



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

**AZIENDA OSPEDALIERA
DI RILIEVO NAZIONALE
SAN GIUSEPPE MOSCATI
AVELLINO**

**PIANO DELLA
PERFORMANCE**
aggiornamento
2022

INTRODUZIONE

Premessa:

- Con il documento programmatico triennale (Piano della Performance 2020-2022), adottato con delibera n. 711/20, sono stati individuati gli obiettivi strategici ed operativi dell’Azienda, precisando gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance. Tale piano viene adottato a luglio 2020, in quanto risente, come indicato nella premesse dell’atto che lo approva, della situazione emergenziale esplosa a marzo 2020, i cui effetti si sono riverberati per effetto dei numerosi DPCM che hanno sancito e regolato la gestione del Covid-19, seppur con fasi alterne, a tutto il 31.3.2022;
- Con delibera 773/20 è stato introdotto un aggiornamento al sistema di valutazione individuale che ha previsto l’adozione di nuove schede di valutazione del personale dirigente e del personale del comparto.
- Con deliberazione n.201 del 26/2/2021 si è proceduto all’adozione dell’aggiornamento del Piano per l’anno 2021
- Con Delibera della G.R.C. n.201 del 19/5/2021, la stessa ha preso atto della necessità di rimodulare l’offerta assistenziale nell’ambito della rete regionale ospedaliera – macro area delle Province di Avellino e Benevento programmata con il DCA 103/2018, rispetto a quanto previsto per l’AORN Moscati di Avellino al fine di ulteriormente migliorare l’offerta assistenziale, e ridurre la migrazione sanitaria;
- la stessa D.G.R.C. 201/2021 ha disposto che il Direttore Generale dell’AORN San Giuseppe Moscati di Avellino provvedesse entro il 30 giugno 2021 alla riadozione dell’Atto Aziendale, con contestuale revoca di qualunque atto o disposizione in contrasto con lo stesso provvedimento
- con Delibera Aziendale n.689 del 29/6/2021 si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell’atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l’approvazione della stessa
- la DGRC 305 del 14/7/2021 ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto
- Con delibera 107/22 è stata adottata la Direttiva 2022 quale atto di indirizzo della Direzione Strategica che 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.

Stante il periodo emergenziale determinato dalla pandemia da Sars-Cov-2, almeno fino al 31/03/2022, non è stato possibile procedere ad una formale negoziazione con i Dipartimenti Aziendali e le Strutture operative ed assegnare obiettivi specifici prestazionali alle UU.OO. Aziendali. Obiettivo preminente è stato la gestione dell’emergenza nonché la gestione della campagna vaccinale in ottemperanza ai dettati del governo centrale e di quello regionale; la verifica del raggiungimento degli stessi è stata finora e sarà comunque oggetto di valutazione da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione quale la condizione necessaria per l’erogazione della retribuzione di risultato. L’orizzonte pluriennale di riferimento del piano è scomposto in obiettivi annuali secondo una logica di scorrimento. Le finalità della performance 2022 sono state precisate tenendo conto di un orizzonte temporale basato sull’attuale fase transitoria per fronteggiare la pandemia, a cui si auspica segua un ritorno alle normali fasi di gestione e contrattazione degli obiettivi, sia in termini quantitativi che qualitativi, unitamente all’attuazione del nuovo Atto Aziendale.

A tale proposito la Direzione Strategica nel condividere le linee programmatiche con il Collegio di Direzione, nella seduta del 31/01/22, ha convenuto sull'opportunità di individuare obiettivi qualitativi per il primo trimestre a cui far seguire negoziazioni mirate in funzione delle reali possibilità gestionali dell'Azienda.

Il Collegio così convocato, ha condiviso le linee programmatiche, nonché le soluzioni organizzative proposte dalla Direzione Strategica per il governo delle attività cliniche e per la programmazione delle attività tecnico-sanitarie, in particolare come da premessa, per l'attuazione del nuovo Atto Aziendale.

Il Collegio ha altresì condiviso le linee programmatiche tracciate dalla Direzione Strategica, in tema di difficoltà contingente per una contrattazione di budget su base unicamente quantitativa, convenendo sulla necessità da un lato di una prosecuzione degli obiettivi quantitativi corretti per l'effetto Covid, almeno per il primo trimestre, uniti a quelli qualitativi, tuttavia senza escludere la possibilità che si proceda ad una revisione degli stessi, con una programmazione delle attività e contestuale negoziazione del budget, in occasione di un ritorno alla normalità. A tale proposito la Direzione si è prefissata di perseguire un monitoraggio più serrato con i Dipartimenti e le UU.OO. ad essi afferenti, al fine di verificare periodicamente l'andamento delle attività, nonché le criticità che dovessero emergere nel corso del 2022.

La Direzione Strategica nell'auspicare una graduale ripresa delle attività, ha già individuato la necessità di perseguire un'analisi prospettica del budget con la previsione per il 2022 di un incremento di attività da definire in sede di negoziazione, tenuto conto dei dati di attività principalmente dell'anno 2021, e del NSG.

Su questo ultimo punto si rinvia all'apposita sezione del presente piano che illustra il Nuovo Sistema di Garanzia.

L'intento è creare una cornice entro la quale si svolgerà un'implementazione delle attività, andando a contrattare con i singoli dipartimenti un budget, con la consapevolezza della necessità di incrementare una serie di attività che hanno subito una battuta d'arresto a causa delle restrizioni conseguenti alla pandemia, tenuto conto del nuovo assetto organizzativo dettato nell'atto aziendale.

