19. A tal proposito, valorizzando l'esperienza maturata negli anni scorsi e tenuto conto delle criticità emerse in merito, è stata elaborata un'apposita scheda per la valutazione delle UU.OO. dedicate al trattamento dei pazienti contagiati dal Covid che viene allegata al presente piano insieme a quelle predisposte per le strutture aziendali ordinarie.

Pertanto, nell'ipotesi già verificatasi negli scorsi due anni che una U.O. ordinaria dovesse essere riconvertita, nel corso dell'anno, ad U.O. dedicata ai pazienti contagiati dal Covid, la valutazione di struttura sarà data dalla sommatoria, ponderata in base ai periodi di apertura, delle valutazioni assegnate rispettivamente alla U.O. ordinaria ed a quella della struttura convertita per la cura dei pazienti affetti da Covid.

Qualora il personale impegnato nella U.O. Covid dovesse provenire da altre UU.OO. per "rinforzare" l'organico della U.O. Covid, la valutazione di struttura, per questi dipendenti, sarà la somma ponderata delle valutazioni di struttura delle due UU.OO. per cui si è prestato servizio nel corso dell'anno.

## 7 Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione

Le disposizioni contenute nel vigente Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza rivestono carattere di obiettivo strategico aziendale e devono intendersi "a valenza trasversale", nel senso che devono essere conosciuti ed applicati da tutti i dipendenti dell'azienda, ciascuno in rapporto al ruolo ricoperto.

Fermo restando l'attuazione delle indicazioni di dettaglio contenute in detto piano, in linea generale, il personale aziendale con ruoli di responsabilità deve attuare le azioni di seguito elencate:

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. verificare l'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. verificare la 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.

## 8 Allegati tecnici

- Analisi SWOT;
- Analisi quali-quantitativa delle risorse umane;
- Schede di valutazione individuale – Area Dirigenza;
- Schede di valutazione individuale – Area Comparto;
- Schede di rilevazione obiettivi di struttura;
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022 (POLA);

## Analisi S.W.O.T.

<b>ANALISI S.W.O.T.</b>	
<b>Punti di forza</b>	<b>Punti di debolezza</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionalità di elevata competenza;</li> <li>- Tecnologie di elevata specialità;</li> <li>- Attività uniche nel bacino di utenza;</li> <li>- Casistica trattata;</li> <li>- Concentrazione delle attività in un unico presidio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scarsa implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio;</li> <li>- Vetustà dei locali di alcune Unità Operative;</li> <li>- Parco tecnologico da aggiornare;</li> <li>- Carenza di personale;</li> <li>- Lavori di ristrutturazione in corso;</li> </ul>
<b>Opportunità</b>	<b>Minacce</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione di piani di gestione integrata ospedale-territorio;</li> <li>- Incremento delle prestazioni ambulatoriali in luogo di ricoveri con DRG inappropriati;</li> <li>- Rapporto integrato e istituzionalizzato con le associazioni di volontariato;</li> <li>- Capacità di attrarre utenza da altre province della regione e da altre regioni.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuzione del numero di ricoveri e dei PACC in conseguenza della diffusione del Covid-19;</li> <li>- Necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità per inadeguatezza dell'offerta territoriale;</li> <li>- Incremento delle giornate di degenza per inadeguatezza dell'offerta territoriale;</li> </ul>

### **Tabella analisi quali-quantitativa delle risorse umane**

<b>ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI</b>	
ANNO	2021
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	50
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	52
% DIPENDENTI IN POSSESSO DI LAUREA	32
<b>ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	
ANNO	2021
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	1,9
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	2,1
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	9
<b>INDICATORI</b>	
ANNO	2021
% DI DIRIGENTI DONNE	42
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	52
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	62000
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	28000
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	51
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	27



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

---

---



# ***SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DELLA DIRIGENZA***



## Scheda di valutazione individuale - 2022 Area Dirigenza – Ruolo Sanitario DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Dipartimento</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Proponente Valutazione</b> (Cognome e Nome Direttore Sanitario)				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome Direttore Generale)				

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

<b>1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO</b>					
1.1 Coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva, in modo pieno, i propri compiti al fine di assicurare che ogni unità operativa operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze del dipartimento.	1	2	3	4	5
<b>2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP</b>					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto nel dipartimento.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative ( <i>problem solving</i> ).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia, anche in condizioni di incertezza ed emergenza, assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
<b>3. INTEGRAZIONE AZIENDALE</b>					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione dipartimentale.	1	2	3	4	5
<b>4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ DIPARTIMENTO</b>					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi del dipartimento e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Gestisce correttamente il budget di dipartimento, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
<b>5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, APPROPRIATEZZA E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE</b>					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Monitora la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali.	1	2	3	4	5



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

5.3	Garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico.	1	2	3	4	5
5.4	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 del dipartimento. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
5.5	Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
<b>6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b>						
6.1	Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D. ed il comparto afferenti al proprio dipartimento tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore di Dipartimento) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2	Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3	Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5
6.4	Verifica il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di appartenenza al dipartimento e risponde dei risultati complessivi in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.	1	2	3	4	5

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 100
-------------------------	-------------

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

<b>Proponente (DIRETTORE SANITARIO)</b> Data e firma _____	<b>Valutato (per presa visione)</b> Data e firma _____
---	---

<b>Validazione O.I.V.</b> Prot. _____	<b>Valutatore (DIRETTORE GENERALE)</b> Data e firma _____
--	--

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Dirigenza – Ruolo Sanitario**  
**Direttore U.O.C./Responsabile U.O.S.D.**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome)				

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

<b>1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO</b>					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, monitorando, contestualmente, la puntualità e il rispetto dell'orario di servizio dei propri dipendenti ed una corretta gestione degli istituti contrattuali.	1	2	3	4	5
<b>2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP</b>					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative ( <i>problem solving</i> ).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza, assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5 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
<b>3. INTEGRAZIONE AZIENDALE</b>					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione dipartimentale.	1	2	3	4	5
<b>4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.</b>					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Dimostra la capacità di indurre un coinvolgimento sostanziale dei propri collaboratori nella gestione del budget, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
4.3 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria (es. in emergenza).	1	2	3	4	5
<b>5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE</b>					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di	1	2	3	4	5



proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.					
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 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 della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali. Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.					
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce 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
<b>6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b>					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ /100 (*)
-------------------------	----------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Dirigenza – Ruolo Sanitario**  
**Direttore U.O.C./Responsabile U.O.S.D. senza Dipartimento**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome)				

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

<b>1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO</b>						
1.1	Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2	Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, monitorando, contestualmente, la puntualità e il rispetto dell'orario di servizio dei propri dipendenti ed una corretta gestione degli istituti contrattuali.	1	2	3	4	5
<b>2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP</b>						
2.1	Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2	Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3	Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative ( <i>problem solving</i> ).	1	2	3	4	5
2.4	Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
2.5	Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
<b>3. INTEGRAZIONE AZIENDALE</b>						
3.1	Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2	Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione aziendale.	1	2	3	4	5
<b>4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.</b>						
4.1	Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2	Dimostra la capacità di indurre un coinvolgimento sostanziale dei propri collaboratori nella gestione del budget, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
4.3	Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria.	1	2	3	4	5
<b>5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE</b>						
5.1	È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 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 della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali. Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce 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
<b>6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b>					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 100
-------------------------	-------------

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

<b>Valutatore</b>  <b>Data e firma</b> _____	<b>Valutato (per presa visione)</b>  <b>Data e firma</b> _____
--	--

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Dirigenza – Ruolo Sanitario**  
**DIRIGENTE MEDICO E NON MEDICO**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>7. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO</b>					
7.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
7.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, si dimostra disponibile a condividere/assumere carichi di lavoro di colleghi giustificatamente impossibilitati, garantisce la puntualità nei cambi di turno.	1	2	3	4	5
<b>8. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP</b>					
8.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
8.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
8.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative ( <i>problem solving</i> ).	1	2	3	4	5
8.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
8.5 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
<b>9. INTEGRAZIONE AZIENDALE</b>					
9.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
9.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione dipartimentale.	1	2	3	4	5
<b>10. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.</b>					
10.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo e al miglioramento dei	1	2	3	4	5



programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.					
10.2 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria (es. in emergenza).	1	2	3	4	5
10.3 Rispetta compiti e responsabilità specifiche direttamente assegnatigli.	1	2	3	4	5
10.4 Dimostra accuratezza nella produzione di una documentazione chiara e corretta sulle attività eseguite.	1	2	3	4	5
<b>11. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE</b>					
11.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
11.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
11.3 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 della U.O.. Rispetta, pertanto, gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5
11.4 Dimostra capacità di promuovere l'attività scientifica (es. studi clinici, pubblicazioni ecc.) ed eventi per la formazione dei dipendenti.	1	2	3	4	5
11.5 Dimostra attenzione verso la compilazione della cartella clinica e/o referti diagnostico-terapeutici.	1	2	3	4	5
11.6 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
11.7 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 100
-------------------------	-------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____



**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Dirigenza PTA**  
**DIRETTORE U.O.C.**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Proponente Valutazione</b> (Cognome e Nome Direttore Amministrativo)				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome Direttore Generale)				

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

<b>1. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO</b>					
1.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
1.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura, monitorando, contestualmente, la puntualità e il rispetto dell'orario di servizio dei propri dipendenti ed una corretta gestione degli istituti contrattuali.	1	2	3	4	5
<b>2. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP</b>					
2.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
2.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
2.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative ( <i>problem solving</i> ).	1	2	3	4	5
2.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente. Possiede una visione di "lungo termine", sa interpretare le strategie dell'amministrazione e tradurle in direttive/proposte operative.	1	2	3	4	5
2.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
<b>3. INTEGRAZIONE AZIENDALE</b>					
3.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
3.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione aziendale.	1	2	3	4	5
<b>4. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.</b>					
4.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo e al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi, rispettando le programmazioni operative definite.	1	2	3	4	5
4.2 Dimostra capacità di indurre un coinvolgimento sostanziale dei propri collaboratori nella gestione del budget, individuando e rimuovendo, eventualmente, le cause che ne determinino gli scostamenti.	1	2	3	4	5
4.3 Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria.	1	2	3	4	5



Riesce a raggiungere gli obiettivi prefissati anche in contesti difficili, mantenendo standard di lavoro più che soddisfacenti.					
<b>5. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE</b>					
5.1 È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
5.2 Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
5.3 Si preoccupa della propria formazione e percepisce a pieno il proprio sviluppo professionale come una chiave di successo per sé e per l'amministrazione. Si aggiorna sulle modifiche normative, sulle direttive regionali, e sulle attività di altre Aziende Sanitarie nel settore di propria competenza.	1	2	3	4	5
5.4 Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
5.5 Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce 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
<b>6. ATTUAZIONE CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b>					
6.1 Dà attuazione, in conformità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, valutando i dirigenti ed il comparto afferenti alla propria U.O., tramite la corretta compilazione delle schede individuali, firmate e datate dal valutatore (Direttore/Responsabili U.O.C./U.O.S.D.) e dal valutato.	1	2	3	4	5
6.2 Dà attuazione, in conformità al SMVP vigente e per quanto di propria competenza, al ciclo di gestione della Performance, tramite la tempestiva trasmissione delle schede individuali nei tempi previsti.	1	2	3	4	5
6.3 Dimostra, ai sensi dell'art. 9, c.1, lett. d), D.Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi, in grado di restituire una rappresentazione veritiera, ovviamente diversa in natura, fornita dai singoli ai risultati dell'organizzazione, sia in termini di obiettivi raggiunti che di comportamenti agiti.	1	2	3	4	5

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 100
-------------------------	-------------

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

<b>Proponente (DIRETTORE AMMINISTRATIVO)</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____

<b>Validazione O.I.V.</b>	<b>Valutatore (DIRETTORE GENERALE)</b>
Prot. _____	Data e firma _____

## Scheda di valutazione individuale - 2022 Area Dirigenza PTA DIRIGENTE

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>12. ORGANIZZAZIONE E CORDINAMENTO</b>					
12.1 Dimostra la capacità di attribuire, equamente, responsabilità, compiti e carichi di lavoro, in relazione alle attitudini e alle qualifiche dei collaboratori, coerentemente alle strategie aziendali, creando un clima organizzativo positivo e favorevole all'uso ottimale delle risorse.	1	2	3	4	5
12.2 Nell'ambito dell'assetto organizzativo, assicura la propria presenza in servizio, in modo flessibile, per le esigenze della struttura e si dimostra disponibile a condividere/assumere carichi di lavoro di colleghi giustificatamente impossibilitati.	1	2	3	4	5
<b>13. COMUNICAZIONE E LEADERSHIP</b>					
13.1 Dimostra capacità di motivare i propri collaboratori, di promuovere dinamiche di squadra e di rimuovere eventuali situazioni di conflitto.	1	2	3	4	5
13.2 Interagisce in modo aperto e costruttivo con i propri collaboratori e con i livelli sovraordinati, dimostrandosi disponibile all'ascolto verso le esigenze degli stessi.	1	2	3	4	5
13.3 Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema ed elabora soluzioni, con atteggiamento proficuo, prospettando valide alternative ( <i>problem solving</i> ).	1	2	3	4	5
13.4 Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni di incertezza ed emergenza assumendosi responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
13.5 Mantiene con gli utenti rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni.	1	2	3	4	5
13.6 Possiede una visione di "lungo termine" e sa interpretare le strategie dell'amministrazione e tradurle in direttive/proposte operative.	1	2	3	4	5
<b>14. INTEGRAZIONE AZIENDALE</b>					
14.1 Conosce e rispetta strategie, priorità e vincoli aziendali, promuovendo, diffondendo e implementando linee guida, regolamenti e protocolli.	1	2	3	4	5
14.2 Dimostra capacità di positiva collaborazione e di effettiva integrazione nell'organizzazione aziendale.	1	2	3	4	5
<b>15. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ U.O.</b>					
15.1 Partecipa attivamente alla definizione, allo sviluppo e al miglioramento dei programmi della U.O. e agisce coerentemente ad essi rispettando le	1	2	3	4	5



programmazioni operative definite.					
15.2Dimostra disponibilità e flessibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e straordinaria.	1	2	3	4	5
15.3Rispetta compiti e responsabilità specifiche direttamente assegnatigli.	1	2	3	4	5
15.4Riesce a raggiungere gli obiettivi prefissati anche in contesti difficili, mantenendo standard di lavoro più che soddisfacenti.	1	2	3	4	5
15.5Dimostra accuratezza nella produzione di una documentazione chiara e corretta sulle attività eseguite.	1	2	3	4	5
<b>16. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE</b>					
16.1È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando, altresì, capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative, di tipo metodologico e tecnico, che concorrano ai miglioramenti dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
16.2Cura la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O..	1	2	3	4	5
16.3Si preoccupa della propria formazione e percepisce a pieno il proprio sviluppo professionale come una chiave di successo per sé e per l'amministrazione. Si aggiorna sulle modifiche normative, sulle direttive regionali, e sulle attività di altre Aziende Sanitarie nel settore di propria competenza.	1	2	3	4	5
16.4Apporta, qualitativamente, competenze professionali adeguate per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
16.5Conosce le norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché aderisce 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 100
-------------------------	-------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

