

AZIENDA OSPEDALIERA
DI RILIEVO NAZIONALE
SAN GIUSEPPE MOSCATI
AVELLINO

PIANO DELLA
PERFORMANCE
2020-2022

SOMMARIO

1. Presentazione e Premessa	3
1.1. GOVERNO CLINICO, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO DELLA QUALITÀ... 4	
1.2. VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E FORMAZIONE CONTINUA	6
2. LA MISSION E LE POLITICHE AZIENDALI	7
3. IL PIANO DELLA PERFORMANCE	8
3.1. IL CONTENUTO DEL PIANO.....	9
3.2. I PRINCIPI GENERALI DEL PIANO.....	9
3.3. IL PIANO E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA.....	10
3.4. LA DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE	11
4. IDENTITÀ DELL’AZIENDA.....	12
5. ANALISI DEL CONTESTO.....	15
5.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	15
5.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	16
5.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO EMERGENZA COVID-19.....	22
6. GLI OBIETTIVI STRATEGICI E GLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	26
7. PROCESSO DI REDAZIONE, AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO	28
8. IL SISTEMA PREMIANTE E LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	29
9. GLI OBIETTIVI GENERALI.....	37
9.1 OBIETTIVI SPECIFICI FASE EMERGENZIALE	40

1. Presentazione e Premessa

L'atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e alta specialità "San Giuseppe Moscati" di Avellino, è stato predisposto ai sensi dell'articolo 3, comma 1-bis, del d.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Esso costituisce lo strumento giuridico mediante il quale sono determinati l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda, e vengono delineati gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania (articolo 2, comma 2- sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000).

La strutturazione dell'atto aziendale è tesa ad enfatizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'azienda, mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "diritto privato" nella logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga al centro la finalità sostanziale ed istituzionale tesa sempre e comunque al miglioramento dello stato di salute della popolazione, nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso.

L'adozione dell'atto aziendale rappresenta l'emblema dei principi di autonomia ed autogoverno da parte del management aziendale, pur sempre nel rispetto e nella coerenza del documento con le specificità dell'ordinamento, con le relazioni e i concatenamenti normativi e funzionali con i soggetti istituzionalmente sovraordinati (Regione e Ministero della salute). In questo modo vengono garantiti:

- una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale;
- la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria;
- la parità di trattamento del personale;
- l'omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi posti dalla Regione Campania;
- un rapporto istituzionale incentrato non più su una mera struttura gerarchica ma sulla programmazione concertata;
- l'individuazione di precise responsabilità di funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (audit interni ed esterni).

Nell'esplicitare le attività che compongono gli obiettivi delle Strutture della AORN Moscati di Avellino, occorre preliminarmente evidenziare che:

- Il DPCM del 31.1.2020 ha preso atto dell'emergenza sanitaria in corso per l'influenza Covid19 e disposto lo stato emergenziale per mesi sei;
- Le note vicende che hanno visto già da febbraio l'intero paese coinvolto nella gestione emergenziale, dalla metà del mese di marzo e fino al 4 giugno 2020, hanno comportato per l'AORN Moscati di Avellino una drastica riduzione delle ordinarie attività sanitarie con la chiusura anche degli interventi in elezione. Di ciò si dirà ampiamente nel prosieguo, anticipando qui però che l'AORN Moscati ha fronteggiato soprattutto l'emergenza legata al focolaio di Ariano Irpino, mettendo a disposizione l'intero plesso di c.da Amorette. Le UU.OO. dell'azienda sono state coinvolte a vario titolo nel gestire l'emergenza Covid, prima che la palazzina originariamente dedicata all'ALPI, fosse riconvertita in *Covid Hospital* dal 17.4.2020;
- Le circolari Regionali che hanno consentito di riprendere le attività ambulatoriali e di chirurgia di elezione dal 4-6-2020, per effetto delle restrizioni imposte hanno richiesto in quasi tutte le Aziende del SSR una revisione totale sia delle tipologie da erogare, della modalità di fruizione per l'utenza e della tempistica connessa per garantire i livelli di sicurezza imposti dai protocolli nazionali e regionali.

Da qui l'esigenza di rimodulare un piano delle performance che si ritiene possa essere così articolato:

- Il primo semestre 2020 è stato caratterizzato da una drastica riduzione delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche, che al netto delle attività svolte in maniera ordinaria nel primo

bimestre ha fatto registrare una evidente flessione della produzione ed un aumento dei costi rispetto allo stesso periodo 2019 per le motivazioni di cui si dirà dettagliatamente in seguito legate alla gestione della sicurezza ospedaliera nel periodo dell'epidemia;

- In considerazione del DPCM che prevede la fase emergenziale fino al 31.7.2020, la performance aziendale è la garanzia della risposta assistenziale e in sicurezza all'utenza e agli operatori impegnati in tale delicata fase. Dell'obiettivo così imposto dalla normativa nazionale (e ovviamente dalla fase contingente) si darà riscontro di seguito;
- Per il futuro, sia per la seconda metà dell'anno che per il periodo oggetto di programmazione con il presente Piano, attesa l'incertezza che caratterizza l'attuale fase III e l'evoluzione dell'emergenza, vengono esposti gli obiettivi che si ritiene possano rispondere a quanto assegnato dal Governo Regionale al Direttore Generale e contemporaneamente all'esigenza di garantire quanto illustrato dalle linee guida nazionali per superare le fasi emergenziali e riportare la gestione aziendale ad un nuovo modello gestionale-organizzativo;
- Infine di seguito gli atti allegati al presente Piano che precedono, integrano e completano il documento:
 - *Deliberazione aziendale n. 1141 del 03-12-2019*, la Direzione Strategica ha verificato la valenza degli obiettivi già definiti per il 2018 e a porre in essere le azioni necessarie al perseguimento degli stessi assegnati al Direttore Generale e ribaltati ciascuno per la parte di competenza sui Direttori Amministrativo e Sanitario.
 - *Deliberazione 1166 del 11/12/2019*, la Direzione Strategica, per quanto attiene agli obiettivi strategici per l'anno 2019, ha provveduto a stabilire la prosecuzione di stessi pluriennali con riferimento al Piano Performance 2017-2019.
 - *Deliberazione 882 del 25/09/2019*, la Direzione Strategica ha integrato le Strutture Aziendali del PO Landolfi di Solofra a livello dipartimentale istituendo tra l'altro la Direzione Medica di Presidio in sostituzione della UOC Analisi e Monitoraggio LEA.

Tali atti evidenziano le attività poste in essere dall'inizio della Direzione Strategica per la costruzione e governo della Performance aziendale.

Per il 2020, in prosecuzione con quanto appena evidenziato, con la:

- *Deliberazione 72/2020*, la Direzione Strategica ha definito la Direttiva Strategica Aziendale quale atto propedeutico alla definizione del Piano della Performance 2020/2022;
- *Deliberazione 313/2020*, la Direzione Strategica ha preso atto della impossibilità di fissare obiettivi da contrattare e misurare nell'ottica della performance intesa dal D.lgs. 150/2009, a seguito della fase contingente e temporanea di emergenza nazionale.

1.1. GOVERNO CLINICO, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE E CONTROLLO DELLA QUALITÀ

Il Governo Clinico, o meglio la Clinical Governance, è un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi la eccellenza della assistenza sanitaria.

Il significato concettuale di Clinical Governance è una modalità di gestione di un ambiente sanitario fondata su un modello di come fare le cose basato su cinque aspetti fondamentali:

- responsabilità,
- coinvolgimento e partecipazione,

- trasparenza,
- etica e valore del lavoro;
- economicità.

Il Governo Clinico è l'insieme di strumenti con i quali l'Azienda assicura l'erogazione di assistenza sanitaria di alta qualità, responsabilizzando i professionisti sanitari sulla definizione, il mantenimento e il monitoraggio di livelli ottimali di assistenza. La Governance è il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

La politica sanitaria che adotta l'Azienda, contestualizzando al suo interno gli strumenti metodologici dell'EBM e dell'EBHC, si affida alla componente professionale per definire, mantenere e verificare gli standard di qualità clinica, guidati dai principi dell'efficacia, appropriatezza ed economicità degli interventi sanitari.

Il Governo Clinico è da intendersi quindi come un sistematico processo di coinvolgimento dei professionisti nella responsabilità delle scelte strategiche effettuate ai diversi livelli del sistema sanitario, finalizzato al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dei percorsi assistenziali, dell'organizzazione sanitaria per garantire, nell'ambito delle risorse definite, il diritto alla salute mediante l'appropriatezza e la sicurezza nell'erogazione delle attività sanitarie, la formazione continua del personale, la valutazione e verifica di operatori, processi ed esiti.

I principi cardine su cui si basa la governance aziendale possono essere così riassunti:

- perseguire l'appropriatezza delle prestazioni
- garantire la sicurezza delle cure
- controllare la qualità degli interventi e delle prestazioni.

L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida, ed è pertanto necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi verranno applicati. La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che si impatta fortemente sull'out-come della cura.

In questa ottica la qualità rappresenta parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole unità operative, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono all'allocazione delle risorse. Inoltre, rappresenta un indicatore fondamentale di valutazione dei risultati delle attività.

L'efficacia del governo clinico di un'azienda complessa come l' AORN Moscati di Avellino comporta, in particolare, il monitoraggio di processi ed esiti, utilizzando un adeguato e completo sistema di indicatori, lo sviluppo e l'aggiornamento di procedure organizzative e linee guida professionali, la costante verifica della loro applicazione, l'implementazione di azioni finalizzate al controllo della qualità.

La fase emergenziale di cui si è detto e si continuerà nel seguito, ha visto il coinvolgimento anche della Struttura aziendale Rischio Clinico. Tale coinvolgimento è evidente dall' impegno profuso nelle attività aziendali di stesura di linee guide e protocolli atti a garantire la sicurezza degli operatori e

dei pazienti in piena fase I emergenziale, come relazionato nella *Deliberazione 410/2020* della Direzione Strategica che costituisce parte integrante del presente piano.

Gli elementi strategici del Governo Clinico sono costituiti da:

- il Dipartimento come organizzazione operativa;
- i percorsi diagnostico-terapeutici integrati come strumento ed indicatore della qualità e della sicurezza delle cure erogate;
- l' empowerment professionale.

1.2. VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE E FORMAZIONE CONTINUA

La valorizzazione degli operatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica aziendale. Per la realizzazione di questo obiettivo sono garantiti:

- ambienti di lavoro che stimolino il miglioramento professionale e consolidino i rapporti di collaborazione;
- l'assegnazione di compiti da svolgere e obiettivi da conseguire comprensibili e condivisi;
- la costante verifica del livello di condivisione degli obiettivi;
- l'accertamento periodico della motivazione all'impegno nel servizio;
- la verifica dei risultati delle iniziative di miglioramento, attraverso processi atti ad evidenziarne e comunicarne i benefici per il dipendente e l'organizzazione.

La direzione dell' AORN Moscati di Avellino pone in essere tutte le iniziative e gli interventi utili per la realizzazione ed il mantenimento del benessere fisico e psicologico del personale dipendente, adottando processi e percorsi per assicurare che gli ambienti e le relazioni di lavoro siano il più possibile utili a contribuire al miglioramento della qualità della vita in ambito lavorativo, condizione indispensabile e strategicamente rilevante per raggiungere gli obiettivi prefissati secondo criteri di efficacia e produttività.

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno della nostra Azienda, al fine di garantire sempre più alti livelli di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto, la formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dell' AORN Moscati di Avellino, come metodo permanente e strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, fattori indispensabili per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e persegue la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, permettere di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda.

I programmi realizzati e quelli programmati rispondono all'ottica di disporre di personale non solo costantemente formato e aggiornato sulle conoscenze tecnico-scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, ma anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale (e quindi, in senso lato, manageriale).

Come chiarito anche nella *Deliberazione 410/2020*, anche le attività della UOS Formazione sono state rivolte principalmente a garantire una modifica dello svolgimento dei percorsi formativi a distanza, oltre che a organizzare la formazione al personale in materia di sicurezza, in accordo con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.

2. LA MISSION E LE POLITICHE AZIENDALI

Assicurare all'utenza prestazioni assistenziali sanitarie di ricovero, cura, riabilitazione e diagnostiche secondo principi di economicità, efficacia, efficienza ed equità rappresenta la *mission* specifica dell'AORN Moscati di Avellino.

Tali funzioni possono essere così dettagliate:

- ✓ consolidare l'attività progettuale tesa a realizzare, con il miglior utilizzo delle risorse disponibili, un sistema di sinergie, indispensabile per fornire standard assistenziali di alto livello quali-quantitativo;
- ✓ accrescere la capacità di attrazione nei territori limitrofi realizzando risultati di eccellenza per la soddisfazione dei cittadini utenti;
- ✓ vincolare tutte le professionalità dell'azienda alla valutazione (e all'auto-valutazione) sistematica della propria attività puntando ad un accrescimento costante sia dal punto di vista professionale che organizzativo, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori;
- ✓ implementare ed aggiornare le linee guida ed i modelli per migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, insistendo sull'efficacia e sul ricorso appropriato ai servizi;
- ✓ consolidare la gestione delle patologie dell'emergenza e dell'alta specialità, nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale e quindi con caratteristiche di elevata efficienza clinica;
- ✓ prestare massima attenzione ai segnali di cambiamento come espressione della centralità del cittadino e del contesto sociale di riferimento per determinare un reale cambiamento della cultura e dell'etica, conformi al nuovo sistema di valori condiviso dall'Azienda;
- ✓ assegnare particolare rilievo agli aspetti della comunicazione intesa come relazione operatore-cittadino, ma anche come rapporto di fiducia tra i professionisti e direzione aziendale.