---



# ***SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DEL COMPARTO***

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto – Ruolo Sanitario**  
**COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO**  
**CON INCARICO DI COORDINAMENTO**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. PIANIFICAZIONE</b> Indica la capacità di predisporre, in modo ottimale, piani di lavoro dell'U.O. per il personale coordinato, progettando modelli innovativi in funzione di cambiamenti, priorità ed imprevisti.	1	2	3	4	5
<b>2. GESTIONE DEL PERSONALE</b> Indica il grado di soddisfazione, da parte del dipendente, delle seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>• predisporre e coordinare i turni di lavoro tenendo conto dei rispettivi carichi, della razionale distribuzione delle risorse e delle competenze specifiche dei singoli operatori;</li> <li>• gestire il flusso delle assenze (monte ore, norme contrattuali, congedi etc.);</li> <li>• verificare il fabbisogno delle risorse umane in relazione ai bisogni dell'utenza;</li> <li>• cura la trasmissione dell'informazione all'équipe.</li> </ul>	1	2	3	4	5
<b>3. DIREZIONE DEL PERSONALE</b> Indica se il dipendente tende a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• risolvere i conflitti con imparzialità ricercando una soluzione consensuale;</li> <li>• motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali;</li> <li>• adottare modalità comunicative adeguate;</li> <li>• ascoltare punti di vista e suggerimenti degli operatori.</li> </ul>	1	2	3	4	5
<b>4. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con l'intera équipe assistenziale nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>5. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
<b>6. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</b> Indica il grado di padronanza, competenza e celerità con il quale il dipendente affronta gli imprevisti e le emergenze cercando di adottare soluzioni efficaci ed analizzando	1	2	3	4	5



criticamente la propria realtà al fine di evidenziare situazioni migliorabili o critiche e di ridurre al minimo eventuali disservizi.					
<b>7. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica il grado di approfondimento delle proprie conoscenze professionali di carattere organizzativo e di partecipazione attiva a corsi di aggiornamento; identifica, inoltre, la capacità di favorire la partecipazione di tutto il personale coordinato, in modo equo, e la conoscenza del sistema di formazione nazionale (ECM).	1	2	3	4	5
<b>8. TUTORING E DIDATTICA</b> Identifica la capacità del dipendente di porsi come punto di riferimento all'interno dell'équipe, dimostrando capacità didattiche e formative nei confronti del personale neo-inserito, in formazione e/o di supporto.	1	2	3	4	5
<b>9. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA</b> Indica l'utilizzo corretto delle risorse materiali e strumentali da parte del dipendente che controlla l'approvvigionamento, presta attenzione alla conservazione, evita gli sprechi e gli usi impropri, coinvolge e motiva il personale nell'uso oculato di tali risorse, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA</b> Identifica il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto per adempiere ai compiti affidatigli.	1	2	3	4	5
<b>11. GESTIONE DEL PROPRIO ORARIO DI LAVORO</b> Indica che il dipendente esercita le funzioni di coordinamento con attenzione e precisione, ottimizzando il tempo e le risorse a disposizione, adottando l'orario di lavoro alle necessità organizzative e rispettando le indicazioni aziendali nella fruizione degli istituti contrattuali (ferie, ore straordinarie etc.)	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>  Data e firma _____	<b>Valutato (per presa visione)</b>  Data e firma _____
---	---



**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto – Ruolo Sanitario**  
**COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO**  
*(infermiere, tecnico di radiologia medica, fisioterapista, ostetrica etc.)*

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> 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
<b>3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO</b> Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
<b>4. PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ</b> Identifica i bisogni, gli obiettivi, e gli interventi necessari per l'elaborazione dei piani assistenziali valutandone i risultati: il dipendente attua gli interventi assistenziali rispettando i principi scientifici e le norme igieniche.	1	2	3	4	5
<b>5. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con l'intera équipe assistenziale nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
<b>7. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</b> Indica il grado di padronanza, competenza e celerità con il quale il dipendente affronta imprevisti ed emergenze, adottando soluzioni opportune e verificandole poi con l'équipe.	1	2	3	4	5
<b>8. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica il grado di approfondimento delle proprie conoscenze professionali e la capacità	1	2	3	4	5



di relazionare le stesse al resto dell'équipe; identifica, inoltre, la partecipazione attiva alle iniziative formative e di miglioramento dell'unità operativa.					
<b>9. TUTORING E DIDATTICA</b> Identifica la capacità del dipendente di porsi come punto di riferimento all'interno dell'équipe, dimostrando capacità didattiche e formative nei confronti del personale neo-inserito, in formazione e/o di supporto.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA</b> Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto.	1	2	3	4	5
<b>11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO</b> Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto – Ruolo Tecnico e Sociosanitario (L.106/2021, art.34, co.9ter)**  
**AUSILIARI SPECIALIZZATI – O.S.S.**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> 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
<b>3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO</b> Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
<b>4. SVOLGIMENTO ATTIVITA' ASSISTENZIALE</b> Identifica il grado di accuratezza e precisione nello svolgimento delle attività assistenziali svolte in collaborazione o su indicazione dell'infermiere; indica, altresì, la capacità di eseguire la movimentazione dei pazienti con mezzi e tecniche appropriate e nel rispetto dello stato di salute dei pazienti stessi.	1	2	3	4	5
<b>5. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con l'intera équipe assistenziale nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
<b>7. ATTUAZIONE FUNZIONE ALBERGHIERA/ATTIVITÀ SPECIFICHE</b> Indica il grado di ordine e precisione con i quali il dipendente svolge le attività inerenti la distribuzione del vitto (preparazione dell'ambiente e dell'utente, aiuto nella distribuzione e nell'assunzione del pasto, riordino finale). <b>OPPURE</b> Indica il grado di ordine e precisione con i quali il dipendente svolge le attività	1	2	3	4	5



specifiche assegnategli dal dirigente/responsabile dell'Unità Operativa.					
<b>8. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica il grado di approfondimento delle proprie conoscenze professionali.	1	2	3	4	5
<b>9. CAPACITÀ DI OSSERVAZIONE E COMUNICAZIONE</b> Identifica la capacità del dipendente di rilevare e riferire ai propri superiori informazioni e situazioni significative relative all'utenza e all'attività svolta nell'Unità Operativa.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI E STRUMENTALI</b> Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti.	1	2	3	4	5
<b>11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO</b> Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto – Ruolo Sanitario**  
**PERSONALE IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI SUPPORTO**  
*(in UU.OO. a supporto della Direzione Strategica)*

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica la partecipazione attiva ai processi aziendali in termini di efficacia e di efficienza ed il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> Indica il grado di autonomia e di responsabilità nell'elaborazione di atti preliminari e istruttori relativi a provvedimenti di competenza dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>3. PIANIFICAZIONE</b> Indica la capacità di predisporre il piano di lavoro in modo ottimale, di analizzare criticamente la propria realtà e di pianificare momenti di controllo e verifica al fine di evidenziare le situazioni migliorabili o critiche riducendo al minimo eventuali disservizi. Identifica, altresì, la capacità di progettare modelli innovativi per semplificare le procedure e di individuare le priorità.	1	2	3	4	5
<b>4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
<b>5. CAPACITÀ GESTIONALI</b> Indica la capacità di motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali per un efficace conseguimento dei risultati e la tendenza a risolvere i conflitti con imparzialità nell'ambito dell'attività di coordinamento e di gestione.	1	2	3	4	5
<b>6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disponibile allo scambio costruttivo delle esperienze e delle competenze professionali ed è in grado di rivedere i propri comportamenti sulla base delle esigenze e delle dinamiche aziendali.	1	2	3	4	5
<b>7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
<b>8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</b>	1	2	3	4	5



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa.					
<b>9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA</b> Indica la capacità di utilizzo delle risorse materiali e strumentali. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO</b> Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto PTA**  
**COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE**  
**COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE**

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica la partecipazione attiva ai processi aziendali in termini di efficacia e di efficienza ed il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> Indica il grado di autonomia e di responsabilità nell'elaborazione di atti preliminari e istruttori relativi a provvedimenti di competenza dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>3. PIANIFICAZIONE</b> Indica la capacità di predisporre il piano di lavoro in modo ottimale, di analizzare criticamente la propria realtà e di pianificare momenti di controllo e verifica al fine di evidenziare le situazioni migliorabili o critiche riducendo al minimo eventuali disservizi. Identifica, altresì, la capacità di progettare modelli innovativi per semplificare le procedure e di individuare le priorità.	1	2	3	4	5
<b>4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
<b>5. CAPACITÀ GESTIONALI</b> Indica la capacità di motivare gli operatori valorizzandone le capacità umane e professionali per un efficace conseguimento dei risultati e la tendenza a risolvere i conflitti con imparzialità nell'ambito dell'attività di coordinamento e di gestione.	1	2	3	4	5
<b>6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disponibile allo scambio costruttivo delle esperienze e delle competenze professionali ed è in grado di rivedere i propri comportamenti sulla base delle esigenze e delle dinamiche aziendali.	1	2	3	4	5
<b>7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b>	1	2	3	4	5



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

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.					
<b>8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</b> Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello svolgimento dell'attività lavorativa.	1	2	3	4	5
<b>9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA</b> Indica la capacità di utilizzo delle risorse materiali e strumentali. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO</b> Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____



**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto – Ruolo Amministrativo**  
**CATEGORIE A, B e C**  
*(commesso, coadiutore amm.vo, assistente amm.vo)*

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> 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
<b>3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO</b> Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
<b>4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
<b>5. ACCURATEZZA E PRECISIONE</b> Indica l'accuratezza, la precisione e la tempestività nello svolgimento delle attività assegnate e la capacità di riferire gli esiti del proprio lavoro in modo puntuale e corretto ai propri superiori.	1	2	3	4	5
<b>6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con il team di lavoro nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
<b>8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</b> Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello	1	2	3	4	5



svolgimento dell'attività lavorativa e di individuare soluzioni (di carattere tecnico) e procedure adeguate allo svolgimento delle mansioni affidate.					
<b>9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA</b> Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO</b> Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____

**Scheda di valutazione individuale - 2022**  
**Area Comparto – Ruolo Tecnico/Professionale**  
**CATEGORIE A, B e C**

*(operatore tecnico, elettricista, programmatore etc. – figure diverse da ausiliari specializzati e O.S.S.)*

<b>Valutato</b> (Matr., Cognome e Nome)				
<b>Unità operativa</b>				
<b>Periodo di riferimento</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>	
<b>Incarico/Ruolo</b>				
<b>Valutatore</b> (Cognome e Nome del Direttore/Resp. di Struttura)				

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

<b>1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA</b> Indica la partecipazione attiva allo sviluppo, il miglioramento della programmazione delle attività, il contributo fattivo al raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa cui il dipendente è assegnato.	1	2	3	4	5
<b>2. AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ</b> 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
<b>3. CONOSCENZA E APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI E DEI PIANI DI LAVORO</b> Indica le conoscenze e le applicazioni dei protocolli in uso: il dipendente mette in atto tutte le attività, le prestazioni e le tecniche previste dal piano di lavoro con dedizione, precisione e nel rispetto dei tempi previsti.	1	2	3	4	5
<b>4. QUALITÀ DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE</b> Indica la qualità delle competenze tecnico-specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
<b>5. ACCURATEZZA E PRECISIONE</b> Indica l'accuratezza, la precisione e la tempestività nello svolgimento delle attività assegnate e la capacità di riferire gli esiti del proprio lavoro in modo puntuale e corretto ai propri superiori.	1	2	3	4	5
<b>6. RELAZIONE CON COLLEGHI E SUPERIORI</b> Indica il grado di accettazione al confronto con colleghi e superiori: il dipendente è disposto a modificare i propri comportamenti e a correggere gli errori, instaurare e sviluppare rapporti di collaborazione professionale con il team di lavoro nell'ottica del miglioramento, contribuendo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>7. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA</b> Indica il grado di cortesia, disponibilità, puntualità, presenza e discrezione nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
<b>8. GESTIONE IMPREVISTI ED EMERGENZE</b> Indica la capacità di gestire gli imprevisti e le diverse situazioni che si presentano nello	1	2	3	4	5



svolgimento dell'attività lavorativa e di individuare soluzioni (di carattere tecnico) e procedure adeguate allo svolgimento delle mansioni affidate.					
<b>9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> Indica la disponibilità all'aggiornamento per migliorare le proprie conoscenze e competenze tecniche, accettando di buon grado le proposte di innovazione aziendali.	1	2	3	4	5
<b>10. UTILIZZO DELLE RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI E DELLA TECNOLOGIA</b> Indica la qualità dell'utilizzo delle risorse materiali e strumentali: il dipendente è attento alla custodia, evita gli sprechi, segnala prontamente le carenze di materiali e i guasti. Identifica, altresì, il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti nell'unità operativa.	1	2	3	4	5
<b>11. RISPETTO ORARIO DI SERVIZIO</b> Indica la puntualità ed il rispetto dell'orario di servizio.	1	2	3	4	5
<b>12. SICUREZZA SUL LAVORO</b> 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

<b>PUNTEGGIO FINALE</b>	_____ / 60
-------------------------	------------

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

<b>Valutatore</b>	<b>Valutato (per presa visione)</b>
Data e firma _____	Data e firma _____



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

---

# **Piano Organizzativo del Lavoro Agile**

## **POLA 2022-2024**

**Programmazione del Lavoro Agile e delle sue modalità di  
attuazione e sviluppo**

**(DPCM 23 settembre 2021 - DM 8 ottobre 2021 e s.m.i.i.)**



## Sommario

1	PREMESSA.....	3
2	LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO .....	5
3	MODALITA' ATTUATIVE .....	7
3.1	PROCEDURA E SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE .....	10
3.2	CONDIZIONI TECNOLOGICHE.....	11
3.3	PERCORSI FORMATIVI.....	11
	ALLEGATO 1 – Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile .....	13
	ALLEGATO 2 – Percorsi formativi per i dirigenti.....	16
	ALLEGATO 3 – Percorsi formativi per il personale di comparto .....	16
4	SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE <<.....	18
5	PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE.....	20





## 1 PREMESSA

Considerata la peculiarità delle attività svolte da questa Amministrazione, Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione, il presente documento si applica, laddove possibile, ai soli dipendenti non impegnati nelle attività assistenziali (p.es. del ruolo amministrativo) che rappresentano meno del 10% del personale complessivo in servizio.

Col DPCM del 23/09/2021 pubblicato sulla GU n.244 del 12/10/2021 "*Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni*", dopo il periodo emergenziale del Covid, ha riportato il concetto di "modalità ordinaria" alla vecchia concezione antecedente all'emergenza; in tal senso, l'art.1 comma1 cita testualmente: "*A decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è quella svolta in presenza*".

Dunque, si ribadisce con chiarezza che, per le amministrazioni pubbliche, la modalità di lavoro ordinaria è quella in presenza, fermo restando il rispetto di tutte le misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio.

Allo scopo di attuare quanto disposto dall'art. 1 del DM dell'8/10/2021, in data 30/11/2021 il Ministero della Funzione Pubblica ha elaborato lo schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, poi ratificato il 16/12/2021 dalla Conferenza Unificata.

Successivamente, in data 05/01/2022, in conseguenza del nuovo incremento dei contagi registrati a ridosso del periodo delle festività di fine 2021, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali hanno emanato una circolare per sensibilizzare le amministrazioni pubbliche ad utilizzare tutti gli strumenti di flessibilità del lavoro consentiti dalle vigenti normative.

Il presente documento intende regolamentare, a livello aziendale, lo svolgimento del lavoro agile, fermo restando l'assunto sancito dalle suddette norme per cui viene considerata come modalità ordinaria la modalità di lavoro in presenza.

A tale scopo, i contenuti sono stati elaborati in conformità allo "*Schema di Linee Guida in materia di Lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1, comma 6, del Decreto del Ministero per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori nelle pubbliche amministrazioni*".

Il Piano, quindi, disciplina le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, tutelando il diritto alla disconnessione, il diritto alla formazione specifica, il diritto alla protezione



dei dati personali, alle relazioni sindacali, al regime dei permessi e delle assenze e alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.

L'approccio, già avviato lo scorso anno, è quello di un'applicazione progressiva e graduale, con un programma di sviluppo triennale.

Per la piena realizzazione delle modalità di lavoro agile, occorre instaurare una fattiva collaborazione tra l'amministrazione e i lavoratori. Tale collaborazione si basa sui seguenti principi:

- Utilità per l'amministrazione;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Organizzazione basata su programmazione, coordinamento, monitoraggio e adozione di azioni correttive.

## **2 LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE**

A seguito della diffusione dell'emergenza pandemica, questa AORN ha consentito al proprio personale, sin da subito, di svolgere la propria attività lavorativa, compatibilmente con le esigenze aziendali, in modalità di lavoro agile, per coloro che ne avessero fatto richiesta.

Attraverso la Direttiva del Commissario Straordinario di cui alla nota prot.n.9286/i del 16 marzo 2020, al fine di garantire la massima tutela nei confronti dei lavoratori.

La citata direttiva, prevedeva l'accesso al lavoro agile esclusivamente per particolari tipologie di dipendenti e precisamente:

- a) dipendente con figli minori di anni 12;
- b) dipendenti con gravi patologie, con pluri-patologie o con problemi immunologici;
- c) dipendenti conviventi con soggetti a rischio o ultrasessantacinquenni.

Con la stessa nota venivano anche descritte le modalità operative per la richiesta e lo svolgimento del lavoro agile.

In merito all'utilizzo della forma del lavoro agile va, innanzitutto, evidenziato che quest'azienda, fino ad oggi, ha usufruito di tale istituto in forma del tutto marginale, considerato l'esiguo numero di dipendenti che ne hanno usufruito e soprattutto delle attività ivi svolte. Infatti, dai dati aggiornati acquisiti presso l'UOC



Gestione Risorse Umane, risulta che, a fronte di un numero totale di dipendenti pari a 1509 (dato al 31.12.2021), più ulteriori 76 lavoratori somministrati, dall'inizio dell'epidemia, hanno usufruito di tale forma di lavoro in tutto 43 dipendenti circa, peraltro a tempo parziale.

Come si vede, la percentuale di lavoratori che hanno usufruito di questa forma lavorativa è estremamente limitata rispetto al totale dei dipendenti (inferiore al 3% del totale). Ciò trova spiegazione nel fatto che, per la gran parte, i lavoratori dell'azienda concorrono alla produzione di servizi essenziali per i quali non è previsto il ricorso a tale forma di lavoro. Conseguentemente, anche gli impatti sulla produttività e sugli altri aspetti organizzativi conseguenti all'introduzione di tale forma di lavoro hanno avuto in azienda dei risvolti, praticamente, trascurabili.

Volendo essere più precisi, risulta che l'unica unità operativa che ha fatto maggiormente ricorso al lavoro agile è la UOC Gestione Economica Finanziaria.

Per quanto attiene agli interventi di competenza della UOC Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.), consultato il personale di questa UOC, risulta che, fino ad oggi, ai dipendenti collocati in lavoro agile è stata concessa una doppia possibilità a scelta: o veniva configurato il pc aziendale con un apposito software che consente il collegamento a distanza col server aziendale e si autorizzava il trasferimento momentaneo del pc presso la residenza del lavoratore; oppure, se il lavoratore metteva a disposizione un pc portatile di sua proprietà, questo veniva configurato dalla UOC S.I.A. con appositi software che consentivano, dalla propria residenza, di poter gestire direttamente il pc aziendale.

Le modalità di lavoro agile e di smart working sono continuate nell'anno 2021 da una parte molto contenuta di lavoratori e, in ogni caso, per tutti coloro che ne abbiano fatto richiesta.

A seguito delle novità normative emanate con il DPCM del 23/09/2021 e con il DM del 08/10/2021, si rende necessario rivedere le modalità organizzative del lavoro agile e si coglie l'occasione nel prossimo capitolo per sottolineare i cambiamenti sopraggiunti.



Di seguito si riportano le Unità Operative che nel 2020 e 2021 hanno visto propri dipendenti far uso dello smart working, il numero di giornate utilizzate e la relativa quantificazione oraria:

Dipendenti fruitori di smart working		
	2020	2021
Unità Operativa	N. unità	N. unità
Direzione Generale	1	0
UOC Affari Legali	3	1
UOC Affari Generali	1	0
UOC SIA	2	0
UOC Epidemiologia e Valutaz.	1	0
UOC Programmaz. e Controllo di Gest.	2	0
UOC Provveditorato ed Economato	6	0
UOC Gestione Economico Finanziaria	12	9
UOC Gestione Risorse Umane	11	1
UOC Ingegneria Ospedaliera	2	0
UOC Tecnologia Ospedaliera	2	0
<b>TOTALE</b>	<b>43</b>	<b>11</b>

La tabella seguente mostra invece le ore erogate in modalità di smart working per ciascuna unità operativa:

N. ore in smart working		
	2020	2021
Unità Operativa	N. ore	N. ore
Direzione Generale	288	0
UOC Affari Legali	177,36	7,36
UOC Affari Generali	112,19	0
UOC S.I.A.	318	0
UOC Epidemiologia e Valutaz.	79,12	0
UOC Programmaz. e Controllo di Gest.	162,48	0
UOC Provveditorato ed Economato	333,12	0
UOC Gestione Economico Finanziaria	4354,48	691,36
UOC Gestione Risorse Umane	1967,36	748,48
UOC Ingegneria Ospedaliera	108	0
UOC Tecnologia Ospedaliera	69,12	0
<b>TOTALE</b>	<b>7970,43</b>	<b>1448</b>

Dunque, sono state erogate in modalità di smart working 7970,43 ore nel 2020 e 1448 ore nel 2021.





N. giornate in smart working		
	2020	2021
Unità Operativa	N. giornate	N. giornate
Direzione Generale	40	0
UOC Affari Legali	24	1
UOC Affari Generali	16	0
UOC S.I.A.	53	0
UOC Epidemiologia e Valutaz.	11	0
UOC Programmaz. e Controllo di Gest.	25	0
UOC Provveditorato ed Economato	52	0
UOC Gestione Economico Finanziaria	643	96
UOC Gestione Risorse Umane	287	104
UOC Ingegneria Ospedaliera	18	0
UOC Tecnologia Ospedaliera	11	0
<b>TOTALE</b>	<b>1180</b>	<b>201</b>

Pertanto, il numero di giornate erogate in modalità smart working è pari a 1180 nel 2020 e 201 nel 2021.

La modalità di lavoro agile e/o smart working è stata concessa a tutti i dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in tale modalità e che lo abbiano richiesto.

### 3 PROCEDIMENTI PER L'ATTUAZIONE

Alla luce delle novità normative introdotte a partire dal mese di settembre 2021, si ritiene opportuno, prima di soffermarsi su quanto previsto dalle Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, esplicitare alcuni passaggi previsti dal DM del 08/10/2021 alla luce anche dell'ultima circolare del 05/01/2022.

#### Aspetti organizzativi per il rientro in presenza dei lavoratori

1. Al fine di rendere operativo il rientro in presenza dei lavoratori, l'Ente provvede a:
  - a. organizzare le attività dei propri uffici prevedendo il rientro in presenza di tutto il personale, assicurando il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19. La prevalenza del lavoro in presenza può essere infatti raggiunta nella media della programmazione plurimensile.
  - b. individuare fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita ulteriori rispetto a quelle già adottate, anche in deroga alle modalità previste dai contratti collettivi e nel rispetto del sistema di partecipazione sindacale. Ciò allo scopo di evitare che il personale che accede alla sede di servizio si concentri nella stessa fascia oraria.



A riguardo si specifica che l'AORN ha già previsto la flessibilità oraria in entrata e in uscita per il personale di comparto: la fascia di ingresso è prevista nell'intervallo orario 8.00-8.30.

Fermo restando lo svolgimento da parte del dipendente dell'intero orario di servizio, sarà cura del Direttore della struttura di appartenenza del dipendente garantire l'equa distribuzione di accesso tra le varie fasce onde evitare possibili assembramenti.

2. Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile e tenuto conto che il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, l'accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità:
  - a. lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi in favore degli utenti;
  - b. l'Azienda deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
  - c. l'Azienda mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
  - d. l'Azienda deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
  - e. l'Azienda, di norma, mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta. In alternativa possono essere utilizzate dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza previsti dall'Ente;
  - f. l'Azienda assicura il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
  - g. l'Azienda prevede, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.
3. l'attuazione delle misure sopra riportate avviene attraverso le disposizioni della Direzione strategica con il supporto delle figure dirigenziali aziendali;



4. per l'attuazione delle misure sopra indicate si fa riferimento alle specifiche linee guida in materia di lavoro agile per cui è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Unificata in data 16/12/2021.

### **Aspetti organizzativi per l'attuazione del lavoro agile**

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Le attività che possono essere effettuate in lavoro agile vengono individuate dall'Azienda e sono qui identificate nel prosieguo del documento.

In particolare, l'Azienda prevede che:

- le richieste di lavoro agile/smart working devono essere presentate secondo la modulistica definita a livello aziendale e adeguatamente motivate. Condizione necessaria per poter presentare la richiesta è l'utilizzo di strumenti informatici (hardware e software) adeguati allo svolgimento dell'attività lavorativa a casa;
- il Direttore della struttura a cui afferisce il richiedente deve operare una attenta valutazione sulle prestazioni lavorative in forma agile, motivare la scelta autorizzativa e monitorare/verificare l'attività svolta in smart working;
- il Direttore della UOC S.I.A. deve dare il proprio assenso, riscontrando la compatibilità dell'hardware e dei software utilizzati dal dipendente per l'accesso da remoto in sicurezza con il pc aziendale e le applicazioni in esso installate;
- al Direttore della UOC Risorse Umane è demandato il compito di provvedere alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e di procedere al monitoraggio informandone la Direzione Strategica.

Da tali disposizioni si evince come la possibilità di usufruire del lavoro agile/smart working presuppone due condizioni fondamentali:

1. il dipendente deve essere dotato degli strumenti informatici necessari per poter svolgere le proprie funzioni anche da remoto, senza pregiudicare il regolare svolgimento della propria attività lavorativa;
2. il Direttore a cui afferisce il dipendente che richiede il lavoro agile/smart working, ha la responsabilità di verificare che i compiti svolti dal proprio dipendente siano compatibili con la modalità di lavoro richiesta e di monitorare l'attività del proprio collaboratore.



Nel caso in cui le attività di una determinata struttura presuppongano necessariamente la presenza fisica del personale in ufficio, si invitano i Direttori delle strutture interessate a favorire forme di rotazione a giorni alterni dei dipendenti, qualora questi richiedano di usufruire di modalità di lavoro agile/smart working.

### **3.1 MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE**

1. I dipendenti che intendono richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno presentare apposita domanda al Direttore della struttura di appartenenza, che la valuterà sulla base delle specifiche esigenze aziendali e del personale;
2. Prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, occorre fornire al dipendente idonea dotazione tecnologica.
3. Il Direttore della UOC S.I.A. deve fornire il proprio assenso, riscontrando la compatibilità dei dispositivi e della rete utilizzata con i sistemi di sicurezza presenti in azienda.
4. La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dal CCNL;
5. Al fine di garantire una efficace ed efficiente interazione e un completo svolgimento dell'attività lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire il collegamento telefonico e via mail nella fascia oraria lavorativa prescelta. Durante questa fascia, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza.
6. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o rallentato, il dipendente deve dare immediata comunicazione al proprio dirigente. Questo, nel caso in cui le problematiche rilevate non assicurino la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza.
7. Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima.
8. L'attività di lavoro agile sarà monitorata dal Direttore della struttura di appartenenza, secondo le modalità che ritiene più opportune (ad es. mail con comunicazione dell'avvenuta attività, report di monitoraggio, verifica sugli applicativi aziendali, ecc.);
9. Devono essere individuati periodi temporali in cui il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa, che comprendono la fascia di inoperabilità (diritto alla disconnessione). Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo (di cui all'art.17, comma 6, CCNL 12/02/20218 e alle analoghe disposizioni degli altri CCNL).





vigenti);

10. Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione e autorizzazione del Direttore della struttura di appartenenza;
11. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

### **3.2 ASPETTI TECNOLOGICI**

1. L'Azienda deve, di norma, fornire il lavoratore di idonea dotazione tecnologica;
2. Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'amministrazione, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui accedere. In alternativa è possibile utilizzare dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza previsti dall'Ente.
3. L'accesso alle applicazioni digitali dell'amministrazione raggiungibili via internet deve avvenire attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (es. CIE, SPID), in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato. In alternativa è possibile utilizzare una VPN aziendale (che garantisce privacy, anonimato e sicurezza), a seguito di apposita autorizzazione, con credenziali rilasciate dalla UOC S.I.A., in modo da consentire l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali necessari allo svolgimento della prestazione lavorativa.

### **3.3 ATTIVITÀ FORMATIVE**

Le nuove forme che il lavoro sta assumendo spingono sempre di più a rivedere la normale organizzazione del lavoro e dei tempi ad esso dedicati. L'introduzione del lavoro agile rappresenta un'azione migliorativa per intervenire e ridurre il rischio di stress lavoro-correlato e di conseguenza migliorare l'organizzazione aziendale, ottenere un maggior coinvolgimento del personale ed un rendimento maggiore. Perché tale novità sia efficace e ottenga risultati, occorre che sia preceduto da una buona comunicazione e da opportune attività formative. In tal senso, sarà cura dell'Azienda prevedere, nell'ambito del piano di formazione, specifiche iniziative per il personale che usufruisce di tale modalità di lavoro. L'obiettivo è addestrare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile al fine anche di favorire la collaborazione e la condivisione delle informazioni.



### **ALLEGATO 1 – Identificazione delle attività espletabili in modalità di lavoro agile**

Di seguito viene riportato un elenco delle UU.OO. i cui direttori/responsabili potrebbero autorizzare il personale in dotazione a svolgere l'attività lavorativa in modalità di lavoro agile nelle diverse funzioni, servizi e uffici, anche in riferimento al grado di digitalizzazione presente in Azienda. Le UU.OO. presenti non sono vincolanti, possono essere modificate e integrate e dovranno, in ogni caso, essere valutate dai Direttori della Strutture interessate, a seconda delle esigenze aziendali rilevate.

- UOC Servizi Informatici Aziendali
- UOC Affari Generali
- UOC Affari Legali
- UOC Gestione Economico Finanziaria
- UOC Gestione Risorse Umane
- UOC Ingegneria Ospedaliera
- UOC Programmazione e Controllo di Gestione
- UOC Provveditorato Economato
- UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA
- UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance



## **ALLEGATO 2 – Percorsi formativi per i dirigenti interessati**

In considerazione del numero di adesioni alla forma di lavoro agile, l'azienda predispone adeguati percorsi formativi, in forma collettiva o dedicata, per informare e formare il lavoratore allo svolgimento di tale forma di lavoro.

In generale, tali percorsi potranno prevedere i seguenti argomenti:

### **Aspetti generali**

- “Lavoro agile”: una nuova tipologia di lavoro e di gestione delle risorse;
- Quadro normativo di riferimento;
- Benefici e opportunità connesse all'adozione dello smart working;
- Caratteristiche del “lavoro agile” e analisi delle buone pratiche;
- Gli strumenti informatici per la buona pratica dello smart working;
- L'assicurazione dei lavoratori;
- Salute e sicurezza (obblighi del lavoratore e del datore di lavoro, valutazione dei rischi,...);
- Rischi generali connessi alla mansione (videoterminali, organizzazione e pause di lavoro, ...);
- Scelta del luogo di lavoro;
- Vigilanza e controllo;

### **Il lavoro agile**

- L'interpretazione dello smart working nelle pubbliche amministrazioni;
- I benefici del lavoro agile per le pubbliche amministrazioni, dal punto di vista individuale e collettivo;
- Le dinamiche all'interno delle organizzazioni orientate ai risultati;
- Smart Working e l'evoluzione del modello di leadership;
- Strumenti operativi per l'attuazione dello Smart Working;

## **ALLEGATO 3 – Percorsi formativi per il personale di comparto interessato**

### **Aspetti generali**

- Introduzione allo smart working: concetti e definizione;
- La normativa di riferimento;
- Gli strumenti informatici a supporto dello smart working;



- L'assicurazione dei lavoratori;
- Salute e sicurezza (obblighi del lavoratore e del datore di lavoro, valutazione dei rischi,...);
- Rischi generali connessi alla mansione (videoterminali, organizzazione e pause di lavoro, ....);
- Scelta del luogo di lavoro;
- Vigilanza e controllo;

### **Il lavoro agile**

- Principi e approcci dello smart working;
- Falsi miti e difficoltà reali;
- I consigli per lavorare da remoto;
- Lavorare per obiettivi e risultati;
- Collaborare e comunicare attraverso gli strumenti digitali;
- Gestire una riunione in smart working





## 4 LE FASI ATTUATIVE ED I SOGGETTI COINVOLTI

Di seguito vengono brevemente descritti i soggetti coinvolti e il loro ruolo nelle diverse fasi del processo.