Riassumendo, tre sono le linee guida fondamentali che guidano il piano della performance:

1. lo sviluppo di un processo costante di miglioramento della qualità dei risultati e della sicurezza attraverso la maggiore aderenza alle linee guida e ai progressi della medicina, la gestione più attenta dell'assistenza con la riduzione degli errori medici;
2. l'aumento dell'efficienza, della produttività e del rapporto costo-efficacia che richiedono un uso più appropriato dei servizi, il risparmio di tempo, il corretto uso del prontuario farmaceutico;
3. il miglioramento qualitativo nell'assistenza e la soddisfazione degli operatori e dei pazienti, attraverso la maggiore comunicazione tra gli operatori e l'alto livello di soddisfazione degli stessi. Questi aspetti concorrono, da una parte, a determinare un più elevato livello professionale e una maggiore consapevolezza del proprio ruolo; e, dall'altra, alla soddisfazione degli utenti che percepiscono di ricevere un servizio di elevato livello qualitativo.

Quindi da un lato lo standard a cui le finalità dell'Azienda devono tendere sono quindi :

- ✓ **migliorare l'efficienza organizzativa**, attraverso la riduzione/ ottimizzazione dei costi di gestione
- ✓ **migliorare l'efficacia** dei processi, sia facilitando l'accesso ai servizi che aumentando la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati
- ✓ **ridurre gli errori** con l'acquisizione della capacità di lavorare in modo integrato, attraverso lo scambio e la condivisione delle informazioni
- ✓ **ridurre i tempi**, armonizzando i diversi settori dell'ospedale (principalmente le unità di degenza ed i servizi)

Tutto ciò va contemperato con l'esigenza che le finalità sopra descritte trovino una concreta applicazione nella fase emergenziale; volendo riassumere una organizzazione che attraverso i suoi sforzi ha teso ad una risposta efficace in tempi rapidi, mettendo in sicurezza utenza e personale impegnato nell'assistenza in questo delicato periodo, attraversato e non concluso.

3. IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il piano della performance è stato introdotto dall'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, come strumento per la verifica della produttività delle aziende ed enti pubblici. Il processo previsto è in parte corrispondente alla metodologia di budget articolato sull'assegnazione ai centri di responsabilità aziendali di obiettivi economici e qualitativi, opportunamente pesati e verificati attraverso specifici indicatori di risultato (il confronto avviene tra gli obiettivi attesi e quelli realizzati).

il budget viene integrato dai principi ispiratori del decreto Brunetta, al fine di consentire la misurazione e valutazione non solo della **performance organizzativa** (relativa all'intera Azienda) ma anche della **performance individuale** (il singolo operatore).

Il ciclo prende avvio con la stesura del piano della performance, il documento programmatico che esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed il *target* dell'azione dell'AORN Moscati di Avellino, in base alle risorse disponibili. Questi elementi sono indispensabili per consentire la successiva misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati.

Con il piano di seguito presentato la Direzione Generale dell'Azienda si impegna a garantire la qualità, comprensibilità e attendibilità degli obiettivi, in modo da facilitare la verifica interna ed esterna del proprio operato.

Gli obiettivi, pertanto, sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni di salute della collettività di riferimento, alla *mission* e alle strategie aziendali
- misurabili in termini concreti e chiari
- in grado di determinare un significativo miglioramento della qualità degli interventi e dei servizi erogati
- riferibili all'arco temporale di un anno ma rientranti nell'ambito della pianificazione triennale
- commisurati a *standard* disponibili nonché comparabili con i risultati di aziende analoghe
- correlati alla qualità e quantità delle risorse disponibili.

Il diverso orizzonte temporale di riferimento rappresenta l'elemento che distingue gli **obiettivi strategici** dagli **obiettivi operativi** presentati nel presente piano.

Infatti, gli obiettivi strategici hanno una valenza pluriennale e sono di particolare rilevanza rispetto non solo alle priorità politiche dell'amministrazione ma, più in generale, rispetto ai bisogni ed alle attese degli *stakeholder* ed alla missione istituzionale.

Gli obiettivi operativi, invece, declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (breve periodo), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività aziendali.

Ciò premesso nonostante l'attuale situazione emergenziale appare evidente che gli obiettivi strategici ed operativi rappresentano una prospettiva a cui tendere ovviamente nei limiti delle ipotesi programmatiche realizzabili. Pertanto si è provveduto a condividere con gli Organismi Centrali Regionali una rimodulazione degli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale con l'atto di nomina.

3.1. IL CONTENUTO DEL PIANO

Nel dettaglio, il piano evidenzia:

- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, al fine di consentire la valutazione della performance individuale. Occorre considerazione che le variazioni e ridefinizioni degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale in corso d'opera porteranno ad una rimodulazione del piano, considerate le premesse della situazione emergenziale. Gli interventi correttivi che fin da ora si annunciano come probabilmente rivisti per l'alea che attraversa la situazione sanitaria del Paese, tengono conto del periodo trascorso e di quello che si è di fatto avviato con la fase II dell'emergenza. Opportune verifiche intermedie che dovessero evidenziare che alcuni obiettivi non sono più sostenibili o opportuni, o per l'emergere di altre priorità, comporteranno una revisione degli obiettivi operativi.
- la necessità di tenere nel giusto conto il **contesto esterno e interno all'Azienda**; attraverso l'analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull'evoluzione dei bisogni della collettività e, in generale, sulle attese degli *stakeholder*, elementi questi ultimi essenziali per la qualità della rappresentazione della *performance* (in particolare per la verifica del criterio della rilevanza degli obiettivi). Priorità assoluta è la definizione del contesto esterno in ordine alle normative / circolari relative alle modalità di ripartenza delle attività. Il contesto interno ne risulta direttamente influenzato in quanto le attività sono state riviste e rimodulate, sia alla luce dei Decreti e delle circolari Ministeriali e Regionali, in funzione prima del completamento del nuovo assetto aziendale per l'annessione del PO Landolfi di Solofra, e di seguito per lo sconvolgimento organizzativo connesso dapprima alla fase 1 dell'emergenza, ed in seguito alla ripartenza delle attività.

3.2. I PRINCIPI GENERALI DEL PIANO

L'azione dell'AORN Moscati di Avellino è improntata al rispetto dei principi di trasparenza, intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza, orizzonte pluriennale.

- Nel rispetto del principio di **trasparenza**, il piano viene pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: «Trasparenza, valutazione e merito».

- Per la sua immediata **intelligibilità**, il piano ha dimensioni contenute ed è facilmente comprensibile anche agli *stakeholder* esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.).
- Per garantire la **veridicità**, i contenuti del piano corrispondono alla realtà e sono citate le fonti di provenienza dei dati.
- Ai fini della **verificabilità** del processo, il piano ha uno svolgimento progressivo e presenta la possibilità della sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.
- La stesura del piano è avvenuta attraverso la **partecipazione** attiva della dirigenza alla quale spetta il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Inoltre, il processo favorisce l'interazione con gli *stakeholder* esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.
- I contenuti del piano sono coerenti con il contesto di riferimento (**coerenza esterna**) e con gli strumenti e le risorse umane, strumentali, finanziarie disponibili (**coerenza interna**). Il rispetto del principio della coerenza rende il piano attuabile. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi con le risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.
- L'**orizzonte pluriennale** di riferimento del piano è di norma il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. Tale logica di scorrimento, si ribadisce, per il corrente anno 2020 tiene conto di un semestre già trascorso e di uno da avviare secondo condizioni differenti, sia rispetto al primo che alle annualità precedenti. La struttura del documento permette il confronto negli anni dello stato di realizzazione degli obiettivi individuati, attraverso la periodica relazione sulla *performance*.

3.3. IL PIANO E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Le azioni ed i programmi contenuti nel piano debbono tener conto della necessità di collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo quando viene garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

In particolare, la coerenza in termini di contenuti viene assicurata dalla coincidenza tra gli obiettivi del piano e quelli presenti nelle note integrative al bilancio di previsione, in termini di risorse economiche complessivamente necessarie al loro perseguimento.

L'Azienda per l'anno 2019 presenta un risultato economico positivo pari a euro 3 mila.

I risultati che l'Azienda ha programmato di raggiungere con il presente piano, relativi all'andamento economico aziendale, in linea con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale mirano a:

- garantire il pareggio di bilancio,
- rispettare i tempi di pagamento per i fornitori;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse economiche in ottica di efficientamento dei costi.

Gli obiettivi assegnati con il presente Piano, sono formulati in coerenza con la programmazione economico-finanziaria e con quanto previsto dal Bilancio Previsionale 2020 (approvato con *Delibera Aziendale n. 1144 del 3.12.2019*). Di fatto tali obiettivi assegnati al Direttore Generale e contenuti nel Bilancio di previsione, potranno non trovare rispondenza nella gestione operativa, in considerazione dei costi sostenuti, incrementali a fronte dei quali non sono risultati ricavi adeguati a causa della drastica riduzione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali connesse all'elezione, e agli stessi accessi in emergenza urgenza in tutto il periodo di c.d. "lockdown" che ha interessato i mesi di marzo ed aprile, ma con evidenti ricadute in termini di ripresa per i mesi di maggio e giugno.

3.4. LA DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE

La Direttiva Annuale del Direttore Generale (di cui all'articolo 14 del decreto n.29/93, recepito all'art. 5.1 dell'atto aziendale) è il documento base per la programmazione e la definizione degli obiettivi delle strutture complesse aziendali che l'Azienda ha adottato con Deliberazione 72/2020 a seguito di condivisione con il Collegio di Direzione.

Viene elaborata in coerenza con gli indirizzi della Regione ed identifica i principali risultati da realizzare, anche in relazione agli indicatori risultanti dal bilancio per centri di responsabilità; infine evidenzia gli obiettivi di miglioramento.

La Direttiva annuale esplicita le strategie direzionali, cioè il filo conduttore che unisce il presente dell'Azienda (la sua missione) con il futuro prossimo (gli obiettivi), ed è funzionale alle finalità complessive di medio e lungo periodo (la visione dell'organizzazione).

Le priorità individuate chiariscono la coerenza strategica, in quanto debbono essere armonizzate con l'immagine dell'Azienda che si intende costruire.

Gli obiettivi della direttiva annuale rispondono alle seguenti finalità:

- consolidare e comunicare la visione complessiva del vertice aziendale
- tracciare il percorso che si intende seguire
- individuare un'identità che motivi il personale ad agire efficacemente
- formalizzare gli elementi utili per ricercare la condivisione dell'azione anche all'esterno dell'Azienda.

In sintesi, le fasi logiche di elaborazione del piano della performance sono le seguenti:

- definizione dell'identità dell'organizzazione
- analisi del contesto esterno ed interno
- definizione degli obiettivi strategici e delle strategie
- definizione degli obiettivi operativi e dei piani operativi
- comunicazione del piano all'interno e all'esterno.

4. IDENTITÀ DELL'AZIENDA

Di seguito si riportano alcuni dati salienti relativi alle attività dell'Azienda dell'ultimo triennio 2017-2019 in quanto riferibile all'ultimo piano della performance triennale e significativi per l'annessione del P.O. di Solofra, avvenuta a far data 01.10.2018. In particolare:

- in **Tabella 1** sono riportati i dati relativi ai ricoveri ordinari;
- in **Tabella 2** sono riportati i dati relativi alla mobilità attiva;
- in **Tabella 3** sono riportati i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali rese a pazienti esterni e non ricoverati;
- in **Tabella 4** sono riportati i dati relativi alle attività di Pronto Soccorso;
- in **Tabella 5** sono riportati i dati relativi al personale dipendente;
- in **Tabella 6** è riportato l'andamento della spesa per beni sanitari (farmaci, dispositivi, ecc.), servizi (lavanderia, pulizia, mensa, utenze, assicurazioni, canoni di noleggio, trasporti rifiuti, elaborazione dati) e personale dipendente (dirigenza e comparto);

Tabella 1. Dati relativi ai ricoveri ordinari

Ricoveri Ordinari			
Anno	2017	2018	2019
Numero Ricoveri	17.165	18.121	20.998
Giornate Degenza	136.714	135.586	154.211
Degenza Media	7,96	7,48	7,34
Peso Medio	1,24	1,66	1,15
Rimborso DRG	€ 70.508.705,06	€ 72.501.614,00	€ 79.364.114,00
Rimborso DRG medio caso	€ 4.107,70	€ 4.000,97	€ 3.779,60

Tabella 2. Dati relativi alla mobilità attiva

Mobilità attiva - % Ricoveri						
Anno	2017		2018		2019	
Regime	RO	DH/DS	RO	DH/DS	RO	DH/DS
Avellino	66,22	55,08	67,45	54,07	69,07	54,64
Fuori Provincia	31,19	42,66	30,10	43,71	28,64	43,28
Fuori Regione	2,44	2,02	2,33	2,03	2,08	1,86

Tabella 3. Dati relativi alle prestazioni ambulatoriali rese a pazienti esterni e non ricoverati

Prestazioni ambulatoriali			
Anno	2017	2018	2019
N. Prestazioni Specialistica	381.638	399.945	521.752
N. Prestazioni Laboratorio	200.839	223.997	303.719
N. Prestazioni Diagnostica per Immagini	18.188	22.329	63.262
Importo Economico	€ 10.812.676,47	€ 11.666.004,24	€ 14.152.846,04

Tabella 4. Dati relativi alle attività di Pronto Soccorso

Accessi Pronto Soccorso			
Anno	2017	2018	2019
Codice Bianco	1.832	1.805	2.047
Codice Verde	24.304	24.179	41.937
Codice Giallo	14.281	14.105	16.668
Codice Rosso	1.096	1.635	2.013
Codice Nero	3	3	3
Totale	41.516	41.067	62.668