### **DIRIGENTI**

- Direttore della Struttura di riferimento: il Direttore/Dirigente dell'ufficio a cui afferisce il dipendente che richiede l'attivazione del lavoro agile, deve operare una attenta valutazione sulle prestazioni lavorative in forma agile, motivare la scelta autorizzativa e monitorare/verificare l'attività svolta in smart working.
- Direttore UOC S.I.A.: riscontra la compatibilità dell'hardware e dei software posseduti dal dipendente per l'accesso da remoto in sicurezza con il pc aziendale e le applicazioni in esso installate e in caso di valutazione positiva fornisce il proprio assenso;
- Direttore UOC Risorse Umane: provvede alla regolarizzazione giuridico/economica del lavoro in smart working e precede al monitoraggio informandone la Direzione Strategica;

### **PERSONALE FRUITORE**

Presenta apposita domanda al Direttore della struttura di appartenenza e prima di procedere con l'effettivo svolgimento dell'attività in modalità agile, deve assicurare la disponibilità e il corretto funzionamento degli strumenti informatici in propria dotazione necessari allo svolgimento dell'attività.

### **COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)**

In conformità con quanto previsto dalla Direttiva n. 2/2019, occorre valorizzare il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile al fine di favorire e promuovere politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

### **ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

Così come per quanto definito nel Piano della performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo dell'OIV è fondamentale non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per la verifica degli indicatori e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.



### **RESPONSABILE DELLA TRANSIZIONE AL DIGITALE (RTD):**

Programma gli sviluppi digitali dell'amministrazione e può intervenire sulle attività interessate dal lavoro agile, sui processi formativi di apprendimento dei nuovi strumenti digitali e sull'ammodernamento dei servizi digitali offerti ai dipendenti. Definisce un modello di maturità delle amministrazioni che individui i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari.

### **DOTAZIONI TECNOLOGICHE PREVISTE**

Sugli strumenti necessari per l'espletamento dell'attività lavorativa in modalità agile/smart working, si è già detto nel capitolo 2. In particolare, il dipendente deve assicurare di utilizzare gli strumenti informatici necessari per svolgere l'attività anche al di fuori della normale sede lavorativa, mentre l'Azienda deve rendere disponibile anche da remoto la possibilità di collegarsi alla VPN aziendale così da garantire al dipendente la possibilità di usufruire tutti i sistemi gestionali informativi che normalmente potrebbe utilizzare in ufficio.



## **5 PREVISIONE DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE**

La messa a regime delle nuove modalità di lavoro agile è partita nel corso del 2020, proseguita gradualmente nel 2021 e, compatibilmente con le eventuali innovazioni normative, continuerà nei prossimi anni, sulla base della programmazione aziendale. Esse prevedono un apposito sistema di indicatori, sulla base di quanto proposto dalle Linee Guida nazionali, al fine di misurare lo stato di avanzamento, lungo tre diverse fasi: avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato.

Nell'arco del triennio 2022-2024, l'amministrazione si è posta l'obiettivo di giungere ad una fase di sviluppo intermedio/avanzato in cui devono essere monitorate tutte le dimensioni indicate.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'amministrazione verifica il livello raggiunto. Dato il numero estremamente ridotto di adesioni registrato nei precedenti anni che rende poco significativo l'utilizzo dei dati correlati, i risultati misurati per l'anno 2022, rappresenteranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

Considerato, quindi, che i sistemi non sono ancora a un livello di maturità da consentire una gestione del dato "a regime", è compito del dirigente responsabile della struttura in cui opera il dipendente che ha usufruito del lavoro agile, reperire le informazioni rese disponibili dai diversi sistemi informativi in uso per la gestione delle attività lavorative, al fine di monitorare e verificare le attività svolte dal dipendente e comunicare i valori, comprese quelle in lavoro agile. Il dirigente o funzionario responsabile deve, inoltre, verificare la qualità del lavoro realizzato.

Dunque, per il 2021, l'esiguità del livello di adesione alla forma di lavoro in modalità agile, non ha permesso di avere a disposizione una baseline di riferimento valida ed affidabile; pertanto, i valori rilevati per l'anno 2022 forniranno indicazioni per i target da raggiungere negli anni successivi.





# ***SCHEDE DI RILEVAZIONE OBIETTIVI DI STRUTTURA***



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

---

**PIANO DELLA PERFORMANCE**  
**2022-2024**  
**OBIETTIVI 2022**

**UU.OO. DIREZIONE AMMINISTRATIVA**



Attribuzione obiettivi anno 2022				
U.O.C. Affari Generali - Direttore: Dott. Eduardo Chianese				
OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
<b>AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA</b>	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 e delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attuazione delle azioni di competenza	N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	10
	Garantire, attraverso l'ufficio stampa: la promozione delle attività dell'azienda ospedaliera sui mass media; l'informazione al cittadino sui servizi erogati.	Redazione di comunicati stampa sulle iniziative promosse dall'Azienda ospedaliera e gestione delle relazioni con gli organi di informazione. Gestione della rassegna stampa quotidiana, prodotta da Società esterna del settore. Redazione delle informazioni al cittadino relative alla Carta dei Servizi.	Publicazione dei comunicati stampa e della relativa rassegna stampa sul sito internet aziendale. Pubblicazione delle informazioni redatte per il cittadino sul sito internet aziendale e sui monitor presenti nelle sale di attesa dell'Azienda ospedaliera.	5
	Garantire, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il diritto del cittadino all'informazione, tutela, partecipazione.	Erogazione delle informazioni al cittadino sulle attività dell'Ospedale e le modalità di accesso ai servizi. Gestione dei contatti e delle segnalazioni (reclami ed elogi) degli utenti.	Report annuale dei contatti e delle segnalazioni degli utenti.	5
	Gestione delle autorizzazioni incarichi ex art. 53 del D.Lgs. N. 165/2001	Rivisitazione delle procedure operative e regolamentari.	Report semestrale degli incarichi aggiornato con la piattaforma PerlaPA	10
	Attuazione Piano Anticorruzione e Trasparenza 2022-2024	Proposta regolamentazioni gestione e monitoraggio delle attività previste dal piano	Raggiungimento delle attività previste per il 2022	15
	Rispetto delle Procedure del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione.	Verifica e controllo sulla corretta attuazione del PTPCT 2022/2024. Realizzazione di incontri, singoli e collettivi, almeno bimestrali con i referenti delle varie UOCo, in alternativa, monitoraggio scritto sempre con cadenza bimestrale. Anno 2022 - 100%	Report incontri/relazioni di monitoraggio	10
<b>TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE</b>	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Verifica assolvimento da parte delle UU.OO. interessate degli adempimenti in materia di trasparenza individuati dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Relazione annuale alla UOC Appropriately, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance	15
<b>PERFORMANCE</b>	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriately, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	5
				<b>75</b>

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Regolamentazione processi di competenza della funzione affari legali	Predisposizione proposta di regolamento aziendale per la gestione "in house" della responsabilità civile verso terzi dell'AORN	Proposta Atto Deliberativo	10
	Gestione rapporti con legali esterni per la riduzione della spesa	Riconduzione della spesa nei valori previsti dai regolamenti aziendali approvati con le deliberazioni n.185/2017e n. 477/2020	Quantificazione della richiesta /liquidazione da regolamento	15
	Internalizzazione contenzioso per RCT/RCO	Gestione interna, stragiudiziaria e giudiziaria dei procedimenti relativi alla malpractice	elaborazione report con indicazione numero sinistri aperti/numero sinistri affidati ad avvocati esterni 100% = 100 da 99% a 70% = 50% < 70% = 0	10
	Contenimento della spesa per affidamento incarichi esterni	Assunzione e gestione da parte dell'avvocatura dei procedimenti giudiziari e stragiudiziali di cui è investita limitando il ricorso ad avvocati esterni. Restano esclusi gli affidamenti disciplinati dalla polizza RTC/RCO ed i procedimenti per i quali sussiste conflitto di interesse	Numero degli affidamenti ad avvocati esterni/numero dei procedimenti assegnati al Servizio in misura non superiore al 15%	10
	Attività di supporto giuridico alla Direzione ed alle articolazioni aziendali nella gestione di procedimenti rispetto ai quali si presentino aspetti di dubbia interpretazione o applicazione della normativa, al fine di prevenire il contenzioso giudiziario ovvero al fine di affrontare i contenziosi inevitabili con maggiore consapevolezza delle ragioni adottate	Pareri scritti, verbali di incontri, autocertificazioni delle attività espletate con la partecipazione a incontri e gruppi di lavoro	Numero delle richieste di consulenza/numero delle consulenze scritte o autocertificate 100% = 100 da 99% a 70% = 50% < 70% = 0	10
PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE	Trasparenza dell'azione amministrativa - ottemperanza alle prescrizioni della Corte dei Conti	Trasparenza dell'azione amministrativa - ottemperanza alle prescrizioni della Corte dei Conti di cui alla nota prot. n. 66-14/10/2016- PROCCAM-P58-P attraverso l'individuazione delle sentenze di condanna e degli atti transattivi aventi i caratteri descritti e definiti ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.n. 174/2016	Numero delle sentenze e delle transazioni inoltrate alla corte dei Conti/numero delle sentenze pubblicate e delle transazioni concluse 100% = 100 da 99% a 70% = 50% < 70% = 0	10
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatazza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	10
				75

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022				
U.O.C. Controllo di Gestione Direttore				
OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Monitoraggio erogazione dei NSG (Griglia LEA) previsti nell'allegato A della Delibera G.R. Campania n. 297 del 23/05/2017 unitamente alla U.O. AMAS	Indicatori relativi ai NSG (Griglia LEA) così come previsti nell'allegato A sui dati forniti trimestralmente dalla U.O. AMAS	Scheda trimestrale riepilogativa	15
	Regolarità flussi informativi	Monitoraggio invio flussi	Almeno 1 report a semestre	15
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 e delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attività di audit attraverso il coinvolgimento dei responsabili delle linee di attività	N. 2 report sull'attuazione al 30/06 ed al 31/12	20
	Art. 79 L. 133/2008: Linea Progettuale 2 Progettazione, sviluppo e avviamento modello monitoraggio SSR con aggiornamento CdC	Attività per l'avvio a regime - Aggiornamento CdC	100	15
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	5
				75

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022

U.O.C. Gestione Economico - Finanziaria

dott. Eduardo Scarfiglieri

Referente:

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Prosecuzione Circolarizzazione crediti e debiti_ Adempimenti DCA 23/2018	Report dettagliato relativo al fatturato ante 2022 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	100%	30
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 - Attuazione/aggiornamento delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attuazione delle azioni di competenza	N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	20
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	15
				75

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Correttezza dei flussi informativi	Adempimenti di competenza sul portale Sinfonia-SINFOPERS	100	15
	Reclutamento personale anno 2022: attuazione modalità operative delle autorizzazioni Regionali	Procedure e nuovi adempimenti regionali di reclutamento (mobilità, avvisi a tempo determinato, concorsi) e attività di monitoraggio dei reclutati.	Report annuale e periodici come richiesto dalla Regione	5
	Attuazione atti di programmazione per il reclutamento del personale	Procedure concorsuali - Completamento procedure previste dagli atti di programmazione e richieste dalla direzione strategica (escluse quelle per cui si prevede il completamento nell'anno successivo)	100	5
	Attuazione nuovo CCNL, area Dirigenza e predisposizione regolamenti	Proposta dei regolamenti necessari ad attuare il nuovo CCNL	100	15
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 e delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attuazione delle azioni di competenza	N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	15
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	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 PTPCT2022/2024). Anno 2022 - 100%	Proposta Piano	5
	Trasparenza (D.Lgs. 33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di Trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024. Target 2022/2024 - 100%.	Verifica da parte del RPTC sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	10
				75

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Programmazione triennale attività e contratti di opere e lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria	Procedure e gestione contratti di manutenzione in essere e da avviare con scadenza interventi posti e/o da porre in essere	Corretta e completa attuazione degli adempimenti - Avvio interventi programmati per l'anno in corso - Relazione al 30.09 ed al 31.12	5
EFFICIENZA	Art.20 legge 67/88 procedure relative alla III fase, I stralcio e completamento	Completamento attività preliminari (progettazione, gare e affidamento incarichi e lavori) - Produzione di n.2 relazioni sull'attuazione al 30.06 ed al 31.12	100	15
	Attuazione attività di competenza del PNRR	Completamento progetti ed indizione gara affidamento lavori (Relazione al 30.06 ed al 31.12)	100	15
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 e delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attuazione delle azioni di competenza	N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	5
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa - Liquidazione fatture entro 20 gg.	Tempi di liquidazione fatture dalla ricezione	100	10
	Adempimenti DGRC 378/2020	Gestione esecuzione lavori (Relazione al 30.06 ed al 31.12)	Completamento lavori intervento P.S. e collaudi	15
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	5
				<b>75</b>

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022

U.O.C. Provveditorato - Economato - Direttore f.f.: Dott.ssa Teresa Capobianco

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	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 del rapporto "contratti in proroga/numero di gare"	< anno precedente	15
	Chiusura di almeno 3 procedure su piattaforma telematica SIAPS avviate nell'anno precedente	Chiusura procedura su SIAPS-Relazione o report sull'argomento	100	10
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 e delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attuazione delle azioni di competenza	N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12	10
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa - Liquidazione fatture entro 30 gg.	Tempi di liquidazione fatture dalla ricezione	100	20
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Elaborazione proposta di integrazione al Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi	Proposta di deliberazione	100	5
	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	5
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	10
				75

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale

Attribuzione obiettivi anno 2022				
U.O.C. Sistemi Informativi Aziendale - Direttore: Dott. Giovanni Sferragatta				
OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Implementazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Attuazione L.77/2020 ed implementazione del FSE con gli applicativi aziendali (Relazione sull'attuazione al 30.06 ed al 31.12)	100	10
	P.A.C. - Adempimenti di cui alla DGRC n.579/2020 Attuazione delle azioni previste dalla Del.n.190/2021 e delle procedure del manuale approvato con Del.63/2022	Attuazione delle azioni di competenza - Del. N.444/2020 (N. 2 relazioni del gruppo dei referenti sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12)	100	5
	Attivazione C.U.P. regionale	Attuazione di tutte le misure ed attività di supporto all'attivazione del C.U.P. regionale ed integrazione con i gestionali aziendali (N. 2 relazioni sull'attuazione delle azioni di competenza al 30/06 ed al 31/12)	100	10
	Gara informatizzazione	Attuazione di tutte le misure necessarie per l'esecuzione della gara sull'informatizzazione dalla predisposizione del bando fino all'affidamento del servizio	100	10
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa - Liquidazione fatture entro 30 gg.	Tempi di liquidazione fatture dalla ricezione	100	20
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Trasparenza (D. Lgs 33/2003)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet Aziendale.	10
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	10
				<b>75</b>

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale



Attribuzione obiettivi anno 2022

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

OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	VALORE ATTESO	PESO MASSIMO
AREA DI EFFICACIA ED EFFICIENZA	Adempimenti DGRC 378/2020	Gestione esecuzione acquisti attrezzature (Relazione al 30.06 ed al 31.12)	Completamento acquisti e collaudi	15
	Attuazione attività di competenza del PNRR	Completamento procedure di acquisizione attrezzature (Relazione al 30.06 ed al 31.12)	100	20
	Tempestività dei pagamenti rispetto della normativa - Liquidazione fatture entro 20 gg.	Tempi di liquidazione fatture dalla ricezione	100	20
TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Trasparenza (D.Lgs.33/2013)	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2022/2024	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Aziendale	10
PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato. Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	100	10
				<b>75</b>

Il Direttore f.f.  
U.O.C Programmazione e Controllo di Gestione

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

**UU.OO. DIREZIONE SANITARIA**

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, FORMAZIONE, QUALITA' E PERFORMANCE

Direttore f.f.: Dott. Tommaso Sgueglia

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio attività sanitaria NSG (Griglia LEA) Obiettivi Direttore Generale	Monitoraggio NSG (Griglia LEA) e attività di ricovero	Report trimestrale	2022	4 reports annuali	20	RELAZIONE	Direzione sanitaria
		Analisi dei risultati	Attività sanitaria e appropriatezza dei ricoveri	Relazioni semestrali	2022	2 relazioni annuali	20	RELAZIONE	Direzione sanitaria
EFFICIENZA	EFFICIENZA	Monitoraggio Schede di Dimissione Ospedaliera	Controlli delle SDO e debito informativo	Rilevazione debito informativo	2022	verifica settimanale	20	Report	Direzione sanitaria
TRASPARENZA	Trasparenza ed anticorruzione	Attuazione PTCT	Applicazione regolamento n.385/2018	verifiche a campione sulla corretta applicazione del Regolamento n. 385/2018 in materia di attività formative sponsorizzate ( misura n.6 del PTPCT 2020/2022)	2022-2024	5%	3	Report	RPCT
			Formazione specifica	Attivazione dei corsi di formazione specialistica in materia di appalti pubblici ( misura n.8 del PTPCT 2020/2022)	2022-2024	Almeno 1 corso	3	PAF	RPCT
				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 raccordo con il RPCT, della giornata della Trasparenza	2022-2024	Almeno 1 corso	3	PAF	RPCT
	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2022-2024	100	6	Verifica da parte del RPCT sulla sezione "Amministrazione, Trasparenza" del sito internet aziendale	RPCT
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. FARMACIA

Direttore : Dott.ssa Anna Dello Stritto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Gestione del Rischio Clinico Rif:ADEMPIMENTO NSG (Griglia NSG (Griglia LEA))	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 1	Verifica della corretta tenuta delle soluzioni contenenti potassio nelle UU.OO.	Verbale di ispezione	2022	Almeno 1 ispezione /U.O. nel semestre	10	Verbali	UOC Risk Management	
OBIETTIVI NSG (Griglia LEA)	FORMAZIONE DEI DIPENDENTI	Attività formativa interna alla U.O.C.	Attività formative interne alla U.O.C.	Iniziativa interne realizzate	2022	almeno 1 corso di formazione	10	Relazione/registro presenze	UOC APPROPRIATEZZA	
	EFFICIENZA Rif:DECRETI SPESA FARMACEUTICA	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	2022	Almeno 1 report per biosimilari, per off label e antibiotici	10	Report	UOC APPROPRIATEZZA	
	DEBITI INFORMATIVI Rif:DECRETI SPESA FARMACEUTICA	Adempimento dei debiti informativi istituzionali - aziendali, regionali, nazionali	Garantire l'invio dei flussi istituzionali assolvendo al debito informativo	Segnalazioni di inadempienze	2022	100	20	Segnalazioni regionali/ministeriali	UOC APPROPRIATEZZA	
	EFFICIENZA Rif:GRIGLIA NSG (Griglia LEA)	Gestione Magazzino	Gestione efficiente delle scorte e degli ordini	Valore scaduti	2022	<10% vs 2022	12	Report	UOC APPROPRIATEZZA	
	EFFICIENZA	Razionalizzazione risorse umane	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno	Valore straordinario e/o convenzionamento interno	2022	Contenimento straordinario e/o convenzionamento interno nell'anno in corso rispetto all'anno precedente	5	Relazione	UOC APPROPRIATEZZA	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2022-2024	100	3	Relazione	RPCT	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. MEDICINA LEGALE

Direttore: Dott. Pasquale Giugliano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Monitoraggio sinistrosità e certificazioni medico-legali	Valutazione sinistrosità. Contenzioso e certificazioni medico legale	Monitoraggio continuo sinistrosità e certificazioni medico-legali	Numero valutazioni effettuate /totale dei sinistri e del contenzioso e certificazioni medico legali	2022	90% di valutazioni/ totale	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Attuazione di protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Medicina Legale	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Medicina Legale	Protocolli e procedure riguardanti le principali attività della U.O.C. Medicina Legale nei tempi e con le modalità adeguate	Documenti prodotti e/o revisionati	2022	Istituzione e/o modificazioni	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Attività di formazione Attività formativa interna alla U.O.	Incontri/Iniziative	Trasmissione iniziative interne realizzate	Documenti prodotti e/o revisionati	2022	100	15	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Razionalizzazione uso delle risorse - Ottimizzare, in ottica condivisa, le risorse umane e strumentali	Al fine di assicurare gli obiettivi di sostenibilità, efficienza ed economia di scala, il Direttore della U.O.C. 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	Relazione sull'argomento	2022	100	10	Report periodico e annuale	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2022-2024	100	5	Relazione	RPCT	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

Direttore : Dott. Mario Massimo Mensorio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI	Percorsi procedure organizzative	Elaborazione di n.3 percorsi procedure organizzative	Relazione	2022	Relazione	10	Adozione	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo delle liste di attesa Rif: Decreto 34/2018	Indice di performance tempi di attesa ricoveri e ambulatori	Calcolare e valutare il rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A,B,C,D,U,B,D,P) Per prestazioni traccianti	Report su pazienti ricoverati/ambulatoriali con data di ricovero nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità per prestazioni traccianti	2022	Report	15	Report	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Governo prestazioni erogate	Rendicontazione delle prestazioni in ALPI rispetto alla attività istituzionale	Valutazione prestazioni ALPI	Prestazioni erogate in ALPI	2022	Relazione	7	Relazione	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Numero Posti letto e variazioni	Posti letto P.O.	Trasmissione mensile posti letto	Posti letto per ciascuna UU .OO	2022	Report	15	Report Mensile	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Valutazione della Performance	Monitoraggio indicatori per valutazione Performance	Trasmettere relazioni e report periodici di competenza alla U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance	Relazioni e report	2022	Report	20	Report periodici	UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2022-2024	Relazione	3	Relazione	RPCT
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. RISK MANAGEMENT

Direttore f.f. : Dott. Danilo Lisi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Attuazione programmi Enti sovraordinati	Adempimenti scaturenti da programmazioni regionali e ministeriali	Applicazioni	Documenti e relazioni	2022	100% Documenti richiesti elaborati/anno	20	Rilevazione firma di presenza	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
	Attuazione programmi aziendali	Adempimenti scaturenti da programmazioni aziendali	Applicazioni	Documenti Prodotti /Relazioni	2022	2 documenti prodotti/anno	20	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, formazione
	Miglioramento della performance	Incontri periodici con i direttori di struttura complessa e con i responsabili UOSD	Incontri	Numero incontri	2022	100	20	Verbali degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento	2022-2024	100	10	Relazione	RPCT
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
 dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
 Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
 Programmazione e controllo di gestione  
 dott. Tommaso Sgueglia



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE



RIFORMULAZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE

Direttore : Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Obiettivi strategici della A.O.	OBIETTIVO ALTAMENTE STRATEGICO	Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza ai tempi assegnati	Tutte le azioni necessarie per il rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero massimo per anno pari a 3 contestazioni di ritardo nella trasmissione per ciascuna U.O. del dipartimento	2022	90%	20	Note di contestazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Adempimenti NSG-Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui al NSG (griglia LEA)	Al fine di assicurare gli obiettivi del NSG (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 NSG (Griglia LEA) delle singole UU.OO.	2022	95%	20	Report obiettivi del NSG	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la predisposizione di PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la produzione di PDTA specifici	Numero PDTA proposti	2022	almeno 3 PDTA/anno	7	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	7	Report Risk management	U.O.C. Risk Management	
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	almeno 3 corsi/anno	7	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	4	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazioni aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	100%	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE

Direttore : Prof. Dott. Eugenio Martelli

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriatelyto/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriatelyto	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyta valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Obiettivo tematico	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione dello Screening carotideo di tutti i pazienti coronaropatici afferenti al Dipartimento	Attivazione dello Screening carotideo di tutti i pazienti coronaropatici afferenti al Dipartimento	Attivazione screening	2022	100	4	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX\*

75

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CARDIOCHIRURGIA

Direttore : Dott. Andrea Montalto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyzza valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento attività "Heart Team"	Attività del Gruppo di Lavoro Dipartimentale "Heart Team"	Produzione di un report trimestrale della attività del Gruppo di Lavoro Dipartimentale "Heart Team"	2022	100	9	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							PUNTEGGIO MAX*	75		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CARDIOLOGIA CLINICA A DIREZIONE UNIVERSITARIA CON UTIC  
Direttore : Prof. Dott. Paolo Calabrò

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Istituzione ambulatorio per la diagnosi, il management e la terapia dello scompenso cardiaco cronico (rete cronicità)	Attivazione ambulatorio per la diagnosi, il management e la terapia dello scompenso cardiaco cronico (rete cronicità)	Verifica attivazione	2022	100	7	Monitoraggio	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annechiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CARDIOLOGIA D'EMERGENZA CON UTIC

Direttore f.f.: Prof. Dott. Paolo Calabro'

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)-paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA; DCA 64_2018; 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	2022	Elaborazione sistema di monitoraggio	12	Relazione		
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	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%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatazza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)/Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	9	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatazza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatazza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Miglioramento follow -up del paziente	Produrre nuovo modello di lettera di dimissione con aggiornamento del profilo di rischio del pz e con chiara programmazione del Follow Up a breve e lungo termine, da condividere con UOC Cardiologia Clinica Universitaria con UTIC e con la UOSD Follow Up del paziente post acuto.	Relazione	2022	100	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>								<b>75</b>		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annettarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. UNITA' TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Direttore : Prof. Dott. Paolo Calabro'

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)-paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA	PDTA per percorso IMA STEMI	Identificazione dei processi, costituzione del Gruppo di Lavoro ed elaborazione dei PDTA con relativi indicatori	Relazione PDTA	2022	Elaborazione PDTA	15	Relazione	U.O.C. Risk Management
	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete IMA Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)-paragrafo 10.1 LA RETE CARDIOLOGICA; DCA 64_2018; 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	2022	Elaborazione sistema di monitoraggio	20	Relazione	
FORMAZIONE	Attuazione dei percorsi formativi	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	100	15	Relazione/attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

### Attribuzione obiettivi anno 2022

U.O.S.D TERAPIA INTENSIVA DEL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE  
 Responsabile: Dott.ssa Carmelina Marsicano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO%	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
EFFICIENZA	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	SICUREZZA DELLE CURE	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 x 100 / Opportunità	2022	Miglioramento di almeno il 15% dell'indicatore tra l'osservazione base-line e l'osservazione post-formazione	20	Relazione su schede di osservazione allegate al Manuale Operativo WHO	UOC Organizzazione e Programmazione dei Serizi Ospedalieri e Sanitari con il supporto dell'UOC malattie infettive e CIO
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	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	2022	Almeno 1 verbale di audit	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS	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. appropriatelyzza dell'antibiototerapia in area critica)	Avvenuta realizzazione di 1 Piano Formativo Aziendale	2022	100	20	Moduli firma dei partecipanti al corso	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
 Programmazione e controllo di gestione

dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. FOLLOW UP DEL PAZIENTE POST ACUTO

Responsabile : Dott. Carmine Riccio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	20	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS Rif: AUDIT	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2022	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE Rif: ATTIVITA' AZIENDALE	Tempestività registro farmaci Piano terapeutico	Tempestività dei report	Date invio report	2022	100	20	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	MANTENIMENTO NELL'EROGAZIONE DEI NSG (Griglia LEA) Rif: GRIGLIA NSG (Griglia LEA)	Aumento livelli di sicurezza per paziente post acuto	Riduzioni tempi di effettuazione visite cardiologiche	Tempi di attesa	2022	Tempi ridotti su anno di riferimento	20	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
<b>PUNTEGGIO</b>							<b>75</b>			

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. ARITMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA

Responsabile : Dott. Miguel Viscusi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE Rif: ATTIVITA' 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	2022	almeno 1 procedura	25	Documento	U.O.C. Risk Management	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS Rif: AUDIT	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbal di audit	2022	Almeno 1 verbale di audit	25	Relazione	U.O.C. Risk Management	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annetichiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E DELLE EMERGENZE CORONARICHE

Responsabile : Dott. Rocco Perrotta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS Rif: AUDIT	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verbali di audit	2022	Almeno 1 verbale di audit	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA Rif: ATTIVITA' AZIENDALE	Adozione protocolli e procedure di cardiologia interventistica	Analizzare la casistica storia della UOSD e selezionare la procedura più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2022	almeno 1 procedura	15	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	EFFICIENZA AZIENDALE	Potenziamento dell'attività di diagnostica interventistica	Riduzione dei tempi di attesa delle procedure diagnostiche	Tempo di attesa tra visita ed effettuazione procedura	2022	Riduzione del 10% vs 2020	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>								<b>75</b>		

Il Direttore della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

Direttore : Dott. Pasqualino De Marinis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Obiettivi strategici della A.O.	OBIETTIVO ALTAMENTE STRATEGICO	Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza ai tempi assegnati	Tutte le azioni necessarie per il rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero massimo per anno pari a 3 contestazioni di ritardo nella trasmissione per ciascuna U.O. del dipartimento	2022	90%	25	Note di contestazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Adempimenti NSG (Griglia LEA)	Rispettare gli indici di cui alla NSG (Griglia LEA)	Al fine di assicurare gli obiettivi della NSG (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 NSG (Griglia LEA) delle singole UU.OO.	2022	100	20	Report rispetto obiettivi NSG (Griglia LEA)	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la predisposizione di PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la produzione di PDTA specifici	Numero PDTA proposti	2022	almeno 3 PDTA/anno	8	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	6	Report Risk management	U.O.C. Risk Management	
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	almeno 3 corsi/anno	4	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazioni aziendali	Rafforzamento della Neuradiologia Interventistica con la gestione integrata (Neurochirurgica ed Endovascolare) degli aneurismi e malformazioni vascolari di pazienti afferenti al Pronto Soccorso e sottoposti a cure intensive.	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	100%	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sguglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Direttore : Dott. Gaetano Bruno

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriatelyto/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriatelyto	2022	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (≥60%)	Interventi eseguiti entro ≤ 2 GG	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario - indicatore ministeriale H13C	2022	(≥60%)	15	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyzza valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Obiettivo tematico	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	2	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	2	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	2	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	2	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	11	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione di un ambulatorio dedicato alla fragilità ossea (arruolamento dei pazienti a rischio di fratture da fragilità)	Attivare un ambulatorio (1 g. a settimana) dedicato al trattamento ed al follow-up di tali pazienti con il coinvolgimento di altri specialisti dell'Azienda quali l'endocrinologo, il nefrologo, il senologo, il neurochirurgo, il reumatologo internista ed il fisiatra per le loro specifiche competenze	Report attività CUP - Relazione UOC	2022	100	4	Dati CUP e relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX\* 75

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. NEUROCHIRURGIA

Direttore : Dott. Pasqualino De Marinis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyzza valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	IMPLEMENTAZIONE DEI CASI DI NEURONCOLOGIA ANCHE MEDIANTE L'IMPIEGO DEI TRACCIANTI NEOPLASTICI ( ACIDO 5 - AMMINOLEVULINICO)	1) Impiego di tecniche chirurgiche dedicate quali 5-ALA e Awake Surgery; 2) Proseguito dell'attività di ricerca nell'ambito dei gliomi cerebrali in collaborazione con il CNR.	Relazione sull'argomento	2022	100	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anncchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA (PRONTO SOCCORSO)