Tabella 5. Dati relativi al personale dipendente al 31.12.2019

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2019						
UNITA' OPERATIVA	DIRIGENTI	INFERMIERI E TECNICI	OSS	AMM.VI	ALTRI	TOTALE
Allergologia e Immunologia Clinica	2	2	0	0	0	4
Patologia clinica	8	16	0	2	0	26
Anatomia Patologica	5	6	0	1	0	12
Anestesia e Rianimazione Avellino	28	30	2	0	1	60
Anestesia e Rianimazione Solofra	9	0	0	0	0	9
ALPI	1	2	0	3	1	7
Pneumologia	5	14	0	0	0	19
Cardiochirurgia	8	29	4	0	0	41
CUP TICKET	1	2	0	13	3	19
Anestesia T.I. CCH	7	14	1	0	0	22
Cardiologia e UTIC	17	45	3	1	0	66
Cardiologia Riabilitativa	1	4	0	0	0	5
Chirurgia d'Urgenza	9	17	3	0	0	29
Blocco Operatorio Avellino	0	18	6	1	0	25
Blocco Operatorio Solofra	0	12	2	0	0	14
Centrale di Sterilizzazione Blocc.Oper.	0	3	2	0	0	5
Chirurgia Generale ed Oncologica Av	9	16	2	0	0	27
Breast Unit	3	4	0	0	0	7
Chirurgia Generale Solofra	11	13	2	0	0	26
Chirurgia Vascolare	6	9	1	0	0	16
Dermatologia e Dermochirurgia	2	3	1	0	0	6
Dietologia e Nutrizione Clinica	3	6	1	0	0	9
Ecografia	4	3	1	0	0	8
Ematologia con TMO	10	32	3	0	0	45
Fisiopatologia del dolore	2	4	0	0	0	6
Fisiopatologia della riproduzione	5	3	1	0	0	9
Farmacia Solofra	2	0	0	2	1	5
Farmacia Avellino	5	1	0	3	3	12
Gastroenterologia	6	9	1	0	0	16
Genetica Medica	2	2	0	0	0	4
Geriatrica	2	22	3	0	0	34

Piano della Performance 2020-2022 (Fase III Emergenza Covid – 19)

Ginecologia Sociale e Preventiva	1	6	0	0	0	7
Igiene Ambi. Med.P.eR.	1	4	0	2	0	7
Servizio Immunotrasfusionale	7	14	2	0	0	23
Laboratorio Genetica Medica	4	4	0	0	0	8
Laboratorio Analisi Solofra	5	10	0	0	0	16
Malattie Infettive	5	15	1	0	0	21
Medicina d'Urgenza	7	15	2	0	0	24
Medicina Interna	8	15	1	0	0	24
Medicina Generale Solofra	9	14	1	0	0	24
Medicina Nucleare	4	9	0	1	0	14
Microbiologia e Virologia	6	8	0	1	0	15
Nefrologia e Dialisi Avellino	8	34	3	0	0	45
Dialisi Solofra	1	4	0	0	0	5
Patologia Neonatale e TIN	5	22	2	0	0	29
Neurochirurgia	6	15	2	0	0	23
Neurologia	10	21	2	0	0	33
Neuropsichiatria Infantile	2	3	0	0	0	5
Neuroradiologia	4	5	0	0	0	9
Oculistica	9	15	2	0	0	26
Oculistica Sala Operatoria	0	7	1	0	0	8
Oncologia Medica	11	15	1	0	0	27
Ortopedia e Traumatologia	9	19	2	0	0	30
Ortopedia Sala Operatoria Avellino	0	6	2	0	0	8
Ortopedia Solofra	5	12	2	0	0	19
Ostetricia e Ginecologia Solofra	8	22	2	0	0	32
Ostetricia e Ginecologia Avellino	13	19	4	0	0	36
Ostetricia Sala Parto Avellino	0	12	0	0	0	12
Ostetricia e G. Sala Operatoria Av.	0	9	7	0	0	16
Ostetricia e G. PS Avellino	0	9	0	0	0	9
Otorinolaringoiatria	6	10	1	0	0	17
Pediatria Solofra	8	12	2	0	0	22
Pediatria Avellino	8	18	3	0	0	29
Pronto Soccorso Solofra	0	1	0	0	0	1
Pronto Soccorso Avellino	10	28	9	0	0	47
Radiologia Avellino	11	24	4	2	0	41
Radiologia Solofra	4	9	1	0	0	14
Radioterapia	6	8	1	0	0	15
Centrale operativa STIE 118	0	16	0	0	0	16
Unità Fegato	2	9	0	0	0	11
Urologia	6	14	5	0	0	25
Urodinamica	2	3	0	0	0	5
Direzione Generale	0	0	0	2	0	2
Direzione Amministrativa	15	4	84	24	2	127
Direzione Sanitaria Avellino	3	0	0	2	7	12
Direzione Medica di Presidio	5	16	3	24	20	68
TOTALE	414	876	106	144	60	1.600

*Osservazione: per effetto dell'annessione del PO Landolfi l'Azienda AORN MOSCATI, il numero di dipendenti acquisiti provenienti dall' ASL di Avellino aggiornato al 31.12.2019, è di 187.

Tabella 6. Andamento costi beni sanitari, servizi e personale

Spesa	2018	2019
Beni Sanitari	51.801.742	55.765.131
Servizi Sanitari	10.307.710	12.776.761
Personale	83.160	
Raffronto ricavi su costi	2018	2019
Valore della produzione	207.513.096	230.199.412
di cui Finanziamento Regionale	71.812	81.124
Produzione Ospedaliera ed Ambulatoriale	126.856	135.330
Costi della Produzione	201.632	218.399

Per effetto dell'annessione del P.O. "V. Landolfi" di Solofra l'Azienda ne accoglie da ottobre 2018 sia il finanziamento e la relativa produzione oltre che i costi connessi.

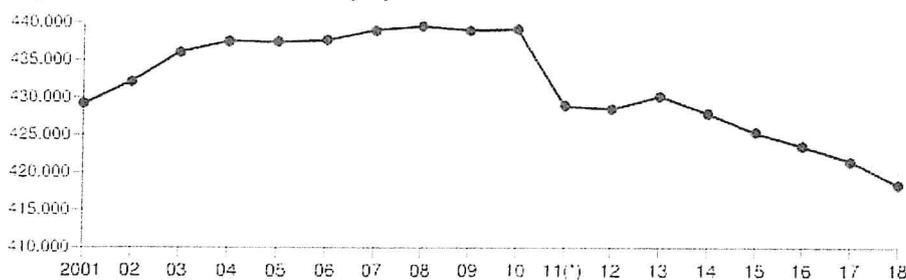
5. ANALISI DEL CONTESTO

Di seguito si riporta l'analisi del contesto esterno ed interno fino al 2019 e la sua modifica nei primi sei mesi 2020.

5.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L' Azienda opera sul territorio della Provincia di Avellino che consta di 118 Comuni con 418.306 residenti al 31.12.2018, vedi Figura 1 (fonte Sito Web Provincia di Avellino).

Figura 1 Andamento della popolazione residente



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI AVELLINO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Benché sia Azienda Ospedaliera, con i suoi due Presidi – Città Ospedaliera e PO Landolfi-Solofra, punto di riferimento per l'intero territorio Irpino, l'Azienda risulta essere polo di attrazione anche per altre province della Regione, nonché delle Regioni confinanti o limitrofe, come testimoniano i dati di produzione in termini di mobilità sanitaria extra regionale. In particolare ciò è conseguente anche al ruolo che l'Azienda riveste nella programmazione regionale.

Nell'ambito della ridefinizione del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 28.12.2018, l'Azienda ricopre diversi ruoli sia nelle reti tempo-dipendenti che nelle altre reti per patologia definite per il SSR campano.

In **Tabella 7** sono riportate le varie reti in cui l'Azienda svolge funzioni specifiche.

Tabella 7. Ruolo dell’Azienda nella Rete Ospedaliera Regionale

RETE	RUOLO DELL’AZIENDA
Per la rete emergenza-urgenza	Centro HUB DEA di II° Livello con annesso PS presso il P.O. di Solofra
Per la rete IMA	Centro HUB per STEMI e Centrale Cardiologica provinciale
Per la rete STROKE	HUB di 2° livello “STROKE UNIT”
Per la rete Traumatologica	Centro Trauma di Zona (CTZ) afferente al CTS Campania Nord
Per la rete delle Emergenze Pediatriche	Centro SPOKE di II° livello nella sede di Avellino e SPOKE di I° livello presso il P.O. di Solofra
Per la rete delle Emergenze Digestive *	Centro HUB per macroarea Avellino-Benevento
Per la rete Neonatologica	Centro HUB provinciale per lo STAM e SPOKE per lo STEN
Per il dolore	Centro SPOKE di II° livello provinciale

L’Azienda rientra anche nelle reti nefrologica, oncologica e per le malattie rare. Nella rete oncologica regionale l’Azienda S.G. Moscati è individuata quale Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico (CORP), che ha funzioni diagnostico-stadiative a maggiore complessità o integrative, terapeutiche e di follow-up oncologico. Pertanto è stato costituito il CORP e nominato il Coordinatore, nella veste del Direttore dell’UOC di Oncologia Medica, nonché tutti i GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare), previsti dalla normativa regionale, che sono i centri interdisciplinari in cui viene presa in carico la persona affetta da tumore e la definizione del percorso assistenziale più adeguato. L’Azienda AORN Moscati ha inoltre provveduto ad adottare tutti gli atti consequenziali derivati dai DCA 98/2016, 19/2018 e 89/2018.

La mobilità intra-regionale e inter-regionale rappresenta un fenomeno molto diffuso nelle nostre zone ed esprime la tendenza della popolazione ad usufruire delle prestazioni presso strutture dell’ambito provinciale o regionale diverse da quelle di residenza.

Si manifesta attraverso due fenomeni opposti:

- la **mobilità passiva o migrazione sanitaria** dei pazienti residenti in Campania verso istituti di ricovero e cura localizzati in altre regioni (segnalata dall’**indice di fuga**)
- la **mobilità attiva** (espressa dall’**indice di attrazione**) rappresenta il numero di pazienti di altre regioni che si fanno curare in una determinata struttura della Regione Campania.

In un mercato sanitario sostanzialmente libero, tali indicatori rappresentano un segnale indiretto sia della completezza che della qualità e accessibilità dei servizi disponibili.

Il fenomeno è particolarmente rilevante in quanto segnala i livelli di eccellenza e attrazione delle unità operative della nostra azienda, poiché i pazienti “emigrano” o per accedere a prestazioni non offerte in loco o per accedere a prestazioni più tempestive o di più alto livello qualitativo rispetto a quelle erogate dalle strutture sanitarie della zona di riferimento.

La successiva tabella evidenzia la significativa percentuale di utenti, provenienti da altre regioni o province della Campania, che si sono rivolti alle unità operative dell’azienda nel corso dell’anno 2019.

5.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L’Azienda di recente è stata oggetto di un intervento riorganizzativo, anche a seguito dei nuovi provvedimenti regionali di riconfigurazione della Rete Ospedaliera (DCA 29/2018 di cui è detto in

premessa). L'attuale assetto aziendale, definito con la Delibera n. 882/2019 potenzia i servizi a supporto delle decisioni e rimodula l'organizzazione dei Dipartimenti clinico-assistenziali (Tabella 8).

Tabella 8. Dipartimenti clinico-assistenziali

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	SEMPLICI DIPARTIMENTALI
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1. ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	1.ANESTESIOLOGIA E T.I. NEUROCHIRURGICA	
		2.RIANIMAZIONE	
		3.TECNICHE DI ANESTESIA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
	2.TERAPIA INTENSIVA – PO LANDOLFI-		
	3.ANESTESIOLOGIA E T.I. CARDIOCHIRURGICA		
	4. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		1. ORTOPEDIA -PO LANDOLFI
	5. PS E MEDICINA D'URGENZA		
			2.PS E OBI -PO LANDOLFI 3.OBI
		4.CHIRURGIA D'UREGNA	
CARDIOVASCOLARE	6.CARDIOLOGIA E UTIC	4.ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA 5.UTIC	
			5.CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
	7.CARDIOCHIRURGIA	6.CARDIOCHIRURGIA MENO INVASIVA	
8.CHIRURGIA VASCOLARE	7.CHIRURGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA		
MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	9.GERIATRIA	8.CURE INTENSIVE GERIATRICHE	
			6.PNEUMOLOGIA
			7.DERMATOLOGIA E DERMOCHIRURGIA
	10. MALATTIE INFETTIVE	9.CENTRO AIDS	
			8. UNITA' FEGATO
			9. ALLERGOLOGIA
	11. MEDICINA INTERNA	11. ANGIOLOGIA	
			10. DIABETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA
	12.NEFROLOGIA	12. DIALISI	
			11.DIALISI – PO LANDOLFI
	13.NEUROLOGIA	13. STROKE UNIT	
	14.RIABILITAZIONE E RECUPEROFUNZIONALE		
	15.MEDICINA GENERALE – PO SOLOFRA-		
CHIRURGIA GENERALE	16.CHIRURGIA GENERALE		
			12.BREAST UNIT

Piano della Performance 2020-2022 (Fase III Emergenza Covid – 19)

CHIRURGIA GENERALE			13.CHIRURGIA BARIATRICA
	17.CHIRURGIA ONCOLOGICA		
	18.CHIRURGIA GENERALE -PO LANDOLFI		
			14.GASTROENTEROLOGIA
	19.NEUROCHIRURGIA		
	20.OCULISTICA CON TRAPIANTO DI CORNEA	14.CENTRO GLAUCOMA	
	21.OTORINOLARINGOIATRIA		
	22.UROLOGIA		
			15.UROLOGIA FUNZIONALE
ONCO - EMATOLOGICO	23.EMATOLOGIA	15.DAY HOSPITAL	
	24.FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE		
	25.ONCOLOGIA MEDICA	16.TERAPIA ANTITUMORALE NELL'ANZIANO	
	26.RADIOTERAPIA		
	27.SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE		
MATERNO - INFANTILE	28.OSTETRICA E GINECOLOGIA	17.GRAVIDANZA A RISCHIO	
			16.FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE
			17.GINECOLOGIA SOCIALE E PREVENTIVA
	29.OSTETRICA E GINECOLOGIA – PO LANDOLFI-		
	30.PATOLOGIA NEONATALE E TIN		
			18. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
			19.GENETICA MEDICA CON ANNESSO LABORATORIO ULTRASPECIALISTICO DI GENETICA MEDICA, BIO MARCATORI TUMORALI, BIOLOGIA MOLECOLARE
	31.PEDIATRIA	18. PS E OBI	
		19.TERAPIA SUB INTENSIVA	
	32.PEDIATRIA – PO LANDOLFI-		
SERVIZI SANITARI	33. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA		
	34.ANATOMIA PATOLOGICA	20.AMB. DI CITOLOGIA ASPIRATIVA E DIAGNOSTICA CITOPATOLOGICA	

Piano della Performance 2020-2022 (Fase III Emergenza Covid – 19)

SERVIZI SANITARI	35.MEDICINA NUCLEARE	21.TERAPIA CON RADIONUCLIDI E DIAGNOSTICA CORRELATA	
		22.CARDIOLOGIA NUCLEARE E PET IN CARDIOLOGIA	
	36. PATOLOGIA CLINICA		
			20.PATOLOGIA CLINICA - PO LANDOLFI-
	37. RADIOLOGIA	23. RM	
		24.RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
			21.ECOGRAFIA
			22.NEURORADIOLOGIA
		23.DIAGNOSTICA PER IMMAGINI -PO LANDOLFI	

I servizi generali, di supporto all'attività assistenziale, sono così organizzati:

	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
DIREZIONE SANITARIA	*38. DMPO	
	39. FARMACIA	** 25.FARMACIA (PO Landolfi, attiva dal 01/10/19)
	40. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO E RADIOPROTEZIONE	
		26. GESTIONE RISCHIO CLINICO
		27. ORGANIZZAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI
		28. PRIVACY E MEDICINA LEGALE
		29. ALPI, LISTE DI ATTESA E GESTIONE PRENOTAZIONI
	30. FISICA MEDICA	
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI
	1. AFFARI GENERALI	
	2. AFFARI LEGALI	
	3. CONTROLLO DI GESTIONE	1. METODOLOGIA DI BUDEGT
	4. ECONOMICO – FINANZIARIO	
	5. GESTIONE RISORSE UMANE (RELAZIONI SINDACALI E RAPPORTI CON Le OO.SS.)	2. STATO GIURIDICO E CONCORSI
	6. PROVVEDITORATO – ECONOMATO	
	7. TECNICO E PATRIMONIO	
		3. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
		4. RELAZIONI ESTERNE, COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE, URP
	5. SISTEMA INFORMATIVO E FLUSSI ISTITUZIONALI, ICT	

*In considerazione della annessione del PO Landolfi di Solofra per effetto del DCA 29/18, e della ridefinizione della Azienda Ospedaliera in due Plessi, viene ridenominata la UOC Analisi e monitoraggio attività e LEA (vigente atto aziendale di cui al DCA 151/16) in Direzione Medica di Presidio. LA Direzione Medica del PO Landolfi si qualifica quale UOS nell'ambito della UOC Direzione Medica del PO di C/da Amoretta -in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

**La Farmacia Ospedaliera del PO Landolfi si qualifica quale UOS nell'ambito della UOC Farmacia Ospedaliera di PO Cda Amoretta – in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

*** I rapporti sindacali sono stati trasferiti alla UOC GRU.

La *Deliberazione 882/2019* nel ricondurre all'interno dei Dipartimenti Aziendali le UOC e UOSD presenti all'interno dell'Ospedale di Solofra, ha anche attivato la UOC di Direzione Medica di Presidio dal momento che la stessa è prevista nella Aziende con più di un presidio. Inoltre sono state definite nello stesso atto che la Direzione Sanitaria di Solofra è UOS rispetto alla UOC di Città Ospedaliera; analogamente per la Farmacia di Solofra rispetto alla UOC di Avellino.

Nell'analisi del contesto interno è necessario evidenziare la casistica prevalente, pertanto nella

tabella seguente vengono riportati in ordine decrescente di frequenza:

- i primi DRG di tipo medico per numerosità delle dimissioni
- i primi DRG di tipo chirurgico per numerosità delle dimissioni.

Tabella 9. Frequenza dei ricoveri ordinari di tipo medico

FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO MEDICO			
DRG	DESCRIZIONE	DIMESSI	%
391	Neonato normale	1168	9,37
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	961	7,71
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	743	5,96
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	363	2,91
316	Insufficienza renale	498	4,00
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	294	2,36
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	258	2,07
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	225	1,81
127	Insufficienza cardiaca e shock	217	1,74
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	289	2,32
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	166	1,33
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	190	1,52
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	156	1,25
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	194	1,56
090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	120	0,96
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	122	0,98
390	Neonati con altre affezioni significative	200	1,061
464	Segni e sintomi senza CC	103	0,83
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	135	1,08
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	103	0,83
208	Malattie delle vie biliari senza CC	109	0,87
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	111	0,89
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	85	0,68
033	Commozione cerebrale, età < 18 anni	68	0,55
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	156	1,25
379	Minaccia di aborto	112	0,90
175	Emorragia gastrointestinale senza CC	138	1,11
017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	84	0,67
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	90	0,72
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente, età < 18 anni	96	0,72
430	Psicosi	221	1,77
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo età <18 anni	105	0,84
236	Fratture dell'anca e della pelvi	85	0,68
017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	84	0,67
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	83	0,67
204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	82	0,66
181	Occlusione gastrointestinale senza CC	79	0,63
429	Disturbi organici e ritardo mentale	78	0,63
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	76	0,61
174	Emorragia gastrointestinale con CC	73	0,59
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età>17 anni senza CC	73	0,59
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	70	0,56

Altre Patologie con numero di casi inferiore a 68 3882 31,15

TOTALE DRG MEDICI 12.461 100

I ricoveri di tipo medico in regime ordinario nell'anno 2019 hanno rappresentato il 59,34 % del totale (12.461 su 20.998 casi).

Tabella 10. Frequenza dei ricoveri ordinari di tipo chirurgico

FREQUENZA DEI RICOVERI ORDINARI DI TIPO CHIRURGICO

DRG	DESCRIZIONE	DIMESSI	%
371	Parto cesareo senza CC	538	6,30
311	Interventi per via transuretrale senza CC	342	4,01
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	521	6,10
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	260	3,05
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	244	2,86
558	Interv. sistema cardiovasc. via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiov. maggiore	200	2,34
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	269	3,15
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	314	3,68
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	309	3,62
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	113	1,32
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	119	1,39
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	230	2,38
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	190	2,23
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	127	1,49
056	Rinoplastica	108	1,27
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	106	1,24
104	Interventi su valvole cardiache e altri interv. maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	115	1,35
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	150	1,76
036	Interventi sulla retina	118	1,38
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	106	1,24
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	87	1,02
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	207	1,09
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	104	1,22
149	Interventi maggiori su intestino crasso tenue senza CC	87	1,02
158	Interventi su ano e stoma senza CC	85	1,00
518	Interventi su sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	85	1,00
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interv. maggiori su articolazioni senza CC	83	0,97
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	78	0,91
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	69	0,81
	Altre Patologie con numero di casi inferiore a 69	3200	37,48
TOTALE DRG CHIRURGICI		8.537	100

I ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario nell'anno 2019 hanno rappresentato il 40,66 % del totale (8.537 su 20.998 casi).

5.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO EMERGENZA COVID-19

L'attuale periodo storico ha imposto la gestione della pandemia e la sua evoluzione, ma soprattutto il decorso clinico della patologia; la struttura AORN Moscati ha dovuto quindi necessariamente rivedere, anche con un impatto molto significativo, i processi di diagnosi e cura, gli spazi, complessivamente intesi, le risorse in essere, quelle necessarie e i relativi scostamenti, con un conseguente ingente investimento della macchina organizzativa ospedaliera, che si è necessariamente tradotto in un investimento economico, destinato alla cura, gestione e risoluzione dell'infezione respiratoria virale.

Tale considerazione risulta essere ancora più rilevante alla luce del fatto che, durante la fase di accelerazione della curva epidemica, fino al picco della stessa, il numero di cittadini che ha necessitato di un accesso ospedaliero e di un ricovero, è cresciuto in maniera esponenziale, ingenerando enormi problematiche organizzative, fino a saturare e quasi a rischiare di sopraffare l'intero sistema. Quest'ultimo fattore, proprio a prescindere dal modello organizzativo o sanitario adottato nel contesto di riferimento, ha rappresentato e rappresenta tuttora un elemento di grande rilievo per la pianificazione strategica e sanitaria. A tale proposito, infatti, sicuramente ingenti sono stati gli adeguamenti organizzativi posti in essere per fronteggiare una domanda così elevata e concentrata e soprattutto di rilievo il costo di gestione ospedaliera di un paziente COVID-19 che varia a seconda dell'intensità di cura. Gli accessi alla struttura di pazienti sospetto Covid Positivi, hanno registrato un picco per effetto anche del focolaio di Ariano Irpino e la conseguente chiusura del Pronto Soccorso sito nella cittadina; pertanto la AORN Moscati ha dovuto fronteggiare una concentrazione elevata sia in numero che temporale di pazienti provenienti dal territorio.

Le tabelle sotto riportate evidenziano l'andamento della produzione del primo semestre 2020, con un focus specifico sul delta del trimestre in cui dall'inizio della fase acuta della epidemia, fino all'avvio della fase 2, si registra la flessione in termini economici, se si raffrontano gli stessi periodi tra il 2019 ed il corrente 2020.

Tabella 11. Accessi di Pronto Soccorso e Ricoveri 2019-2020.

Accessi PS e Ricoveri anno 2019 – 1 ° semestre 2020						
MESE	RO	RO provenienti da PS 2019	Accessi PS 2019	RO	RO provenienti da PS 2020 (primo semestre)	Accessi PS 2020
Gennaio	1850	1069	4987	1654	1037	5120
Febbraio	1802	975	4763	1626	949	4573
Marzo	1839	1007	5470	1144	678	1860
Aprile	1818	1037	5391	880	618	1590
Maggio	1881	1004	5268	1071	760	2293
Giugno	1790	957	5517	circa 1200	815	3102

*Gli accessi per Covid-19, hanno registrato la loro punta massima e concentrazione nei mesi di Marzo e Aprile per un totale di n. 134 Ricoveri in urgenza. La contingenza pandemica ha fatto registrare una contrazione delle attività ordinarie in elezione con annesso blocco sia degli interventi chirurgici che dell'attività ambulatoriale. Pertanto il confronto con il 2019 fa emergere una contrazione economica notevole sia per i Ricoveri (Ordinari e Day Hospital) che per l'attività ambulatoriale.

Tabella 12. Dati Economici Attività Ambulatoriale anno 2019 – 1 ° semestre 2020

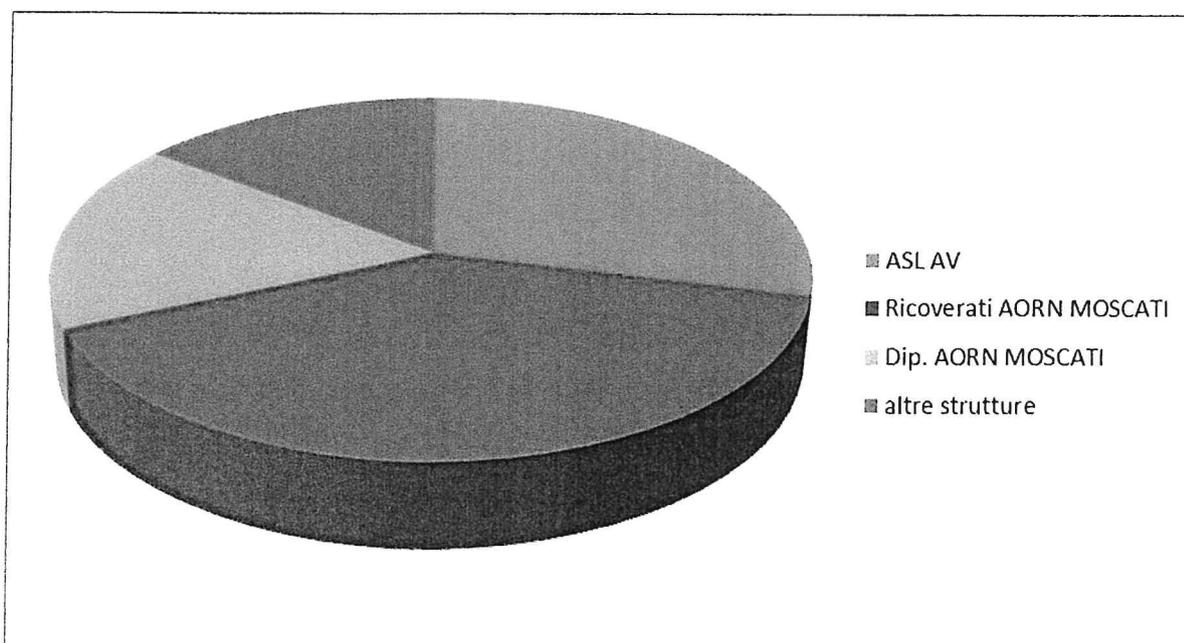
Periodo di riferimento	Regime di Accesso	Valore economico
01/03-31/05/2019	AS	3.656.906,00 euro
01/03-31/05/2020	AS	1.802.229,00 euro
01/03-31/05/2019	RICOVERI	23.468.343,00
01/03-31/05/2020	RICOVERI	14.913.093,00

Si aggiunga l'impegno profuso nella processazione dei tamponi, a favore dei ricoverati, dei dipendenti dell' AORN Moscati e dei tamponi provenienti da altre strutture del territorio con disposizione della Regione Campania a mezzo pec del 11.03.2020 ed acquisita al Prot. N. DG 1344 del 12.03.2020. E di ciò si fornisce il dato nella rappresentazione sottostante.

Tabella 13. Numero di tamponi processati, aggiornamento del 30.06.2020.

Tamponi Processati				
Totale campioni	Ricoverati AORN MOSCATI	Dipendenti AORN MOSCATI	ASL AV	altre strutture
13829	5465	2334	3976	2054

Grafico 1. Rappresentazioni grafica della distribuzione di provenienza dei campioni processati.