Direttore : Dott. Diego Paternosto

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI Rif: LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'OBI - BURC n. 40 del 26 Giugno 2012	Rispetto delle linee di indirizzo regionali sull'OBI	Corretto utilizzo dell'O.B.I. - evitare 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 dal P.S.	Almeno 2 visite mediche registrate in cartella (criterio obbligatorio); e almeno 1 tra i seguenti criteri: - necessità di terapia ev o ossigenoterapia per un problema acuto con successiva valutazione degli effetti della terapia; - necessità di monitoraggio di almeno 1 fra i seguenti parametri (almeno 3 rilievi successivi in cartella): Pressione Arteriosa, Frequenza Respiratoria, Frequenza Cardiaca, Glasgow Coma Scale, Saturazione O2, diuresi, 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.	2022	80% per ciascun indicatore	9	Relazione del Direttore di UOC	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA DI EFFICIENZA	Debiti informativi	Trasmissione dati EMUR	Continuità ,Completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi	Allimentare correttamente, completamente e e tempestivamente il flusso relativo all'Emergenza-Urgenza	2022	100	8	Segnalazioni da parte della Regione /UOC Appropriatelyzza	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	RENDICONTAZIONE E RIMBORSO	Perseguire la possibilità di remunerazione di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse quelle erogate a cittadini stranieri STP e TESSERA TEAM	Ottenere, all'atto del ricovero o accesso al P.S. copia del documento di identità e della tessera sanitaria del paziente, inclusi quelli degli stranieri ( TESSERA TEAM) dei Paesi della UE, Spazio Economico Europeo, Svizzera e Regno Unito, al fine di avviare le ordinarie pratiche di rimborso (D.C.A. N.38/2018)	Presenza, in ogni cartella clinica di ricovero, copia del documento di identità e della tessera sanitaria o TEAM. Verbale del TRIAGE di PS per i pazienti stranieri dei Paesi della UE, Spazio Economico Europeo, Svizzera e Regno Unito, Corretta compilazione della sezione anagrafica del programma gestionale	2022	80%	6	Controlli a campione su cartelle	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	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%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Migliorare l'accoglienza degli utenti/ricoverati e familiari	Individuare e porre in essere almeno un'azione di miglioramento dei processi di accoglienza e di informazione ad utenza e familiari anche attraverso Incontri periodici con il personale	Relazioni della UOC (almeno una entro fine anno) sul numero di attività effettuate e documentate con tale finalità	2022	Relazioni	8	Relazioni	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>		

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annechiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Direttore : Dott. Pasquale De NEGRI

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	Assicurare quantità e qualità delle attività erogate in relazione agli obiettivi assegnati	Protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	N. di protocolli e procedure riguardanti le principali patologie e/o attività	2022	Almeno n.4 protocolli/procedure	5	Relazione del Direttore	Direzione Sanitaria/U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Audit: Coordinamento, organizzazione e svolgimento di attività al fine di conseguire l'umanizzazione delle cure conforme agli standard stabiliti con il gradimento dell'utenza	Creazione di modelli innovativi	Modelli innovativi	2022	Assenza contestazioni e gradimento utenza- inclusione dei familiari nell'assistenza del paziente di T.I. (rianimazione aperta)	5	Relazione del Direttore/dati URP	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	EFFICIENTE UTILIZZO PIATTIFORME PRODUTTIVE	Trasmissione dati di attività (attività pre- operatoria e operatoria)	Caricamento ed invio flusso informativo sale operatorie mediante applicativi informatici aziendali (Invio FISO - Utilizzo SoWEB)	Tempestività e correttezza delle informazioni	2022	100% dei dati entro il 10 del mese successivo	15	Applicativi informatici	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Completezza, tempestività e qualità dei flussi informativi SDO	Compilazione e chiusura tempestiva SDO	Trasmissione entro il 7 del mese successivo del report dei dimessi mensili relativo alle SDO "chiuse" e registrate; eventuali SDO ancora da chiudere inerenti a pazienti già dimessi devono essere motivate con idonea relazione	2022	100% delle SDO entro il 7 del mese, relative a pazienti dimessi nel mese precedente al netto di quelle non chiuse con relativa motivazione	15	QUANI/ Relazione Direttore	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	EFFICIENZA GESTIONALE	Riorganizzazione della U.O.C. attraverso un modello flessibile e l'adozione di procedure innovative per la razionalizzazione delle risorse	Proposizione e Attuazione modello organizzativo	Presentazione proposta alla direzione sanitaria	2022	Proposta mirata all'efficienza in termini di minori risorse impiegate	4	Relazione del Direttore	Controllo di Gestione
		Promozione del potenziamento della cura del dolore acuto e cronico in quanto SPOKE di II livello nella rete di terapia del dolore regionale	Potenziamento ambulatorio e attività di assistenza	Numero dei casi trattati	2022	Incremento del N. dei casi trattati sull'anno precedente	4	Relazione del Direttore	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Promozione della donazione di organi	Attività di informazione e sensibilizzazione	Incremento del numero delle donazioni per annualità (20%-40%-60%-80%-100%)	2022	Incremento del 20% delle donazioni sull'anno precedente	3	Relazione del Direttore	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT
ATTIVITA' FORMATIVA	FORMAZIONE	Promuovere la crescita professionale del personale assegnato mediante individuazione di piani formativi in linea con gli indirizzi aziendali	Potenziamento delle competenze	Progetti formativi specifici	2022	Almeno 2	3	Progetti formativi	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance/U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Annetichiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CHIRURGIA DEI GROSSI TRAUMI

Direttore :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	REALIZZAZIONE MODELLO HUB&SPOKE (RETE TRAUMA) Rif:Piano Ospedaliero Regionale (POR)-paragrafo 10.3 LA RETE PER IL TRAUMA	Organizzazione dei requisiti propri del CTS (Centro Traumi di Alta Specializzazione) previsti dal POR	Predisposizione del pannello dei requisiti di cui al POR con indicazione di quelli da ottimizzare e formulazione cronoprogramma	Presentazione del cronoprogramma dei requisiti	2022	Elaborazione cronoprogramma	8	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SICUREZZA DELLE CURE - ADEMPIMENTO NSG (Griglia LEA)	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 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'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	2022	≥ 70%	8	Cartelle Cliniche da CSA; 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	6	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Trattamento non operatorio (TNO) Traumi chiusi addome - Attuazione TNO attraverso monitoraggio intensivo clinico strumentale	Attuazione TNO Traumi chiusi addome	Incremento 10% rispetto al 2021	2022	100%	15	QUANI	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D.COORDINAMENTO TRAUMA CENTER

Responsabile : Dott. Donato Sciano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE TRAUMA Rif: 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 dei PDTA	Sottomissione di PDTA	2022	Sottomissione di almeno 1 PDTA	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - AUDIT-	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Rete Trauma, PDTA)	Verbal di audit	2022	Almeno 1 verbale di audit	25	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	ATTIVITA' SPECIFICA - TRAUMI -	Implementare almeno una innovazione tecnologica, clinica o organizzativa	Implementare almeno una innovazione tecnologica, clinica o organizzativa	Innovazione implementata	2022	100	30	Relazione del Direttore di Dipartimento	Dipartimento DEA
<b>PUNTEGGIO</b>							<b>75</b>		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Annecchiarico

Gaetano Gubitosa

dott. Tommaso Sgueglia

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. SALE OPERATORIE

Responsabile : Dott. ssa Concetta Gallo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	SICUREZZA DELLE CURE - ADEMPIMENTO LEA -	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali nn. 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'anestesista la Check List di Sala Operatoria/totale ricoveri con procedure chirurgiche (escl. Urgenti)	2022	≥ 70%	25	Cartelle Cliniche da CSA; 10% CC di DRG chirurgici di elezione	UOC Risk Management	
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - AUDIT -	Effettuazione di almeno 1 audit/anno	Gli audit dovranno vertere su casi di interesse aziendale (es. Manuale sicurezza Sala Operatoria, Raccomandazioni Ministeriali, Efficienza sala ecc)	Verballi di audit	2022	Almeno 1 verbale di audit	20	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
AREA EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	15	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Introdurre almeno 1 innovazione tecnologica, clinica, organizzativa sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazione aziendali		Innovazione introdotta nell'anno	2022	100	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO</b>								<b>75</b>		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annechiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore : Dott. Giovanni Pietro Ianniello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Obiettivi strategici della A.O.	Adempimenti NSG (Griglia LEA)	Rispettare gli indici di cui alla NSG (Griglia LEA) (ad esclusione dei punti riguardanti :Riduzione degli accessi di tipo medico per gli ACCESSI DEL DRG 410 e i Ricoveri Ripetuti per la stessa MDC)	Al fine di assicurare gli obiettivi della NSG (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 NSG (Griglia LEA) delle singole UU.OO.	2022	100	15	Report rispetto obiettivi NSG (Griglia LEA)	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la redazione di almeno 3 PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la produzione di PDTA specifici	Numero PDTA proposti	2022	100	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	OBIETTIVO ALTAMENTE STRATEGICO	Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza ai tempi assegnati	Tutte le azioni necessarie per il rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero massimo per anno pari a 3 contestazioni di ritardo nella trasmissione per ciascuna U.O. del dipartimento	2022	90%	25	Note di contestazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	5	Report Risk management	U.O.C. Risk Management	
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	almeno 3 corsi/anno	7	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazioni aziendali	Implementazione attività di ricerca clinica	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	100%	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sguglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA

Direttore : Dott. Giovanni Pietro Ianniello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
EFFICIENZA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service) escluso chemioterapia	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriatelyto/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriatelyto	2022	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) e dei relativi PDTA	Implementazione attività del CORP : attuazione di quanto previsto dalla DGRC 477/2021	PDTA	2022	100	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							<b>PUNTEGGIO MAX*</b>	<b>75</b>		

\* Il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. EMATOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

Direttore : Dott. Ferdinando Frigeri

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	9	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	5	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Garantire la sicurezza delle terapie oncologiche, con conseguente riduzione degli stravasi e dei danni ad essi correlati con il posizionamento e la gestione di un accesso venoso centrale a tutti i pazienti programmati per chemioterapia sia in D.O. e D.H.	Inserimento di almeno 5 pazienti in protocolli clinici attivi (approvati dal Comitato Etico Indipendente) c/o la UOC di Ematologia ad Indirizzo Oncologico	n pz con accesso venoso centrale / n pz candidabili alla chemioterapia	2022	100	8	Report /anno	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Direttore : Prof. Dott. Luigi Cobellis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	OBIETTIVO ALTAMENTE STRATEGICO	Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza ai tempi assegnati	Tutte le azioni necessarie per il rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero massimo per anno pari a 3 contestazioni di ritardo nella trasmissione per ciascuna U.O. del dipartimento	2022	90%	25	Note di contestazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Adempimenti NSG-Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui al NSG (griglia LEA)	Al fine di assicurare gli obiettivi del NSG (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 NSG (Griglia LEA) delle singole UU.OO.	2022	95%	15	Report obiettivi del NSG	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la predisposizione di PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la produzione di PDTA specifici	Numero PDTA proposti	2022	almeno 3 PDTA/anno	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	8	Report Risk management	U.O.C. Risk Management
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	almeno 3 corsi/anno	5	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	2	Relazione	RPCT
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazioni aziendali	Promuovere l'introduzione di innovazioni nell'ambito delle UU.OO. Dipartimentali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	100%	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA A DIREZIONE UNIVERSITARIA

Direttore : Prof. Dott. Luigi Cobellis

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
AREA DI CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	Gestione del Rischio Clinico ADEMPIMENTO NSG (Griglia 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	2022	≥ 70%	5	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management	
	Gestione del Rischio Clinico ADEMPIMENTO NSG (Griglia 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 SANO	% di cartelle cliniche di parto in cui siano presenti e debitamente compilate la valutazione del grado di rischio ostetrico-ginecologico	2022	≥ 70%	5	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Percentuale parti cesarei primari (≤ 24%)	Riduzione dei tagli cesarei primari	(Num. dimissioni con parto cesareo primario/Num. dimissioni per parto con nessun progresso cesareo)*100	2022	<24%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	DEBITI INFORMATIVI E AMMINISTRATIVI	Schede di aborto spontaneo e schede IVG	Chiusura tempestiva SDO entro 10 giorni dalla dimissione - Eventuale relazione giustificativa per le SDO ancora da chiudere inerenti pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	5	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione Percorso di Gestione della Gravidanza a Termine con Personale Medico e Ostetrico	Percorso da attivare con modalità on-line (da remoto), con un corso di accompagnamento alla nascita e supporto telefonico, per eventuali direttive da seguire alla gestante a fine gravidanza	Attività ambulatoriale	2022	100	7	n. 1 Relazione anno da inviare a U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							<b>PUNTEGGIO MAX*</b>	<b>75</b>		

\* Il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sguiglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. PEDIATRIA

Direttore : Prof. Dott. Felice Nunziata

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei ricoveri a rischio di non appropriatelyzza	Riduzione del 30% dei ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma, gastroenterite.	% riduzione di dimissioni RO in età pediatrica per asma e gastroenterite rispetto all'anno di riferimento	2022	Riduzione 30%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	8	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento dell'attività ambulatoriale di Diabetologia ed Endocrinologia	1) Incrementare del 15% il numero di visite ambulatoriali di Neuropsichiatria Infantile istituendo una seduta mensile supplementare; 2) Istituire, nell'ambito del nostro Centro di Diabetologia Pediatrica, uno sportello per le tecnologie più avanzate per incrementarne l'utilizzo	Incremento attività ambulatoriale	2022	100	10	dati cup	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. T.I.N. E T.N.E. - NEONATOLOGIA II° LIVELLO

Direttore : Dott. Italo Bernardo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE Neonatologica e i Punti Nascita Rif: 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 dei Protocolli	2022	Almeno 1 Protocollo	20	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Gestione del Rischio Clinico - ADEMPIMENTO NSG (Griglia LEA) -	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 16	Per ciascun parto vanno compilati gli allegati da 1 a 4 della Deliberazione n 207/2018 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO	% 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	2022	≥ 70%	20	Report excel; eventuale verifica a campione su Cartelle Cliniche da CSA	U.O.C. Risk Management	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Follow-up del neonato pre- termine	Riduzione delle liste di attesa degli ambulatori di ecografia cerebrale e di ecografia delle anche	Attivazione posti letto	2022	100	10	RELAZIONE SULL'ATTIVITA'	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>								<b>75</b>		

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Anecchiarico

Gaetano Gubitosa

dott. Tommaso Sgueglia



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE CHIRURGICHE

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

Direttore :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
Obiettivi strategici della A.O.	OBIETTIVO ALTAMENTE STRATEGICO	Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza ai tempi assegnati	Tutte le azioni necessarie per il rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero massimo per anno pari a 3 contestazioni di ritardo nella trasmissione per ciascuna U.O. del dipartimento	2022	90%	25	Note di contestazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Adempimenti NSG-Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui al NSG (griglia LEA)	Al fine di assicurare gli obiettivi del NSG (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 NSG (Griglia LEA) delle singole UU.OO.	2022	95%	20	Report obiettivi del NSG	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la predisposizione di PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la produzione di PDTA specifici	Numero PDTA proposti	2022	almeno 3 PDTA/anno	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	5	Report Risk management	U.O.C. Risk Management
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	100	5	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	3	Relazione	RPCT
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative proposte e riportate di seguito	1) coordinamento degli spazi e delle risorse del Comparto ambulatoriali, con utilizzazione anche in orario pomeridiano; 2) Realizzazione reparto operatorio ad uso esclusivo della UO di Oculistica; 3) Allocazione delle UU.OO. afferenti al dipartimento in spazi funzionalmente vicini; 4) Istituzione di una Guardia Medica Dipartimentale con reperibilità specialistiche.	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	Almeno 2 innovazioni	7	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annechiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. UROLOGIA

Direttore : Prof. Ferdinando Fusco

Direttore :	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriatelyto/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriatelyto	2022	≤ 0,21%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivi tematici	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyzza valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	x	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Introdurre nella U.O. almeno 1 delle innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative proposte e riportate di seguito	1)Realizzazione di una sala endoscopica per la gestione delle urgenze urologiche, disponibile possibilmente tutti i giorni dalle 8:00 alle 20:00 ( ed attivabile al bisogno nelle fasce di reperibilità). 2)Acquisizione di una piattaforma per la chirurgia robotica da dedicare alla chirurgia uro-oncologica.	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	Almeno 1 innovazione	8	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio complessivo totale dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore : Dott. Marco Manola

Direttore :	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyzza valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento/Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	8	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
		SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	10	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento dell'attività oncologica	Incrementare il numero di pazienti con carcinoma della laringe valutati dal gruppo multidisciplinare di chirurgia testa collo	numero di pazienti con carcinoma della laringe valutati dal gruppo multidisciplinare di chirurgia testa collo	2022	> anno precedente	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sguiglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. DAY SURGERY POLISPECIALISTICA E CHIRURGIA A RICOVERO BREVE