Nello specifico si è proceduto a delineare l'assorbimento medio complessivo di risorse, i fattori critici di processo e il tempo medio di degenza, sulla base della condizione clinica del paziente e della severità della patologia, aspetti che hanno imposto un'assistenza di bassa intensità di cure (caratterizzata dall'utilizzo di posti letto di area medica, di tipo tradizionale, e dunque dall'assenza di postazioni in grado di gestire pazienti che necessitano ventilazione non invasiva), complessità media (nella quale tutte le postazioni sono in grado di gestire pazienti di terapia sub-intensiva con ventilazione non intensiva), o alta intensità di cure e assistenziale (all'interno della quale vengono gestiti pazienti per i quali è necessaria la ventilazione artificiale, a causa delle gravi difficoltà respiratorie che il patogeno può innescare).

Tutti questi fattori hanno inciso in maniera decisiva sul nuovo presente, rendendo di fatto impossibile una riprogrammazione della performance ed una naturale contrattazione degli obiettivi se non quelli "imposti" dallo stato emergenziale.

Focalizzando l'attenzione sugli investimenti posti in essere dalla struttura ospedaliera, per fronteggiare la problematica sanitaria, è importante ricordare come, le tecnologie a supporto, siano quelle normalmente utilizzate in caso di insorgenza di una polmonite a evoluzione severa, dunque la ventilazione polmonare assistita, oltre al ricorso a nutrizione enterale o parenterale, per la prevenzione di complicanze, nel caso in cui il paziente non sia più in grado di nutrirsi in autonomia.

Non da ultimo, è importante rammentare come, alle attrezzature indispensabili per la corretta e sicura presa in carico del paziente affetto da COVID-19 ospedalizzato, devono essere aggiunti anche gli investimenti correlati ai dispositivi di protezione individuale (DPI), indispensabili per garantire anche la sicurezza dell'attività di tutto il personale sanitario. In quest'ottica, la struttura ha dovuto acquistare per le sue Unità Operative, a partire dal mese di Marzo 2020, nuovi DPI (mascherine chirurgiche, mascherine FFP2 o FFP3, camici o grembiuli monouso idrorepellenti, guanti, occhiali di protezione, visiere) per un ammontare di € 1.775.409,49 e grandi apparecchiature nonché C-PAP, nutri pompe, ventilatori polmonari per € 3.817.354,26.

Inoltre va considerato l'accrescimento delle unità di personale in servizio atto a fronteggiare l'emergenza, per un ammontare i costi al netto dello straordinario pari a € 4.319.627,01.

Ad i costi sostenuti per l'assistenza ospedaliera vanno aggiunti tutti i costi di adeguamento edile ed impiantistico sia dei locali normalmente adibiti a degenza che di quelli convertiti per il contenimento e gestione emergenza, ed in particolare la costruzione del "Covid Hospital": 387.107,29 €. L'analisi dei costi si è basata sui dati forniti dai settori dell'Azienda: SIC, SEF e GRU; su indicata analisi è comunque ancora in fase preventiva e la sua definizione stabile avverrà a consuntivo.

Una prima analisi, prodotta alla luce dei dati di contabilità analitica e costo degenza sulla base di un DRG tipo aggiornati al 30.06.2020, evidenzia le risorse impegnate per tali attività considerando il costo per paziente affetto da Covid.

In riferimento alla gestione ospedaliera del paziente COVID-19, al netto degli importi economici sopra indicati, sono state approfonditamente indagate le seguenti voci di costo:

- i) risorse umane coinvolte nei percorsi di assistenza,
- ii) apparecchiature, attrezzature e DPI utilizzati;

iii) prestazioni di laboratorio;
 iv) prestazioni diagnostiche;
 v) farmaci somministrati al paziente;
 vi) servizi di pulizia e pasti, così da comprendere il reale assorbimento di risorse economiche correlato all'attività ospedaliera, in base alla durata complessiva della degenza, e considerando i trasferimenti dei degenti tra le differenti Unità Operative.
 Da un punto di vista economico, la Tabella 15 mostra nel dettaglio non solo il costo correlato alla singola giornata di degenza stratificata per intensità di cura, ma anche il costo correlato al complessivo percorso del paziente all'interno della struttura.

Tabella 14. Assorbimento di risorse economiche correlate alla gestione ospedaliera dei pazienti COVID-19.

Studio costi periodo COVID 2020 (aggiornamento del 30/06/2020)		AREA MEDICA	TERAPIA SUB-INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	MEDIA
DPI	Costo sul totale della degenza	61,95	86.18 euro	211,60 euro	119,91 euro
	Costo a giornate di degenza	8,85	7.36 euro	19,68 euro	12 euro
	% sui costi di degenza	2,35%	1.28 %	1.80 %	1.81 %
APPARECCHIATURE	Costo sul totale della degenza	0.19 euro	1,74 euro	3.33 euro	1.75 euro
	Costo a giornate di degenza	0.03 euro	0.15 euro	0.31 euro	0.16 euro
	% sui costi di degenza	0.05 %	0.03 %	0.02%	0.03 %

*Dati suscettibili di perfezionamento.

Tabella 15. Assorbimento delle risorse economiche correlato alla gestione ospedaliera dei pazienti COVID-19.

Assorbimento di risorse economiche correlate alle giornate di degenza	
Bassa intensità di cura	427,77 euro
Media intensità di cura	582,38 euro
Alta intensità di cura	1278,50 euro
Assorbimento di risorse economiche correlate al percorso clinico	
Degenza in area a bassa intensità di cura e in area ad alta intensità di cura	14.837,48 euro
Degenza in area a bassa intensità di cura e in area ad media intensità di cura	9.157 euro
Degenza in area a media intensità di cura e in area ad	22.210,47 euro

alta intensità di cura	
------------------------	--

Da un punto di vista di durata della ospedalizzazione, complessivamente intesa all'interno della struttura ospedaliera, essa risulta essere un parametro dipendente dalla condizione clinica di accesso del paziente o dal successivo trasferimento dello stesso in una area a media o ad alta complessità di cura, i pazienti COVID-19 permangono in ospedale mediamente 19,41 giorni.

Soffermandosi sulle degenze medie caratterizzate da trasferimenti interni tra Unità Operative, che hanno determinato il passaggio da area a bassa intensità di cura/complessità assistenziale ad alta intensità di cura/complessità assistenziale, esse hanno presentato un assorbimento medio di risorse economiche pari a 14.873,48 € (degenza media complessiva: 15,5 giorni).

In riferimento invece alla permanenza del paziente all'interno di un reparto a bassa intensità di cura/complessità assistenziale e di un reparto a media intensità di cura/complessità assistenziale (terapia sub-intensiva), si riscontra un assorbimento medio di risorse economiche pari a 9.157,00 € (degenza media complessiva: 17,45 giorni).

Infine, ingente è il valore economico correlato a una ospedalizzazione spesa tra la terapia sub-intensiva e la terapia intensiva, che risulta essere pari a 22.210,47 €, con una degenza media complessiva di 23,21 giorni.

6. GLI OBIETTIVI STRATEGICI E GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Le linee strategiche d'indirizzo espongono gli obiettivi strategici aziendali da perseguire e da ribaltare alle strutture coinvolte nel processo di budgeting. Il Piano si avvale di un sistema di valutazione composto da **obiettivi strategici** (di orizzonte pluriennale), definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di out-come e **obiettivi operativi** (riferiti a 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), ciascuno dei quali prevede azioni, tempi, risorse e responsabilità organizzative per il loro raggiungimento.

In questo modo il piano d'azione complessivo dell'azienda presenta una coerenza interna, in un flusso sia discendente (cioè partendo dalle aspettative degli *stakeholder* e dalle priorità politiche incorporate nella *mission* aziendale); che ascendente (tenendo conto delle conoscenze e delle professionalità disponibili). I processi sono funzionali alla creazione delle condizioni indispensabili perché gli obiettivi siano rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività assistita.

Ovviamente, i piani operativi sono stati definiti oltre a valutazioni basate sull'analisi costi-benefici anche considerando le attuali problematiche, che influenzano negativamente la stessa gestione ordinaria delle attività ma che non possono – seppur con evidenti limiti - precludere una programmazione di performance.

Tali obiettivi sono di fatto operativi dalla data di adozione del piano prendendo atto di quanto realizzato nella prima metà del corrente anno 2020, e per gli anni 2021 – 2022, in virtù dell'estensione triennale del piano, compatibilmente con l'evolversi della fase emergenziale.

Gli obiettivi strategici possono essere classificati in sette categorie:

- prevenire la corruzione e garantire la trasparenza;
- garantire l'accesso equo e trasparente alle prestazioni;

- garantire l'empowerment del cittadino;
- migliorare la qualità e l'appropriatezza organizzativa/sanitaria;
- migliorare gli esiti sia in termini di efficacia che in termini di effectiveness;
- valorizzare il personale;
- garantire l'economicità e l'efficienza aziendale.

Va da sé che alcuni obiettivi sono svincolati dalla presenza di una fase emergenziale (ad es. prevenire la corruzione e garantire la trasparenza) per gli altri occorre fare i conti con le limitazioni imposte (si pensi in particolare alla situazione economica che ha imposto oneri maggiori per garantire le attività assistenziali o in molti casi minori ricavi per le Aziende Ospedaliere), quale il raggiungimento dell' equilibrio economico.

L'Azienda prevede abitualmente la possibilità di valutazione di fattibilità non solo preliminare, ma anche in itinere, apportando eventuali modifiche condivise nell'ambito della negoziazione. Ora più che mai, l'ipotesi di apportare variazioni va tenuta in doverosa considerazione.

La declinazione dei singoli obiettivi e l'individuazione dei relativi indicatori, tiene conto:

- dei principi generali cui deve ispirarsi il Piano ai sensi della Delibera CIVIT n. 112 del 2010 (trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza interna ed esterna, orizzonte pluriennale);
- del processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, da cui discende direttamente la sostenibilità dell'intero sistema di valutazione;
- della normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i vari dispositivi che attribuiscono obiettivi alle organizzazioni sanitarie e ai loro organi politici.

Nella fattispecie, il presente Piano, quale sintesi della propria programmazione, le seguenti aree strategiche, entro cui declinare i vari obiettivi:

- AREA STRATEGICA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA, DELL'EQUITÀ E DELL'EMPOWERMENT
- AREA STRATEGICA DELL'EFFICACY E DELL'EFFECTIVENESS (ESITI), DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA
- AREA STRATEGICA DELLA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE E DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO
- AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA E DELL'ECONOMICITÀ.

Premesso che l'attuale fase emergenziale non ha consentito una negoziazione, per evidenti motivi per il primo semestre, occorre evidenziare che anche per il periodo in corso (ribadendo che la fase emergenziale da DPCM, si protrae a tutto luglio 2020) risulta difficile organizzare una formale negoziazione tra, la Direzione Strategica con i Direttori/Responsabili di struttura degli obiettivi per la valutazione della performance organizzativa, pertanto stante gli obiettivi strategici ed operativi concordati con negoziazione nel 2018, gli stessi vanno calati ed implementati in virtù della deliberazione n. 410 del 29.04.2020, oggetto: "Emergenza Covid". Documento ricognitivo attività poste in essere per fronteggiare la fase emergenziale." Inoltre gli stessi si ritiene possano essere mutuati da quelli assegnati al Direttore Generale e a sua volta ribaltati ai Direttori/Responsabili di struttura, come di seguito verrà illustrato, in quanto molti di essi si protraggono già dagli esercizi passati e sono aggiornati con le disposizioni Ministeriali e Regionali, volte a regolamentare le attività assistenziali nel periodo emergenziale.

I Direttori/Dirigenti Responsabili, a loro volta e senza mai confliggere con gli obiettivi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa, assegnano specifici obiettivi ai singoli professionisti per la misurazione della performance individuale e considerando contestualmente le competenze ed i comportamenti generali.

Analogamente, vengono declinati specifici obiettivi strutturali ed individuali per il personale del comparto, anch'essi coerenti con gli obiettivi operativi attribuiti alle strutture di appartenenza.

7. PROCESSO DI REDAZIONE, AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO

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

Il punto di partenza è rappresentato dalle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, nonché dagli obiettivi contenuti nel Piano Ospedaliero e nel Piano Triennale 2020-2022 di riqualificazione del SSR (DCA 99/2018) (Piano della Salute), che definisce le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività regionale.

In coerenza con tale piano vengono individuati dalla Regione Campania, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

L'approvazione formale del Piano e la successiva attività di monitoraggio dei risultati programmati, è la conclusione di un percorso che, a regime e nell'ottica del miglioramento continuo, può essere ipotizzato come articolato nei seguenti passi logici:

- a) avvio del processo di elaborazione del Piano della Performance, da parte della Direzione Generale supportata dallo staff, tenendo conto anche delle necessità degli stakeholder;
- b) definizione delle linee di indirizzo strategico del Piano, anche sulla base delle istanze di cui al punto precedente, confrontandosi anche con l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) definizione degli obiettivi strategici e operativi, in coerenza alle linee strategiche aziendali;
- d) definizione degli obiettivi relativi alla performance organizzativa individuale;
- e) elaborazione delle schede di programmazione e di performance;
- f) predisposizione del Piano triennale della Performance ed invio all'Organismo Indipendente (OIV);
- g) elaborazione periodica dei dati necessari al monitoraggio del Piano;
- h) monitoraggio infra-annuale del livello di raggiungimento degli obiettivi, attraverso l'analisi dei risultati raggiunti e degli eventuali scostamenti rilevati;
- i) eventuale rimodulazione dei target fissati, sulla base delle evidenze emerse nel corso dell'anno;

Ai fini dell'attività di monitoraggio degli obiettivi, l'Ufficio Flussi Informativi si occuperà dell'elaborazione dei dati e lo Staff della Direzione Strategica avrà cura di verificare il livello di raggiungimento e gli eventuali scostamenti rispetto al target fissato.

Sul punto si ribadisce quanto già illustrato durante la fase emergenziale e già esplicitato con la Deliberazione n. 313 del 28.03.2020, alla quale si fa espresso rinvio quale allegato sostanziale del presente documento.

8. IL SISTEMA PREMIANTE E LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Personale dirigente

La valutazione del dirigente si articola nella verifica dell'esercizio dell'incarico dirigenziale attribuito e nella valutazione del risultato annuale (performance). Nel primo caso la verifica è effettuata, alle diverse scadenze previste dai contratti collettivi di lavoro, dal Dirigente sovraordinato e, in seconda istanza, dal Collegio tecnico e costituisce prerequisito, in relazione all'esito, per l'attribuzione dell'incarico relativo al periodo successivo e/o degli altri benefici economici contrattualmente previsti, nel rispetto dei vincoli e dei limiti imposti dalla finanza pubblica.

Nel secondo caso la valutazione è determinata sia dal risultato certificato dall'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV), relativamente al raggiungimento degli obiettivi della struttura attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal dirigente responsabile relativamente al contributo individuale espresso dal singolo dirigente.

La valutazione annuale della performance è correlata, oltre che alla corresponsione dei premi di produttività e di risultato, alle altre specifiche finalità previste dal più volte richiamato D.Lgs. 150/2009.

Personale non dirigente

Tutto il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente, caratterizzato dai seguenti elementi:

- A. valorizzazione dei risultati;
- B. valorizzazione delle capacità di comportamento organizzativo;

I citati ambiti valutativi sono articolati nelle schede di valutazione del personale.

Con riferimento a tutto il personale, dirigente e del comparto, il Direttore della struttura ha facoltà di integrare la scheda obiettivi con altri di risultato specifici, non presenti sulla scheda di budget della struttura, purché individuati in coerenza con le politiche aziendali.

Le componenti della scheda individuale concorrono a formularne il risultato finale che:

- costituisce la base per il calcolo della quota individuale di produttività;
- concorre a determinare la progressione economica orizzontale;
- se negativo, costituisce la base su cui elaborare la proposta di revoca dell'incarico di coordinamento e dell'incarico di posizione organizzativa.

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**, in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

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

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.

Sono adottate due schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori. Gli indicatori previsti riguardano 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; ed infine 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; 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; e la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e l'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo; l'**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; 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. Tale fase risulta per l'attuale periodo emergenziale non realizzabile.

La verifica della realizzazione dei risultati previsti dal piano della performance viene svolta dall'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, composto da tre membri esterni all'Azienda.

Esso risponde alle seguenti finalità:

- contribuire alle attività di pianificazione
- stimolare l'implementazione dei processi utili per lavorare meglio
- supportare l'attività di rendicontazione
- gestire l'erogazione del sistema premiante per i dipendenti più bravi, nel rispetto della trasparenza.

Il compito dell'OIV è quindi quello di assicurare le condizioni necessarie per la corretta attuazione del ciclo di gestione della performance.

Il ruolo dell'OIV corrisponde a quello del "consulente interno" che accompagna l'azienda nel percorso di miglioramento. Perché il confronto con i responsabili delle unità operative sia costruttivo, la direzione riconosce all'organismo l'autorevolezza necessaria per essere ascoltato.

In allegato al presente documento le schede di valutazione individuale.

OBIETTIVO STRATEGICO 1
ASSICURARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI, ATTRAVERSO L'ADOZIONE DELLA CORRETTA TIPOLOGIA DI PERCORSO ASSISTENZIALE

L'appropriatezza delle prestazioni è un tema centrale di politica sanitaria ed il suo perseguimento costituisce un obiettivo prioritario per le strutture che erogano salute. E' noto che gli interventi sanitari vengono definiti appropriati quando sono *efficaci* (migliorano lo stato di salute del paziente), *efficienti* (utilizzano in modo ottimale le risorse durante il processo produttivo), *opportuni* (applicano la tipologia di intervento più adeguata e per il maggior numero di utenti.)

In questo caso non si valuta l'appropriatezza dal punto di vista clinico-professionale, che si riferisce alla validità tecnico-scientifica degli interventi e quindi alla loro efficacia in termini di capacità dell'intervento di raggiungere gli obiettivi prefissati, bensì l'*appropriatezza organizzativa*, che fa riferimento alla scelta del corretto *setting* assistenziale da applicare nel singolo caso (reparto per acuti, day hospital/day surgery, ambulatorio specialistico, strutture di base).

La Regione ha adottato diversi provvedimenti per promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri attraverso l'aggiornamento delle soglie massime di ammissibilità in regime di ricovero ordinario, la regolamentazione dell'attività di ricovero in day hospital di tipo medico e la definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso a tale regime assistenziale, la qualificazione dell'attività ambulatoriale quale alternativa alle prestazioni di ricovero inappropriato, soprattutto per i day hospital di tipo medico diagnostico, l'istituzione del day service.

OBIETTIVO OPERATIVO

Il decreto n. 17 del 20 marzo 2014 ha individuato le linee di azione cui le aziende sono tenute ad uniformarsi "per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero":

- la riduzione del tasso di ospedalizzazione regionale attraverso la progressiva contrazione del numero di ricoveri di 0-1 giorno e in day hospital per i DRG ad alto rischio di inappropriata;
- il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i DRG individuati "a rischio di inappropriata".

Il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i DRG segnalati rappresenta un obiettivo fondamentale di tutti gli operatori, in quanto comporta una diretta assunzione di responsabilità per la quota di risorse aziendali utilizzate in modo inadeguato rispetto al *setting* assistenziale più opportuno.

In altri termini, le prestazioni oltre soglia non vengono remunerate con la tariffa intera prevista per il ricovero ordinario o day hospital; pertanto parte delle risorse utilizzate per il ricovero improprio costituiscono uno "spreco" per l'azienda, atteso che:

- i DRG effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono riclassificati in regime diurno e remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso in caso di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente in caso di DRG chirurgici;
- i DRG effettuati in regime diurno e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono remunerati con la tariffa

prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50%, in caso di DRG medici e con la tariffa prevista per day surgery corrispondente abbattuta del 50%, in caso di DRG chirurgici. Obiettivi operativi ancora validi anche in fase III Emergenza Covid, come ripreso e dettagliato nel paragrafo successivo.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI
--

La problematica dei tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche ha assunto un rilievo sempre maggiore a motivo di alcuni aspetti concomitanti:

- le direttive nazionali e regionali, che impongono alle direzioni aziendali di adottare provvedimenti organizzativi atti a razionalizzare i processi di erogazione delle prestazioni
- e, nel caso della diagnostica per i ricoverati, i prolungamenti dei tempi di degenza, da cui derivano inefficienze economiche e disagi sociali.

Accanto alla ben nota attivazione da dare alle liste di attesa, va aggiunta la problematica dell'organizzazione delle agende di attività ambulatoriale per il recupero delle prestazioni non erogate a causa del blocco emergenziale nonché una scrematura delle tipologie di prestazioni non più erogate dall'AORN Moscati in accordo con il territorio.

OBIETTIVO OPERATIVO

Per concorrere alla riduzione delle giornate di degenza, viene ribadito – per le strutture del **Dipartimento dei Servizi Sanitari** - l'obiettivo di azzeramento dei tempi di attesa per gli interni e comunque **non oltre i 2 giorni dalla richiesta, con contestuale refertazione dell'esame eseguito (per i solo esami radiologici maggiormente complessi)**.

Le unità di degenza, dal canto loro, sono tenute a garantire la correttezza formale e l'appropriatezza prescrittiva della richiesta, attraverso l'adeguata gestione dell'agenda elettronica.

Il limite temporale di attesa dovrà essere garantito sia per gli esami diagnostici che per le consulenze effettuate dalle unità operative a favore dei ricoverati presso altri reparti.

In concreto dovranno essere implementate le seguenti azioni:

- programmazione delle attività tenendo conto della tipologia di utente. Il calendario delle prenotazioni deve assegnare priorità assoluta ai soggetti che presentano condizioni di particolare criticità e per i quali è predominante l'esigenza di definire in tempi brevi il relativo profilo assistenziale, sia che si tratti di una nuova prenotazione quanto di una antecedente alla sospensione delle attività per effetto del Covid;
- rispetto dei tempi medi indicati nel **PACTA** (Piano Attuativo per il Contenimento dei Tempi di Attesa) che sulla base dell'accordo stato-regioni, individua **classi di priorità** in base alla gravità del quadro clinico del paziente.

TEMPI DI ATTESA E ALPI. Collegata alla problematica dei tempi di attesa è anche la riorganizzazione dell'attività libero professionale. A tale proposito, in linea anche con gli obiettivi che la Regione ha assegnato al Direttore Generale, dovranno essere monitorate:

- a) la creazione dell'**Agenda unica** per l'attività ambulatoriale (per interni ed esterni) gestita dal CUP. Le unità operative potranno gestire in autonomia la prenotazione di un numero di prestazioni in misura non superiore al 5% del totale delle attività;

- b) il rapporto tra prestazioni istituzionali e prestazioni effettuate in regime ALPI dovrà certificare che in nessun ambito operativo queste ultime superino le percentuali previste dalla normativa;

Per quanto concerne l'ALPI gli uffici istruttori dell'azienda e gli operatori delle unità operative sono tenuti a contribuire a ricercare soluzioni alternative ed idonee per garantire la ripresa dell'attività ALPI intramoenia in assenza della disponibilità dei locali della Palazzina ALPI adibita momentaneamente ad ospitare il "COVID HOSPITAL".

OBIETTIVO STRATEGICO 3

CORRETTA CODIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE E DELLE SDO, NONCHE' RISPETTO DELLA TEMPSTICA PREVISTA PER IL COMPLETAMENTO

Costituisce impegno imprescindibile per la direzione di ciascun ambito operativo la chiusura tempestiva delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera, al fine di consentire al competente ufficio il controllo logico-formale (attraverso il software regionale "Controllo SDO").

Poichè le schede debbono essere trasmesse entro il 40° giorno successivo alla dimissione, ciascuna unità operativa è tenuta a completare tutti i campi previsti almeno 10 giorni prima della data prevista per l'invio alla regione (e quindi – al massimo entro 30 giorni dalla dimissione).

Nel contempo, occorre migliorare la qualità dei dati delle dimissioni ospedaliere. Infatti, da una valutazione del settore ministeriale di verifica degli adempimenti regionali sono emerse criticità comuni a molte aziende, come una percentuale elevata di schede nelle quali risultano non compilati o compilati in maniera erronea alcuni campi.

OBIETTIVO OPERATIVO

Pertanto, la Direzione Medica di Presidio struttura Analisi e monitoraggio dell'attività assistenziale e LEA provvederà in modo puntuale e tempestivo a relazionare mensilmente alla Direzione Sanitaria (oltre che verificare costantemente l'azione dei reparti) in ordine ai punti di seguito indicati:

- la completezza e accuratezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, in relazione alla documentazione clinica relativa ad ogni ricovero ospedaliero, affinché i dati in essa contenuti possano essere utilizzati per l'analisi di alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria erogata;
- il controllo delle prestazioni di assistenza, condizione per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione;
- l'attuazione dei percorsi per garantire l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza attraverso la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e, quindi, contrastare fenomeni opportunistici, cui si correla l'improprio impiego delle risorse economiche destinate all'erogazione dei predetti livelli essenziali;
- la verifica della corretta, completa e accurata codifica delle cartelle e delle sdo, in osservanza
- della normativa in materia;
- le proposte di modifica e aggiornamento dei protocolli clinici, per adeguarli alla varietà degli eventi assistenziali e migliorare la rappresentazione della casistica;
- l'elaborazione di approfondite indagini epidemiologiche
- la partecipare alle attività di controllo di qualità.

OBIETTIVO STRATEGICO 4

SVILUPPO DEL DAY SERVICE E DEI PACC

Il day service risponde all'esigenza di introdurre un modello organizzativo di assistenza ambulatoriale innovativo e necessario per garantire una parte significativa delle prestazioni precedentemente erogate in day hospital.

Il **day service ambulatoriale** presenta caratteristiche intermedie tra il ricovero in day hospital e le prestazioni specialistiche ambulatoriali. E' finalizzato alla gestione di problemi clinici, la cui soluzione richiede indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari.

Rispetto all'attività ambulatoriale classica, si caratterizza per uno specifico percorso diagnostico-terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni.

Per la sua funzionalità, è richiesto un alto livello di coordinamento clinico-organizzativo che si estrinseca nella definizione dei **percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (Pacc)**.

I Pacc di day service si caratterizzano per l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime, multidisciplinari e complesse, alle quali concorrono, oltre alla radiologia e ai laboratori di analisi, di norma almeno altre due branche specialistiche.

Il day service viene avviato dallo specialista ospedaliero su richiesta di visita o altra prestazione da parte del medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Sulla base delle informazioni e del quesito diagnostico, lo specialista inquadra il caso e imposta il piano assistenziale opportuno, prescrivendo le prestazioni diagnostiche da eseguire all'interno della struttura ospedaliera.

OBIETTIVO OPERATIVO

Per il 2020-2021 si prevede di attivare progressivamente il nuovo modello organizzativo dei PACC di tipo medico in concomitanza con l'attivazione di altri PACC Chirurgici a cura della UOC DMPO.

Le strutture interessate saranno impegnate nella predisposizione dei seguenti percorsi organizzativi:

- codificazione dei problemi clinici che possono essere affrontati secondo tale modello assistenziale nell'ambito del rispettivo reparto
- predisposizione dei PACC, d'intesa con gli altri reparti e servizi interessati, per dare risposte integrate ed efficienti ai quesiti diagnostici relativi alle specifiche patologie/problemi individuati
- previsione del necessario coordinamento clinico-organizzativo per la efficiente presa in carica del paziente (agenda, percorsi, impegnative, ecc.)
- strumenti per facilitare l'accesso alle prestazioni.

Inoltre, l'obiettivo è porre in essere un costante monitoraggio tra costi/ricavi con l'aiuto della UOC DMPO per lo svolgimento dell'attività; con particolare riguardo alle logiche di ingaggio dei pazienti nel nuovo percorso. L'obiettivo strategico tiene conto che l'avvio possa essere ritardato dalla fase emergenziale.