Direttore p.t.: Dott. Salvatore Massa

Direttore :	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	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 $\leq 0,21\%$	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	$\leq 0,21\%$	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno ( $>10\%$ )	Colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	% Ricoveri in day surgery e ricoveri ordinari 0/1 giorno per Colecistectomie laparoscopiche	2022	$>10\%$	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni $< 3$ GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2022	100%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici $<25\%$	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	$< 25\%$	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico $<1,4$	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	$\leq 1,4$	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	15	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento attività chirurgiche in regime di Day-Service (PACC chirurgici) - Attivazione PDTA per i tumori della cute	<ul style="list-style-type: none"> <li>INCREMENTO ATTIVITA' CHIRURGICA ( Day Service e PACC Chirurgici)</li> <li>Attivazione PDTA per i tumori della cute</li> </ul>	Relazioni e report	2022	100	10	Dati CUP per attività chirurgica. Relazione PDTA	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA

Direttore :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione del NSG (Griglia LEA)	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (>10%)	Colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	% Ricoveri in day surgery e ricoveri ordinari 0/1 giorno per Colecistectomie laparoscopiche	2022	>10%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2022	100%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150(10% tolleranza ) Interventi annui	Interventi annui per tumore maligno della mammella	N. Interventi annui per tumore maligno della mammella	2022	≥135	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico del D.G.	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	5	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento/Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		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%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	10	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Introdurre nella U.O. almeno una innovazione tecnologica, clinica, organizzativa	Introduzione, applicazione e messa a regime del protocollo ERAS (Enhanced Recovery after Surgery)	Relazione	2022	100	5	Relazione Annuale	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							PUNTEGGIO MAX*	75		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annechiario

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

Direttore :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		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%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico del D.G.	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriata valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)		Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	10	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Migliorare l'appropriatelyzza delle attività	Miglioramento dell'appropriatelyzza mediante l'incremento dell'attività ambulatoriale attraverso l'attuazione dei PACC chirurgici	Dati CUP	2022	Miglioramento dati rispetto anno precedente	7	DATI CUP	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							<b>PUNTEGGIO MAX*</b>	<b>75</b>		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. OCULISTICA

Responsabile : Dott. Attilio Michele Varricchio

	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di performance tempi di attesa ricoveri chirurgici	Rispettare i tempi di attesa per ciascuna classe di priorità (A, B, C, D)	Pazienti ricoverati per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	5	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
	ATTIVITA' PACC E PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E PACC > ANNO PRECEDENTE	INCREMENTO DELL'ATTIVITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E PACC	DATI CUP	2022	> anno precedente	5	DATI CUP	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Obiettivo tematico del D.G.	Percentuale dei ricoveri con DRG Medico tra i dimessi da reparti chirurgici <25%	Riduzione dei ricoveri medici e aumento dei ricoveri chirurgici attraverso una più appropriatelyzza valutazione al momento dell'inserimento in lista d'attesa	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	< 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Giorni di Degenza media precedenti l'intervento chirurgico <1,4	Rispetto delle procedure di pre-ospedalizzazione	Somma giorni di degenza pre-operatoria/num. Dimessi (Escl. Urgenti)	2022	≤ 1,4	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)		Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance		
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	10	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Riduzione tempi di attesa per interventi di cataratta	Contenimento tempi di chiusura dei PACC per intervento di cataratta	Chiusura dei PACC per intervento di Cataratta entro 30 giorni dall'apertura della cartella clinica	2022	100	7	QUANI/CUP	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

Direttore :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100%	10	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno(>10%)	Colecistectomie laparoscopiche effettuate in day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	% Ricoveri in day surgery e ricoveri ordinari 0/1 giorno per Colecistectomie laparoscopiche	2022	>10%	25	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dimissioni < 3 GG dall'intervento	Giornate di degenza Post- operatoria	2022	100%	25	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	Protocolli e procedure riguardanti le patologie più frequentemente trattate	Documenti prodotti e/o revisionati	Relazione	2022	1 documento	5	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Incremento della percentuale di interventi oncologici laparoscopici	Incremento interventi oncologici laparoscopici	N. pazienti oncologici trattati in laparoscopia	2022	> 5% rispetto al 2020	10	Relazione Annuale	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							<b>PUNTEGGIO MAX*</b>	<b>75</b>		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
 Programmazione e controllo di gestione

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Anneschiario

Gaetano Gubitosa

dott. Tommaso Sgueglia



Direttore :

Responsabile : Dott. Gianpaolo Pitruzzella

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100%	13	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	Interventi annui per tumore maligno della mammella	N. Interventi annui per tumore maligno della mammella	2022	≥150	40	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE	Riduzione dei tempi di degenza	Contenere i tempi di degenza max entro le 48 ore	Tempi di degenza	2022	95%	10	Quani	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100%	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Potenziamento dell'attività della U.O.	Potenziamento dell'attività - Incremento dei casi trattati	Numero dei casi trattati	2022	>7% rispetto all'anno precedente	5	Quani	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



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

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

Direttore f.f.: Prof. Dott. Rosario Cuomo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Obiettivi strategici della A.O.	OBIETTIVO ALTAMENTE STRATEGICO	Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza ai tempi assegnati	Tutte le azioni necessarie per il rispetto della trasmissione delle Sdo nei tempi dovuti da parte delle singole UU.OO. afferenti al Dipartimento	Numero massimo per anno pari a 3 contestazioni di ritardo nella trasmissione per ciascuna U.O. del dipartimento	2022	90%	25	Note di contestazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Adempimenti NSG-Griglia LEA	Rispettare gli indici di cui al NSG (griglia LEA)	Al fine di assicurare gli obiettivi del NSG (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 NSG (Griglia LEA) delle singole UU.OO.	2022	95%	20	Report obiettivi del NSG	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come modalità per organizzare l'assistenza ispirata al principio della centralità e della presa in carico stabile del paziente	Promuovere la predisposizione di PDTA nell'ambito del Dipartimento	Monitorare e stimolare la produzione di PDTA specifici	Numero PDTA proposti	2022	almeno 3 PDTA/anno	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	10	Report Risk management	U.O.C. Risk Management	
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	almeno 3 corsi/anno	10	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT 2020/2022	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	5	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazioni aziendali	Introdurre nel Dipartimento almeno 2 innovazioni tecnologiche, cliniche, organizzative sia in applicazione dei programmi regionali, sia come applicazione di programmi di innovazioni aziendali	Numero di innovazioni introdotte nell'anno	2022	100%	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. GASTROENTEROLOGIA

Direttore : Prof. Dott. Rosario Cuomo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	8	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa della "Polipectomia Endoscopica del Colon"	Miglioramento della performance qualitativa e quantitativa della "Polipectomia Endoscopica del Colon"	Relazione sull'argomento	2022	100	12	Report sui pazienti trattati	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>								<b>75</b>		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. GERIATRIA

Direttore : Dott. ssa Gina Varricchio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	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%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatezza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)/Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento)*100	2022	<10%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Istituzione di un diario giornaliero della scheda dell'assistito sul quale riportare tutte le informazioni inerenti gli esami diagnostici effettuati. Le consulenze richieste ed effettuate, la terapia, e le informazioni ottenute e trasferite ai familiari	Istituzione del diario giornaliero	Relazione sull'argomento	2022	100	14	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sguglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI A DIREZIONE UNIVERSITARIA

Direttore : Prof. Dott. Paolo Maggi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	6	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriatelyto/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriatelyto	2022	≤ 0,21%	6	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento / Num. dimissioni RO pazienti (>=18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento) * 100	2022	<10%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	9	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	GESTIONE DELLE CO-MORBILITÀ IN HIV	Gestione delle co-morbilità cardiovascolare, ossea, neurocognitiva e dell'aging precoce in HIV	Prestazioni erogate	2020	Report	10	Report	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. MEDICINA INTERNA

Direttore:

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriatelyto/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriatelyto	2022	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento / Num. dimissioni RO pazienti (≥18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento) * 100	2022	<10%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	3	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	9	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e II.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione degli esami ecografici (Ecocardiogramma, Ecocolordoppler TSA ed ecotiroide) per i degenti del Dipartimento	Incremento prestazioni e riduzione degenza media e liste di attesa	Report	2022	Report	10	Report	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* Il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiario

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sguelgia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

Direttore p.t.: Dott.ssa Caterina Saviano

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione Accessi venosi long-term( cateteri venosi centrali tunnelizzati cuffiati) in giugulare e in femorale per i trattamenti emodialitici dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica	Posizionamento e gestione degli accessi venosi permanenti per emodialisi	Relazione/Report	2022	100	12	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							<b>PUNTEGGIO MAX*</b>	<b>75</b>		

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiario

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. NEUROLOGIA

Direttore :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	8	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attese	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	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%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriato/Num. dimissioni in RO con DRG non inappropriato	2022	≤ 0,21%	8	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif.3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Percorso dedicato per i pazienti con ICTUS ISCHEMICO acuto in finestra terapeutica per trombosi endovenosa	Implementazione della terapia con anticorpi monoclonali nella terapia dell'emivrania	Report periodici	2022	100	9	Report inviati	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX*</b>							<b>75</b>			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. PNEUMOLOGIA - FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Direttore : Prof. Dott. Antonio Ponticello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - RICOVERI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - 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 per i quali è stato rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità.	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	7	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVI NSG - ex Griglia LEA	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Riduzione degli accessi di tipo medico	Riduzione dei ricoveri DH medici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo medico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 25%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all.8 Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ≤ 0,21%	Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	Num. dimissioni RO con DRG inappropriately/inappropriately in RO con DRG non inappropriately	2022	≤ 0,21%	7	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	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 a rischio di non appropriatelyzza attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	Num. dimissioni RO pazienti (≥ 18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno corrente - Num. dimissioni RO pazienti (≥ 18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento / Num. dimissioni RO pazienti (≥ 18) con diagn.princ. diabete, BPCO e scomp.card. anno di riferimento) * 100	2022	< 10%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Riduzione dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico	Riduzione dei ricoveri DH diagnostici attraverso l'individuazione di regimi assistenziali alternativi (Ambulatorio, Day Service)	% riduzione num. ricoveri DH di tipo diagnostico rispetto all'anno di riferimento	2022	≤ 30%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza oltre soglia negli anziani (≤ 5%)	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza	Numero di dimessi in regime ordinario per acuti con DRG medico e degenza di soggetti con età ≥ 65	2022	≤ 5%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Monitoraggio nell'erogazione con riferimento alla Griglia LEA	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC (Rif. 3,7%)	Migliorare la capacità della struttura di completare l'iter assistenziale dei casi trattati in modo soddisfacente	Ricoveri Ordinari ripetuti entro 30GG per lo stesso paziente per la medesima MDC	2022	Rif. 3,7%	4	QUANI	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	7	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	SDO	Consegna SDO Ric. ORD. (10 gg dalla dimissione)	Chiusura tempestiva SDO - Eventuale relazione per motivare la mancata chiusura di SDO relative a pazienti già dimessi	N. di solleciti formalizzati dalla UOC Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica...	2022	max n.3 solleciti/anno	13	QUANI/note di sollecito	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	3	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Diagnostica e trattamento della Sindrome delle apnee notturne e della sindrome da ipoventilazione/obesità	Diagnostica e trattamento della Sindrome di Apnee notturne e della Sindrome da ipoventilazione/obesità	SDO e dati CUP	2022	100	8	SDO e relazioni UOC	U.O.C. O.P.S.O.S.	
PUNTEGGIO MAX*							75			

\* il valore del punteggio totale conseguito dalla U.O.C. nel caso del direttore/responsabile viene moltiplicato per il coefficiente k (v. § 5.3 del Piano)

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D.ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DISMETABOLICHE

Responsabile :

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la casistica storica della UOSD e selezionare la patologia più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2022	almeno 1 procedura/anno	15	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
FORMAZIONE	Formazione ed informazione	Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziativa	Trasmissione verbali e report iniziative interne realizzate	2022	Almeno 3 attività/anno	10	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Percorso per la diagnostica e terapia della patologia della Tiroide	Protocollo ( con altri specialisti : Radiologo interventista,Anatomo patologo e Chirurgo)	N. Prestazioni ambulatoriali e riduzione accessi in ospedale	2022	Report Mensile	25	Report	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO</b>							<b>75</b>			

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Anecchiarico

Gaetano Gubitosa

dott. Tommaso Sgueglia





ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. DERMATOLOGIA E MALATTIE VENEREE

Responsabile p.t. : Dott. Rosario Cuomo

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE ATTIVITA' AZIENDALE	Protocolli e procedure per la patologia più frequente	Analizzare la casistica storica della UOSD e selezionare la patologia più frequente; elaborare procedura di gestione clinico-assistenziale	Elaborazione procedura	2022	almeno 1 procedura/anno	15	Documento	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
EFFICIENZA OTTIMIZZAZIONE	Miglioramento dell'efficienza	Riduzione tempi per consulenze interne	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti	Tempo intercorso tra richiesta ed esecuzione consulenza < 24h	2022	100	20	REPORT	U.O.C. O.P.S.O.S.
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Attivazione e potenziamento dell'offerta per prestazione specialistica dermatologica	Osservazione dermatologica di epiluminescenza delle lesioni cutanee pigmentate e non pigmentate, nell'ambito di un ambulatorio di secondo livello	Report	2022	Report	15	Report	U.O.C. O.P.S.O.S.
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. NEURORIABILITAZIONE E UNITA' SPINALE RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Responsabile : Dott. Michele Fusco

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA -	"Mantenimento nell'erogazione dei NSG (Griglia LEA)" Rif: GRIGLIA NSG (Griglia LEA)	Piano Riabilitativo Individuale (PRI)	Tempestività nella formulazione del PRI	Tempi di elaborazione del PRI	2022	≥ 2021	15	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	25	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa
EFFICIENZA	Miglioramento dell'efficienza	Riduzione tempi per consulenze interne	Aumentare il numero di consulenze offerte ai reparti richiedenti	Tempo intercorso tra richiesta ed esecuzione consulenza < 24h	2022	100	20	REPORT	U.O.C. O.P.S.O.S.
OBIETTIVO DI U.O.	Obiettivo specifico di reparto	Miglioramento del trattamento dei pazienti terminali, senza fissa dimora ed extracomunitari	Realizzazione del progetto "Dimissioni Difficili"	Relazioni/Report periodici	2022	100	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO

75

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Angela Anneckiarico

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA EPATICA CON SERVIZIO DI ASSISTENZA PER I TRAPIANTATI E I TRAPIANTANDI EPATICI (SATTE)

Responsabile : Dott.ssa Rosaria Focareta

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA Rif: 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	2022	max 7 giorni	25	Relazione	DIREZIONE SANITARIA - LISTE D'ATTESA	
	EFFICIENZA Rif: DEBITI INFORMATIVI	report trapiantati	Rispettare i tempi di trasmissione dei report dei trapiantati e trapiantandi	report settimanali e report annuale con elenco dei trapiantati e trapiantandi con numero di accessi di day Hospital	2022	100	15	report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	GOVERNO LISTE D'ATTESA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI	OBIETTIVO SPECIFICO DI NATURA PRELIMINARE DEL D.G. - Indice di Performance, tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispettare i tempi di attesa	% Pazienti prenotati nel periodo considerato che hanno rispettato il tempo di attesa definito in base al codice di priorità	2022	100	20	Report monitoraggio sui tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S. Referente Liste d'Attesa	
OBIETTIVO DI U.O.	Obiettivo specifico di reparto	PDTA del trapianto del fegato	Corretta applicazione del PDTA - Registrazione analitica delle modalità di accesso degli utenti trapiantati	Relazione/Report finale	2022	100	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO</b>							<b>75</b>			

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. STROKE UNIT

Responsabile : Dott. Gioacchino Martusciello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- paragrafo 10.2 LA RETE PER L'ICTUS	Realizzazione del modello Hub&Spoke per la rete ICTUS	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 di selezione	2022	Criteri	25	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	FORMAZIONE	Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziativa	Trasmissione iniziative interne realizzate	2022	Almeno 3 attività/anno	15	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Istituzione di un'attività di Ecodoppler dei tronchi sopraortici ed Eco color doppler transcranico con test alle microbolle per le UU.OO. Del dipartimento	Riduzione tempi di Degenza	Rispettare e ridurre tempi di attesa	2022	100	35	Report monitoraggio sui tempi di attesa/riduzione tempi di attesa	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO

75

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Annecchiarico

Gaetano Gubitosa

dott. Tommaso Sgueglia



REGIONE CAMPANIA  
AZENDA OSPEDALIERA DI RIUEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

## OBIETTIVI 2022

### DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI DIPARTIMENTALI 2022 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Direttore : Dott. Arnolfo Petruzziello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
Obiettivi strategici della A.O.	Riduzione dei tempi di attesa/refertazioni per i pazienti ricoverati	Riduzione tempi di refertazione esami per pazienti ricoverati	revisione modello organizzativo	tempo medio di refertazione nell'anno	2022	≤ anno precedente	25	Relazioni/report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Rischio Clinico	Implementare almeno 1 attività inerente il controllo e la gestione del rischio clinico in ambito dipartimentale	Redazione di almeno un protocollo o una procedura specifica	Numero protocolli e/o procedure redatte	2022	almeno 1/anno	15	Report Risk management	U.O.C. Risk Management	
	Formazione ed informazione	Proporre ed implementare almeno 3 corsi di formazione su tematiche organizzativo gestionali a valenza dipartimentale (es. codifica sdo...)	Stesura e realizzazione di almeno 3 corsi di formazione	Numero di corsi di formazione proposti e realizzati	2022	almeno 3 corsi/anno	10	Relazione/Attestati di partecipazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance.	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al vigente PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100%	5	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI DIPARTIMENTO	IMPLEMENTAZIONE INNOVAZIONI	Attuazione DDRC 219/2021 in tema di "Modalità trasporto sangue e materiali biologici"	Stesura di un regolamento aziendale in tema di "Modalità trasporto sangue e materiali biologici" - Adeguamento dei flussi dei campioni biologici intradipartimentali secondo quanto previsto dal DDRC 219/21	Predisposizione e proposta di regolamento	2022	100%	20	Relazione / regolamento	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annetichiarico

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

Direttore : Dott. Pasquale Orabona

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2022	Report Mensile	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	Formazione ed informazione	Attività formativa interna - Incontri dipartimentali	Incontri/iniziativa	Trasmissione verbali e report iniziative interne realizzate	2022	Almeno 3 attività/anno	10	Verbale degli incontri	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Riduzione tempi di refertazione	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti al fine di ridurre i tempi di degenza	Relazioni e Report	2022	tempi di refertazione < anno precedente	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	10	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Controllo sul riscontro dell'avvenuta prestazione da parte delle UO richiedenti	Istituire una modalità di verifica che le risposte eseguito dalla UO di Anatomia Patologica siano recepite nel più breve tempo possibile dalle UO richiedenti	Elaborazione report di verifica sul ritiro delle prestazioni eseguite Al fine di consentire chiusura SDO	2022	1 documento	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al vigente PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Completezza del referto istologico	Determinazione dello stato mutazionale di c-erbB-2 nei carcinomi della mammella e nei carcinomi gastrici mediante metodica ISH o mediante metodica FISH al fine di raggiungere la completezza del referto istologico sia nei campioni bioptici che in quelli chirurgici	Relazione sull'argomento	2022	100	8	REPORT	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							<b>PUNTEGGIO MAX</b>	<b>75</b>		
Il Direttore della U.O.C.		Il Direttore Sanitario dott.ssa Angela Anneschiarico	Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa	Il Direttore f.f. della U.O.C. Programmazione e controllo di gestione dott. Tommaso Sgueglia	Il Capo Dipartimento					

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Direttore : Dott. Paolo D'Andrea

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- DACTA 98_2017 E DACTA 19_018; DEL. AZIENDALE 176_2017	Partecipazione all'implementazione dei criteri di refertazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Condivisione con l'UOC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico, dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_17	Presentazione dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_18	2022	Adozione criteri di refertazione standard per almeno 6 patologie oncologiche	10	Relazione	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 la modalità di accesso alle prestazioni con RMN istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	AUDIT	2022	almeno 1 AUDIT	8	Verbali	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2022	Report Mensile	10	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse nei tempi assegnati rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	15	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: 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	2022	> 10% vs 2021	20	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. e ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al vigente PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Riportare le prestazioni ambulatoriali traccianti nei limiti consentiti: implementazione di attività RM per pazienti ambulatoriali	Apertura di sedute RM body per pazienti ambulatoriali	% prestazioni traccianti nel rispetto dei tempi di attesa	2022	>60%	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.

PUNTEGGIO MAX

75

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE

Direttore : Dott. ssa Sonia Anna Raimondi

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE Rif: 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 refertazione	2022	max 12 ore nel 90% delle risposte	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
EFFICIENZA	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE Rif: 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 SIT; se trasfuse vanno compilati i moduli di avvenuta trasfusione. Il SIT verifica che il 75% delle sacche sia stato utilizzato o trasfuso e produce un report trimestrale	Verifica avvenuta restituzione - riepilogo	2022	100	15	Report	U.O.C. O.P.S.O.S
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	ATTUAZIONE PIANO STRATEGICO NAZIONALE SANGUE Rif: 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	2022	>10% vs 2021	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance
	QUALITA'	Attività trasfusionali ai fini della qualità del Servizio Trasfusionale e per l'accreditamento istituzionale	Mantenere i requisiti do accreditamento	Procedure attività trasfusionali ai fini della qualità del Servizio Trasfusionale e per l'accreditamento istituzionale	2022	>2021	15	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione dell'ambulatorio di salasso terapia e terapia marziale	Implementazione dell'ambulatorio di salasso terapia, eritroafesi terapeutica, trattamento delle anemie sideropeniche;	Relazione da cui si evinca l'effettiva avvenuta implementazione degli ambulatori	2022	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
		Potenziamento ambulatorio di citofluorimetria.	Potenziamento dell'ambulatorio di citofluorimetria.	Relazione da cui si evinca l'avvenuto potenziamento dell'ambulatorio	2022	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione

Il Capo Dipartimento

dott.ssa Angela Anecchiarico

Gaetano Gubitosa

dott. Tommaso Sgueglia

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.C. PATOLOGIA CLINICA

Direttore : Dott. Arnolfo Petruziello

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP. LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	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 outpatient post-dimissione	2022	>10% vs 2021	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, 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 la modalità di accesso alle prestazioni di Biochimica Clinica istituendo AUDIT con le UOC che hanno maggiore affluenza	AUDIT	2022	almeno 2 AUDIT	8	Verbali	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	Debito Informativo	Report attività	Trasmissione mensile report attività per prestazioni erogate alle UU.OO.	Trasmissione Report	2022	Report Mensile	15	Report	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	APPROPRIATEZZA E QUALITA' EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Riduzione tempi di refertazione	Potenziamento dell'attività diagnostica per pazienti degenti in Medicina d'Urgenza e in PS/OBI al fine di ridurre i tempi di degenza	Riduzione tempi di attesa	2022	tempi di refertazione < anno precedente	20	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
TRASPARENZA	Attuazione del D. Lgs 33/2013 e ss. mm. ii.	Attuazione del PTPCT	Assolvimento degli adempimenti in materia di trasparenza con le tempistiche e le competenze individuate dall'allegato 3 al vigente PTPCT	Relazione sull'argomento del RPCT	2022	100	2	Relazione	RPCT	
OBIETTIVO DI U.O.	Attuazione norme regionali	Attuazione DDRC 145/2021 in tema di Point of Care (POC) - Potenziamento ed adeguamento dell'attività aziendale POC	Implementazione, monitoraggio ed adeguamento dei POCT aziendali secondo quanto previsto dal DDRC 145/21	Relazione	2022	100	5	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Sviluppo di un modello organizzativo di laboratorio centrale "Corelab" - Riorganizzazione del settore Laboratorio HUB h24 secondo quanto previsto dal DCA 55/2010	Predisposizione procedure per la riorganizzazione funzionale Laboratorio HUB24	Relazione	2022	100	5	Report	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			

Il Direttore della U.O.C.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento



ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. ANGIORADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Responsabile : Dott. Giovanni Moggio

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE DEL MODELLO HUB&SPOKE PER LA RETE ICTUS Rif: 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 dei PDTA	Sottomissione di PDTA	2022	Almeno 1 PDTA su Ictus ischemico	20	Documenti	U.O.C. Risk Management	
	PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI Rif: 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 outpatient post-dimissione	2022	>10% vs 2021	15	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA Rif: DEBITO INFORMATIVO	REPORT ATTIVITA'	TRASMISSIONE MENSILE REPORT ATTIVITA' CON NUMERO DI CARTELLA CLINICA E UU.OO. A CUI E' STATO EROGATO IL SERVIZIO	TRASMISSIONE REPORT MENSILE	2022	100	20	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	APPROPRIATEZZA E QUALITA' Rif: Attività di interesse aziendale	Controlli di qualità	Effettuazione e documentazione sui controlli di qualità sulle procedure	Reportistica controlli	2022	almeno 1 report	10	REPORT	U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Predisposizione PDTA rete ICTUS	Partecipazione al Gruppo di Lavoro alla realizzazione del modello aziendale per la rete ICTUS con sottoscrizione del PDTA e con successiva revisione sempre nell'ambito del gruppo di lavoro composto da Neurologi e Medici del Pronto Soccorso	Relazione da cui si evince l'avvenuta sottoscrizione del PDTA e l'attività di partecipazione al gruppo di lavoro	2022	100	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
<b>PUNTEGGIO</b>							<b>75</b>			

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE

Responsabile : Dott. ssa Maddalena Schioppa

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: 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 UUOCC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2022	1/anno	12	Relazione su attivazione del test	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	REALIZZAZIONE RETE ONCOLOGICA REGIONALE Rif: Piano Ospedaliero Regionale (POR)- DACTA 98_2017 E DACTA 19_018; DEL. AZIENDALE 176_2017	Partecipazione all'implementazione dei criteri di refertazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Condivisione con l'UOC di Oncologia ed Ematologia ad indirizzo Oncologico, dei criteri di refertazione standard per i tumori di cui al DCA 19_17	Presentazione dei criteri di refertazione standard per i tumori dei di cui al DCA 19_18	2022	Adozione criteri di refertazione standard	11	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	QUALIFICAZIONE AZIENDALE - QUALITA' SICUREZZA	Implementazione attività di biologia molecolare infettivologica	Condivisione con le UUOCC di Malattie Infettive dei test prioritari e avvio di procedimenti di acquisto	n. test di biologia molecolare aggiunti	2022	1/anno	12	Relazione su attivazione del test	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, 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 degenti in elezione	2022	Riduzione del 5% anno rispetto all'anno precedente	20	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA - EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	report dati attività del n° prestazioni eseguite per UU.OO. interne	Report attività trimestrali delle prestazioni effettuate per le UU.OO. e per gli esterni	n° report	2022	1 trimestre e 1 annuale	10	REPORT	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriately, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Introduzione di test molecolari per un corretto inquadramento diagnostico dei pazienti oncologici al fine di ridurre il numero degli esami effettuati con strutture esterne	potenziamento dei test molecolari di interesse oncologico	numero esami eseguiti in convenzione con strutture esterne	2022	< anno precedente	10	Relazione	U.O.C. O.P.S.O.S.	
							PUNTEGGIO	75		
Il Responsabile della U.O.S.D.		Il Direttore Sanitario dott.ssa Angela Anecchiarico	Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa	Il Direttore f.f. della U.O.C. Programmazione e controllo di gestione dott. Tommaso Sgueglia	Il Capo Dipartimento					

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. MICROBIOLOGIA

Responsabile : Dott. ssa Rita Greco

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA	
AREA EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	ATTUAZIONE NORME E LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI	PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA (PNCAR)	Potenziamento della diagnostica della resistenza antimicrobica (genotipica e fenotipica) dei batteri e dei microbatteri (rafforzamento dell'attività della diagnostica tubercolare, in qualità di Centro di riferimento per la Provincia di Caserta - Circ. Min. Salute DGPRE 26,02,2004 ed applicazione Regione Campania DGRC 1577/09)	Relazione sull'argomento che dimostri con dati e riferimenti analitici l'avvenuto potenziamento	2022	100	25	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
EFFICIENZA	PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA (PNCAR) - IMPLEMENTAZIONE DIAGNOSTIC STEWARDSHIP -	Riduzione tempi di refertazione identificazione e antibiogramma	Potenziamento Laboratorio di Microbiologia; condivisione con le UUOCC di Malattie Infettive e T.I. dei test prioritari da applicare su pazienti specifici	Turn Around Time per pazienti target	2022	Riduzione TAT su pazienti target a 24/48h	10	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
	EFFICIENZA EFFICIENTE UTILIZZO PIATTAFORME PRODUTTIVE	Report dati attività del n° prestazioni eseguite per UU.OO. interne e per esterni	Elaborazione report sintetico delle attività effettuate a favore delle diverse UUOO e per esterni	n° report	2022	1 per semestre 1 annuale	15	REPORT	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
OBIETTIVO DI U.O.	POTENZIAMENTO - ATTIVAZIONE OFFERTA PRESTAZIONE SANITARIA SPECIALISTICA	Implementazione dell'offerta diagnostica virologica	Implementazione dell'offerta diagnostica virologica per completezza della valutazione clinica, sindromica e di monitoraggio della patologia infettiva (IGRA test ed amplificazione diretta di acidi nucleici virali da campione microbiologico)	Relazione sull'argomento che dimostri con dati e riferimenti analitici l'avvenuta implementazione	2022	100	25	Relazione	Il Direttore del Dipartimento e trasmissione report alla U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance	
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>			
Il Responsabile della U.O.S.D.		Il Direttore Sanitario dott.ssa Angela Annecchiarico	Il Direttore Generale Gaetano Gubitosa	Il Direttore f.f. della U.O.C. Programmazione e controllo di gestione dott. Tommaso Sgueglia	Il Capo Dipartimento					

ATTRIBUZIONE OBIETTIVI 2022 - U.O.S.D. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Responsabile : Dott. ssa Margherita Agresti

AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO STRATEGICO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONE DA REALIZZARE	INDICATORI	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022	PESO OBIETTIVO %	STRUMENTO DI VERIFICA	RESP.LE VERIFICA
AREA DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	D.Lgs 81_2008 Rif: 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, parcheggi)	Proposta di Aggiornamento al DdL	2022	100	25	Documento	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico
	D.Lgs 81_2009 Rif: 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	2022	Almeno 1 Procedura/anno	15	Documenti	U.O.C. Organizzazione e Programmazione
	FORMAZIONE E CLINICAL SKILLS - FORMAZIONE	Formazione ed informazione dei dipendenti	Corso sulla violenza di genere "Violenza di genere - metodi e strumenti nella sanità"	Relazione su avvenuta effettuazione del corso - registri presenze	2022	100	10	Relazione	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico
		Formazione ed informazione dei dipendenti	Corso di "Reki come strumento di supporto per il personale sanitario nella pratica infermieristica e la cura di sé"	Relazione su avvenuta effettuazione del corso - registri presenze	2022	100	10	Relazione	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico
		Formazione ed informazione dei dipendenti	Corso di Mindfulness "Imparare a ridurre/gestire lo stress e prevenire il Burnout attraverso le pratiche meditative"	Relazione su avvenuta effettuazione del corso - registri presenze	2022	100	10	Relazione	U.O.C. Ingegneria Ospedaliera e Servizio Tecnico
	EFFICIENZA	PERFORMANCE	Valutazioni sulla performance del personale assegnato	Compilazione e trasmissione, entro la data assegnata, alla UOC APPROPRIATEZZA, EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITÀ E PERFORMANCE di tutte le schede di valutazione dei dipendenti firmate e datate da valutatore e valutato	% n. schede di valutazione del personale trasmesse rispetto al totale dei dipendenti della U.O.	2022	100	5	Schede di valutazione
<b>PUNTEGGIO MAX</b>							<b>75</b>		

Il Responsabile della U.O.S.D.

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Angela Anneschiarico

Il Direttore Generale  
Gaetano Gubitosa

Il Direttore f.f. della U.O.C.  
Programmazione e controllo di gestione  
dott. Tommaso Sgueglia

Il Capo Dipartimento