OBIETTIVO STRATEGICO 5

ALLINEAMENTO DELLE STRUTTURE AZIENDALI AGLI STANDARD QUALITATIVI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (DECRETO MINISTERIALE 70/2015)

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tra i vari aspetti affrontati, riveste particolare rilievo la creazione delle **reti ospedaliere articolate per patologia e che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale**, nei seguenti ambiti: infarto, ictus, traumatologia, neonatologia e punti nascita, medicina specialistica, oncologia, pediatria, trapianti, terapia del dolore, malattie rare.

LA RETE ONCOLOGICA. Rilievo assoluto viene dato alla creazione di specifici percorsi di integrazione terapeutici-assistenziali come quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso la **breast unit (unità mammaria interdisciplinare)**.

Con l'implementazione della **rete oncologica** la Regione persegue la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e palliative anche in ambito pediatrico. Inoltre, presso la nostra struttura di Oncologia deve essere potenziato il sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, attraverso specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

Il Decreto Commissariale 102/2016 ha approvato le risultanze del gruppo di lavoro che ha proceduto all'esame dei livelli di *performance* delle aziende ospedaliere. Mentre quello relativo alla produttività e all'efficienza certifica il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario per il Moscati (lo scostamento tra costi rilevati dal conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività non supera il 2%, attestando la virtuosità della nostra azienda nell'uso delle risorse), l'esame del livello di aderenza agli standard di qualità e volumi dei ricoveri erogati per area clinica presenta elementi di criticità per ovviare ai quali sono stati programmati gli opportuni interventi correttivi.

Poiché si tratta di "obiettivi trasversali" che comportano il coinvolgimento di più ambiti operativi, le azioni correttive da implementate per migliorare qualità e volumi di attività saranno programmate in ottica interdipartimentale (attraverso il coinvolgimento *in primis* dei Servizi Sanitari).

OBIETTIVO OPERATIVO

Si riportano le soglie minime - identificate a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche – in base alle quali vengono effettuate le valutazioni delle strutture aziendali (e che verranno aggiornate e integrate da parte del tavolo tecnico composto da rappresentanti di Ministero, Age.nas e Regioni)

INTERVENTI	VOLUMI DI ATTIVITA' MINIMI
INTERVENTI CHIRURGICI PER CA MAMMELLA	150 PRIMI INTERVENTI ANNUI
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	100 INTERVENTI ANNUI
INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA DI FEMORE	75 INTERVENTI ANNUI
INFARTO MIocardico ACUTO	100 CASI ANNUI
BY PASS AORTO-CORONARICO	200 INTERVENTI ANNUI
ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA	250 PROCEDURE ANNUE
MATERNITA'	ALMENO 1000 NASCITE

INTERVENTI	SOGLIA PER RISCHI DI ESITO
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A TRE GIORNI	MINIMO 70%
INTERVENTI CHIRURGICI ENTRO 48H SU PERSONE CON FRATTURA DEL FEMORE, ETA' > = 65 ANNI	MINIMO 60%
TAGLI CESAREI IN MATERNITA' CON > 1000 PARTI	MASSIMO 25%
ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA ENTRO 90 MIN DALL'ACCESSO IN PAZIENTI CON INFARTO	MINIMO 60%

STEMI	
BY PASS AORTO-CORONARICO ISOLATO, MORTALITA' AGGIUSTATA A 30 GG.	MASSIMO 4%
VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA, MORTALITA' AGGIUSTATA PER GRAVITA' A 30 GIORNI	MASSIMO 4%

Il periodo emergenziale COVID, ha comportato un noto blocco dei Ricoveri per l'elezione chirurgica. Pertanto la UOC Controllo di Gestione deve porre in essere azioni di monitoraggio per comprendere se i livelli minimi di volumi possano essere comunque raggiunti nonostante la perdita di attività del 2020.

OBIETTIVO STRATEGICO 6
LA RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO E L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISPOSTE ALL'EMERGENZA

Il Pronto Soccorso della AORN Moscati è punto di ingresso alla struttura in emergenza che durante la fase vissuta pandemica ha dovuto riorganizzare i suoi percorsi e modelli assistenziali per evitare focolai interni e fronteggiare l'immane pressione in ingresso dei pazienti sospetto Covid positivo. Ogni anno accedono al Pronto Soccorso della AORN Moscati, oltre 60.000 pazienti, di cui 6.500 in età pediatrica e 1.500 donne per urgenze ostetrico-ginecologiche, anche in seguito all'annessione del P.O. di Solofra; ridotti fortunatamente nel periodo del maggiore impatto pandemico. 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.

Prima della pandemia da Covid le strutture di Pronto Soccorso erano caratterizzate dal sovraffollamento, apparentemente inarrestabile ed oggetto di varie soluzioni organizzative atte a contenerlo e ad affrontarlo per evidenti mancate risposte fornite dai servizi territoriali. Durante l'esplosione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 l'assetto della Medicina d'urgenza si è molto modificato, avendo dovuto gestire malati critici infettivi, continuare a garantire cure a persone non infette ed evitare per quanto possibile contaminazioni. Per ottenere questo risultato il Pronto Soccorso, l'OBI, la Medicina d'Urgenza e, sul territorio, i Mezzi di Soccorso Avanzato si sono avvalsi delle specifiche competenze peculiari della Medicina di urgenza, come la Ventilazione non invasiva e sono stati protagonisti nella elaborazione e gestione di nuovi percorsi, separando i flussi "sporco" e "pulito", e garantendo l'appropriatezza di ricovero e di dimissione. Il Sistema d'emergenza urgenza nel suo complesso ha ricoperto un ruolo fondamentale nella gestione della pandemia, e delle sue conseguenze, permettendo agli ospedali di potere rispondere al meglio all'emergenza in atto. In questo periodo l'abituale casistica dei nostri Pronto Soccorso è diminuita notevolmente se non quasi scomparsa, soprattutto in relazione ai codici di minore gravità e questo fattore ha sicuramente favorito le capacità di risposta nostra e del sistema alla pandemia. Questa riduzione di affluenza non è stata legata, se non in minima parte, all'aumentata capacità di gestione del territorio, quanto piuttosto al merito di una informazione corretta sull'uso appropriato dell'ospedale e, soprattutto, al timore dei cittadini di avvicinarsi ai PS se non per problemi davvero rilevanti. Con la fine della "fase 1" e "fase 2" questo atteggiamento comincia ad allentarsi, e già adesso gli accessi in PS stanno gradualmente aumentando. Di qui la necessità di ripensare spazi e percorsi in PS ed in Ospedale.

Con l'avvento della pandemia COVID-19 le condizioni di affollamento o anche solo di "vicinanza" fisica fra le persone (in altre parole le condizioni di un qualunque PS italiano fino a due o tre mesi fa), sono diventate improvvisamente il pericolo principale e non sono tollerate in nessun contesto.

Difficile pensare che in questa fase, e probabilmente anche in una visione futura, in PS si possano tollerare le abituali sale d'attesa sovraffollate o le quotidiane decine di barelle attaccate l'una all'altra, anche per uno o due giorni, con utenti in attesa di un posto letto. Tutto ciò non sarà più visto soltanto come una questione di scarso comfort o, nella peggiore delle ipotesi, di inciviltà, sarà interpretato invece in chiave strettamente sanitaria e peserà nei giudizi e nelle valutazioni sulla nostra attività molto di più dell'uso delle mascherine e dei guanti.

Verosimilmente la malattia da SARS-CoV-2 non è destinata a scomparire in tempi brevi, ma a stabilizzarsi in forma endemica fino all'arrivo di un trattamento definitivo farmacologico o vaccinale. I casi tenderanno a diminuire o a modificarsi con manifestazioni cliniche anche ingannevoli ma non scompariranno del tutto e, fatalmente, si concentreranno in ospedale passando dai nostri Pronto Soccorso, che, anche per la prolungata chiusura degli ambulatori, probabilmente accoglieranno numerosi pazienti con gli esiti della mancata prevenzione e cura delle cronicità, causando un sovraffollamento di codici probabilmente non più minori. In previsione di questo possibile scenario per non farci trovare impreparati, sarà indispensabile garantire sicurezza ed efficienza. In questa fase i Pronto Soccorso si troveranno a gestire:

- Pazienti con patologie tempo dipendenti nei quali è indicata una gestione in sala emergenza/sala rossa, indipendentemente dal rischio di essere affetti da Covid-19
- Pazienti con patologie non correlabili direttamente al SARS-CoV-2 ma nei quali l'infezione non può essere esclusa ad una prima valutazione
- Pazienti con quadro di presentazione suggestivo per Covid-19
- Pazienti con patologie chiaramente non correlabili al SARS-CoV-2, ad esempio quelle da cause traumatiche.

Quindi all'ingresso in Pronto Soccorso questi pazienti dovranno essere indirizzati a percorsi specifici.

OBIETTIVO OPERATIVO

- Necessità di garantire i migliori livelli di sicurezza per i pazienti e il massimo di protezione per il personale operante nelle strutture di Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza e Sub-intensiva.
- Identificare i percorsi più appropriati per i pazienti che accedono al PS e per quelli che necessitano di un ricovero nei vari reparti dell'Ospedale, in questa fase dell'epidemia COVID-19 ancora in essere.

9. GLI OBIETTIVI GENERALI

L'azienda adotta un sistema di responsabilizzazione della dirigenza, riconoscendole un ruolo effettivo di gestione, che si esplicita – tra l'altro - nel potere di organizzazione delle risorse umane e nelle decisioni operative.

La valorizzazione della figura del dirigente comporta il riconoscimento di reali e concreti strumenti per operare, oltre che l'applicazione di sanzioni, anche economiche, quando non svolge in modo efficace il proprio lavoro.

In particolare, le strutture organizzative dei servizi generali saranno impegnate prioritariamente nella realizzazione delle finalità individuate dai programmi operativi regionali e nel rendere operative le linee programmatiche definite dal vertice strategico.

Di seguito si indicano le principali azioni da realizzare a breve/medio termine.

Piano della Performance 2020-2022 (Fase III Emergenza Covid – 19)

UU.OO in staff alla DIREZIONE SANITARIA	OBIETTIVO STRATEGICO ed OPERATIVO
UOC DMPO	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Monitoraggio dei percorsi ospedalieri, del budget delle ore di straordinario ed attività aggiuntive per comparto e dirigenza; • Monitoraggio mensile degli indicatori produttivi, fornendo ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di unità operative i reports utili alla verifica dell'andamento degli stessi in termini di miglioramento, stazionarietà o peggioramento delle prestazioni erogate sia in termini di Ricovero che in termini Day Service. I prospetti saranno accompagnati da analitiche relazioni e indicazioni sulle azioni da porre in essere per ovviare a quanto segnalato. La realizzazione di tale obiettivo verrà valutata in base all'efficacia degli interventi proposti a ciascuna unità operativa in termini di recupero dei livelli di appropriatezza previsti. Tutto quanto al fine di consentire una previsione, in seguito al blocco dell'attività chirurgica in elezione causa Covid, sull' andamento degli obietti sanitari posti al Direttore Generale; • Monitoraggio dei percorsi assistenziali ordinari e straordinari per evitare focolai interni virali.
UOC Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Razionalizzazione della spesa farmaceutica: attività di verifica, monitoraggio e controllo delle prescrizioni farmaceutiche dei reparti aziendali al fine di facilitarne l'appropriatezza. L'impegno previsto consiste nel supportare i comportamenti professionali verso scelte diagnostico-terapeutiche appropriate, concordando interventi correttivi in grado di coniugare – in un approccio multidisciplinare – sicurezza, efficacia e valutazioni economiche; • Gestione della Qualità in Farmacia, attraverso l'implementazione di efficienti sistemi organizzativi e corretti processi/percorsi operativi condivisi e replicabili. • Rivisitazione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero, al fine di verificare la validità e l'efficacia delle scelte in esso contenute. Verrà effettuata un'attività di studio e ricerca con successiva elaborazione di rapporti tecnici in formato elettronico, con l'obiettivo di offrire ai componenti del tavolo tecnico strumenti chiari, semplici e di immediata consultazione; • Monitoraggio dei Registri AIFA; • Promozione all' utilizzo dei biosimilari; • Partecipazione ai tavoli tecnici per la stesura di capitolati, atti ad eliminare contratti frutto di proroghe.
UOC Medicina preventiva e Radioprotezione	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Costante aggiornamento di protocolli operativi per il corretto uso dei DPI e sorveglianza sanitaria; • Costante monitoraggio dei dipendenti sospetto Covid Positivo.
UOS Gestione rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Implementazione PDTA e conseguente certificazione di qualità; • Monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali.
UOS Privacy e Medicina Legale	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Monitoraggio dell' applicazione dei protocolli operativi di accesso ordinario e straordinario alla sala settoria; • Contributo all' attività epidemiologica post mortem Covid positivo; • Gestione straordinaria ed ordinaria del Comitato Etico; • Stesura delle relazioni esplicative per i COVASI.
UOS ALPI, Liste di Attesa e Gestione Prenotazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Cup Ticket: supporto operativo/organizzati alle UU.OO. per la riorganizzazione delle agende prestazionali bloccate e non espletate nel periodo fase I Covid. • ALPI: La programmazione delle azioni per il concreto riavvio delle attività in ALPI prevede un'attenta valutazione delle tipologie di prestazioni erogate in ALPI e trasferibili presso la struttura in attesa della chiusura del COVID Hospital, compatibilmente con l'impegno economico necessario per coprire le spese e con le altre problematiche logistiche e di personale di supporto necessario. La riorganizzazione dell'ALPI è funzionale alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni soprattutto in seguito al blocco della erogazioni di prestazioni nel periodo Marzo-Maggio.

Piano della Performance 2020-2022 (Fase III Emergenza Covid – 19)

UOS Fisica Medica	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza; • Valutazioni dosi per esposizione pazienti a radiazioni ionizzanti; • Monitoraggio dei collaudi mancanti per le attrezzature a radiazioni ionizzanti ordinate per l' emergenza Covid.
UU.OO in staff alla DIREZIONE AMMINISTRATIVA	OBIETTIVO STRATEGICO ed OPERATIVO
UOC Affari Generali	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio e completamento delle procedure di protocollo informatico • Avvio e completamento delle procedure per adozione di delibere e determine digitali • Revisione delle convenzioni con altre Aziende /Enti • Aggiornamento e adeguamento del portale aziendale
UOC Affari Legali	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Avvio del software per la gestione del contenzioso integrato con il processo telematico • Revisione delle pratiche in essere di contenzioso al fine di ridurre l'entità a beneficio del bilancio aziendale
UOC Controllo di gestione	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Implementazione del DCA 67/2019 e delle procedure di monitoraggio dei budget aziendali • Monitoraggio delle attività periodo COVID
UOC Economico Finanziario	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Implementazione di un sistema di monitoraggio delle spese per la fase COVID • Revisione delle partite di bilancio in vista dell'avvio del SIAC
UOC Gestione Risorse Umane (e relazioni sindacali)	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Avvio delle procedure per la gestione della fase emergenziale e tempestiva conclusione delle procedure in corso • Tempestiva revisione dei fondi aziendali e corretto monitoraggio alla luce della fase emergenziale
UOC Tecnico e Patrimonio	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Completamento ed aggiornamento della ricognizione inventariale • Completamento delle attività di acquisizione di tecnologie e riorganizzazione aziendale per consentire la fase emergenziale in funzione delle indicazioni ministeriali e regionali
UOS Formazione e aggiornamento	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Avvio della riorganizzazione per le attività formative in modalità a distanza • Incremento dei corsi per la gestione della fase emergenziale ed in materia di anticorruzione e trasparenza
UOS Relazioni esterne comunicazione istituzionale URP	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Implementazione delle procedure per il monitoraggio delle attività di comunicazione al paziente in modalità a distanza • Riorganizzazione dei rapporti con gli Enti Universitari in fase emergenziale • Aggiornamento e adeguamento del portale aziendale
UOS Sistema informativo e flussi istituzionali ICT	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza • Avvio delle procedure di protocollo informatico e di delibere e determine digitali • Riorganizzazione degli spazi aziendali dedicati all'ICT • Messa in sicurezza dei server aziendali attraverso la realizzazione di cloud privato • Adeguamento connettività geografica e di rete locale • Aggiornamento e adeguamento del portale aziendale

Gli obiettivi indicati sono integrativi ed aggiuntivi alle finalità istituzionalmente assegnate alla struttura diretta, rispetto alle quali dovranno essere poste in essere iniziative atte ad assicurare che le prestazioni vengano erogate secondo principi di efficacia, appropriatezza, economicità e tempestività e potranno trovare applicazione su un periodo ampio quale il triennio 20-22.

9.1 OBIETTIVI SPECIFICI FASE EMERGENZIALE

Per la gestione dello stato emergenziale la Direzione strategica è tempestivamente intervenuta con la delibera n. 313 del 25.03.20 con la quale, nel cristallizzare l'attuale situazione che ha coinvolto l'intero paese, ha recepito la necessità di definire un ridimensionamento e una revisione di tutte le attività sanitarie istituzionalmente svolte dell'Azienda, individuando così quale obiettivo prestazionale per tutte le UU.OO. quello dell'uscita dall'emergenza ponendo in essere tutte le attività in linea con i dettati normativi nazionali e regionali.

Con la successiva delibera n. 400 del 23.04.20 la Direzione Strategica ha provveduto a formalizzare l'integrazione del DVR relativa all'agente biologico COVID 19 ed infine con delibera 410 del 29.04.20 ha adottato un documento ricognitivo delle attività svolte per fronteggiare la fase emergenziale che di fatto rappresenta un'evidenza di quanto posto in essere per il perseguimento dell'obiettivo della fase emergenziale .

Di seguito la rimodulazione degli obiettivi prestazionali quali parametri valutativi delle attività svolte durante la fase emergenziale.

OBIETTIVI PER LA FASE EMERGENZIALE	EMERGENZA COVID	note
	ADEMPIMENTI DI SICUREZZA E GARANZIA DELLE PRESTAZIONI SIA COVID CHE NON COVID	approvvigionamento di dpi, separazione dei percorsi , acquisizione di attrezzature e reclutamenti per fase covid
RIPARTENZA FASE 2 NOTE REGIONALI	attivazione degli obiettivi in funzione delle indicazioni contenute nelle circolari regionali Prot.n. 207716 del 28.04.20 e prot.n. 211540 del 3.05.20 per la fase 2	

Obiettivi specifici di carattere generale	Delibera di nomina DGRC 366/2019	N.	DEFINIZIONE
		1	Adempimenti previsti da disposizioni normative nazionali regionali, provvedimenti giuntali e/o governativi
		2	Equilibrio economico
		3	Predisposizione nuovo atto aziendale secondo il DCA 103/2019
		4	Adozione ed attuazione di misure idonee per il perseguimento degli obiettivi previsti dal DCA 99/2018
		5	Regolarizzazione CC e adempimenti per la certificabilità
		6	Rispetto tempi di pagamento ITP

Obiettivi specifici di natura preliminare	ALLEGATO A DELIBERA NOMINA DG (tratti dalla griglia LEA punto E o nuovi LEA dalla relativa adozione)	N.	DEFINIZIONE
		1	1.1: MANTENIMENTO RICOVERI ETA PEDIATRICA PER ASMA E GASTRO ANNO 2018
			1.2: MANTENIMENTO RICOV. ETA' ADULTA COMPLICANZE DIABETE BPCO E SCOMPENSO RISPETTO AL 2018
		2	2.1 MANTENIMENTO INTERO MANDATO RICOVERSI DIURNI TIPO DIAGNOSTICO COME ANNO 2018(=373)
			2.2. MANTEN.ACCESSI TIPO MEDICO ANNO 2018(=8590)
		3	RAPPORTO APPROPRIATEZZA RICOVERI ANNO 2018(=0,18)
		4	PERCENT PARTI CESAREI PRIMARI(20/24%)
5	FRATTURA COLLO FEMORE >65 ENTRO 2 GG >=60%		

Obiettivi tematici	ALLEGATO B DELIBERA NOMINA DG	N.	DEFINIZIONE
		1	PERC.RICOVERI DRG MEDICO DIMESSI DA REPARTO CHIR > 25%
		2	GG DEGENZA PRE RICOVERO DIMESSI PER INTERV.CH : 1,4 G
		3	PERC DIMISSIONI PER RIAB CON DEGENZA OLTRE SOGLIA <=20%
		4	RISPETTO OBBLIGO FLUSSI NSIS
5	MONITORAGGIO APPROP/EFFICACIA SDO , ATTRAVERSO AUDIT CON RISULTATO >=80% PRIMO ANNO E 100% SUCCESSIVI		

Di seguito gli obiettivi specifici di natura preliminare contenuti nella delibera n. 796 del 9.08.19 di nomina del Direttore Generale:

Obiettivi tematici	N.	DEFINIZIONE
	1	Rispetto tempi attesa e monitoraggio ALPI
	2	Continuità completezza e qualità nell'alimentazione flussi informativi

Occorre il caso di sottolineare che per tutta la fase emergenziale il criterio valutativo sarà esclusivamente qualitativo non essendo pensabile una ponderazione delle attività svolte alla luce della produttività; ai fini quali/quantitativi si può solo procedere a una valutazione sul contenimento dei costi. Infatti la flessione sostanziale e fisiologica dei ricavi, determinata dalla totale interruzione dell'attività istituzionale prima e poi dalla graduale ripresa della stessa in conformità con i dettati regionali (Nota n. 207716 del 28.04.20 e nota n. 211540 del 3.05.20) che ne hanno imposto un ridimensionamento quantitativo in virtù del rispetto del distanziamento sociale, unita all'impatto economico subito a causa della gestione dei pazienti COVID (vedi paragrafo 5.1) ed alle misure di sicurezza a cui si è fatto ricorso, impone necessariamente un mutamento della prospettiva di valutazione. Pertanto si individua quale logica premiale quella qualitativa unita ad un ponderato contenimento dei costi per ogni Unità Operativa in funzione della produzione realizzata.

Scheda di valutazione individuale area comparto

Sessione di valutazione	ANNO:	
Nome e Cognome		Incarico
Valutatore		

Leggenda:
1= insoddisfacente
2=da migliorare
3=soddisfacente/adeguato
4=buono
5=ottimo

Competenze e comportamenti

PESATURA: 5 punti a risposta/100

1.1 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA

Indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui è assegnato

1.2 PROBLEM SOLVING

Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro

1.3 QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE

Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio

1.4 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA'

Indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto agli impegni assunti.

1.5 RELAZIONE CON I COLLEGHI

Indica il grado di disponibilità alla ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa

1.6 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA

Indica il grado di cortesia e disponibilità nella risposte ai bisogni dei clienti

1.7 FLESSIBILITA'

Indica il grado di disponibilità rispetto alle richieste di gestione delle emergenze (cambi turni, sostituzioni, modifica dei compiti)

1.8 SVILUPPO PROFESSIONALE

Indica il grado di partecipazione attiva alla manutenzione e innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Competenze tecnico specifiche maturate da specificare:

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Raggiungimento degli obiettivi individuali

PESATURA: _____/50

Giudizio sintetico complessivo:				
Proposta di posizionamento rispetto al sistema incentivante	<table border="1" data-bbox="756 450 1185 521"> <tr> <td data-bbox="756 450 879 521"> Alto 25% </td> <td data-bbox="879 450 1034 521"> Medio 50% </td> <td data-bbox="1034 450 1185 521"> Basso 25% </td> </tr> </table>	Alto 25%	Medio 50%	Basso 25%
Alto 25%	Medio 50%	Basso 25%		
Proposta per premi individuali:	Motivazione:			

Data compilazione:	
Firma Valutatore:	
Firma Valutato:	

Scheda di valutazione individuale area dirigenza

Sessione di valutazione	ANNO:	
Nome e Cognome		Incarico:
Valutatore		

Leggenda:

- 1= insoddisfacente
- 2=da migliorare
- 3=soddisfacente/adeguato
- 4=buono
- 5=ottimo

Competenze e comportamenti

PESATURA: 5 punti a risposta/100

1. Partecipazione alla vita organizzativa

1.1 CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI

Dimostra interesse, conosce le linee strategiche aziendali ed offre contributi specifici alla loro definizione: si informa sistematicamente ed è attento all'evoluzione dell'azienda.

1.2 CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA

Partecipa alla definizione dei programmi dell'U.O. (piani di lavoro, budget) ed agisce coerentemente ad essi.

1.3 RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DELLE DIRETTIVE AZIENDALI

È attento a declinare i propri comportamenti professionali nel rispetto delle norme condivise

Valutazione

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

2. Capacità tecnico specialistiche e sviluppo professionale

2.1 CASISTICA SEMPLICE

Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica semplice

2.2 CASISTICA COMPLESSA

Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica(o attività) complessa.

2.3 FORMAZIONE PROFESSIONALE

Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno nell'U.O.

Valutazione

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

3. Capacità di risolvere i problemi

3.1 PROBLEM SOLVING

Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema (raccolta, quantificazione, verifica, ricerca delle cause), ed elabora soluzioni, con atteggiamento costruttivo, prospettando alternative.

3.2 PIANI DI LAVORO INTEGRATI

Costruisce piani di lavoro integrati multi-professionali anche con altre UU.OO., valuta e introduce i correttivi necessari.

3.3 AUTONOMIA DECISIONALE

Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni d'incertezza ed emergenza assumendosi le responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.

Valutazione

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Valutazione

4. Capacità di innovazione

4.1 METODOLOGIE E TECNICHE INNOVATIVE

Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

4.2 EVOLUZIONE PROFESSIONALE E TECNOLOGICA

E' attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando altresì capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative.

5. Capacità di relazione con i colleghi

Valutazione

5.1 RELAZIONE CON I COLLEGHI

Interagisce in modo aperto e costruttivo con i colleghi; è autorevole e contribuisce a creare un clima di relazione collaborativo dell'U.O. ; dimostra disponibilità all'ascolto verso le esigenze dei colleghi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Capacità di rel. con le altre strutture org.ve

Valutazione

6.1 RELAZIONE CON PROFESSIONISTI E STRUTTURE

Ricerca in modo sistematico l'integrazione organizzativa e favorisce la comunicazione con tutti i professionisti e le UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.

6.2 GESTIONE DEI CONFLITTI

Si attiva per prevenire i conflitti organizzativi derivanti dall'utilizzo di risorse condivise e per gestirli con efficacia nel caso si manifestino.

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

7. Capacità di rel. con i pz., fam., comm. e ass.

Valutazione

7.1 ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA

Mantiene con i pazienti, i familiari e la comunità locale rapporti positivi creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni dei clienti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Capacità di collaborazione e lavoro di squadra

Valutazione

8.1 DISPONIBILITA' E COLLABORAZIONE

Offre disponibilità e collaborazione ad altri ruoli ed U.O./Servizi, affrontando e risolvendo con equilibrio eventuali incomprensioni/conflitti per pervenire a risultati utili e condivisi.

Interagisce positivamente con tutti i ruoli organizzativi del gruppo riconoscendone e valorizzandone le competenze distintive.

8.2 APPORTO POSITIVO AL GRUPPO DI LAVORO

Garantisce un costante apporto positivo al gruppo di lavoro attraverso la formulazione di proposte e la condivisione di informazioni.

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

9. Altre competenze

Valutazione

9.1

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.2

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.3

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Raggiungimento degli obiettivi individuali **PESTURA: _____/100**

Giudizio sintetico complessivo:				
Proposta di posizionamento rispetto al sistema incentivante	<table border="1" data-bbox="762 360 1134 416"> <tr> <td data-bbox="762 360 887 416">Alto 25%</td> <td data-bbox="887 360 1011 416">Medio 50%</td> <td data-bbox="1011 360 1134 416">Basso 25%</td> </tr> </table>	Alto 25%	Medio 50%	Basso 25%
Alto 25%	Medio 50%	Basso 25%		
Proposta per premi individuali:	Motivazione:			

Data compilazione:	
Firma Valutatore:	
Firma Valutato:	