Pertanto, la negoziazione del budget sarà calata sulle singole attività svolte dalle UUOO aziendali e sulle attività che le stesse, alla luce di un'analisi comparativa, potranno implementare al fine di potenziare l'attività aziendale, tenuto conto delle risorse assegnate.

Gli obiettivi delle strutture in staff alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa (oggetto di specifica definizione) devono contemplare sia il necessario supporto ai reparti e servizi per la realizzazione delle finalità di loro specifica competenza, sia finalità specifiche come:

- monitoraggio sull'appropriato uso dei farmaci, tenuto conto che la valutazione della spesa per tale tipologia di consumi è la base per progettare il "mix di erogazione" dell'assistenza farmaceutica al minor costo tenendo conto dei vincoli di bilancio (efficienza);
- monitoraggio delle attività sanitarie e costante attenzione al rispetto dei tetti di spesa previsti per le voci di costo nell'ambito delle risorse assegnate con il riparto del FSR;
- monitoraggi analitici sulle cartelle cliniche per quanto riguarda, in particolare, la completezza della documentazione sanitaria ed il rispetto della corretta erogazione delle prestazioni, con riferimento al setting assistenziale e all'esatta codifica nella SDO;
- rilevazione e proposta degli interventi correttivi per contrastare il progressivo aumento delle segnalazioni dell'utenza in ordine alle prestazioni erogate (ai tempi di attesa, adeguatezza delle informazioni fornite etc).
- attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e adeguamento al CUP Regionale;
- completamento delle attività relative a lavori ed acquisizione di nuove tecnologie in linea con il piano degli investimenti incluso nella deliberazione di adozione del bilancio di previsione 2021 e con quanto disposto dalla DGRC 378/2020 con cui si la Giunta Regionale della Campania, Individua il soggetto attuatore degli interventi previsti nel Piano Regionale approvato dal Ministero della Salute per la AORN Moscati Avellino.

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, in caso di accertata inefficienza.

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.

Gli obiettivi seguenti sono in linea con il piano della Performance adottato per il triennio 2020/2022 di cui il presente documento costituisce aggiornamento.

Gli obiettivi sono stati rivisti e rimodulati per le UUOO in Staff alla Direzione Strategica, in funzione della nuova articolazione prevista dall'Atto Aziendale approvato con DGRC 305/2021, la cui attuazione è parte del presente aggiornamento del Piano, con la premessa che le UU.OO. indicate vanno a raccordare la loro attività, oltre che tra le stesse, con quelle afferenti i singoli Dipartimenti.

Di seguito si indicano le principali azioni che caratterizzano l'aggiornamento del piano per il 2022

Obiettivi Strategici ed Operativi (Strutture in Staff al Direttore Generale)	UOC SICUREZZA SUL LAVORO	UOC CONTROLLO DI GESTIONE e PROGRAMM.	UOS URPE E COMUNICAZIONE
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza	X	X	X
Attività necessarie per la piena attuazione del SIAC		X	
Completamento delle attività per i processi digitali	X	X	X
Completamento ed evoluzione delle procedure di protocollo informatico	X	X	X
Attività finalizzate alla garanzia della privacy	X	X	X
Aggiornamento e adeguamento del portale aziendale	X	X	X
Adeguamento del DCA 67/2019 e delle procedure di monitoraggio dei budget aziendali in funzione del nuovo atto aziendale		X	
Digitalizzazione dei procedimenti amministrativi ed avvio delle fasi per la creazione del relativo fascicolo	X	X	X
Attuazione protocolli e misure organizzative connessi al nuovo Atto Aziendale ed interconnessi con le UUOO Aziendali	X		
Comunicazione finalizzata all'attuazione del nuovo Atto Aziendale			X

Obiettivi Strategici ed Operativi (Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria)	DMPO	FARMACIA (con annessa Farmacovigilanza, Dispositivo Vig. e Farmacoeconomia)	preventiva e radioprotezione	Gestione rischio clinico	Privacy e Medicina Legale	CUP, ALPI, Liste di attesa	Fisica Medica
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza	X	X	X	X	X	X	X
Completamento delle procedure per la transizione dei processi digitali	X	X	X	X	X	X	X
Attività finalizzate alla garanzia della privacy	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei percorsi ospedalieri, del budget delle ore di straordinario ed attività aggiuntive per comparto e dirigenza, e monitoraggio e pubblicazione adempimenti trasparenza per liste d'attesa per attività istituzionale ed attività ALPI	X					X	
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 (Ricovero, Day Service). 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. Ciò dovrà consentire una previsione, sull'andamento degli obiettivi sanitari posti al Direttore Generale recuperando le perdite per il periodo Covid	X					X	
Monitoraggio dei percorsi assistenziali ordinari e straordinari e verifica implementazione PDTA Aziendali	X			X			
Monitoraggio dei percorsi dettati dall'evolversi della fase emergenziale	X		X	X			
Determinazione dei fabbisogni per le UUOO dei DPI secondo fascia di rischio	X		X				
Razionalizzazione della spesa farmaceutica: attività di verifica, monitoraggio e controllo delle prescrizioni farmaceutiche dei reparti aziendali al fine di facilitarne l'appropriatezza, garantendo sicurezza, efficacia e valutazioni economiche connesse		X					
Gestione della Qualità in Farmacia, attraverso l'implementazione di efficienti sistemi organizzativi e corretti processi/percorsi operativi condivisi e replicabili.		X					
Rivisitazione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero		X					
Monitoraggio dei Registri AIFA		X					
Promozione all' utilizzo dei biosimilari		X					
Partecipazione ai tavoli tecnici per la stesura di capitolati, atti ad eliminare contratti frutto di proroghe	X	X					
Adempimenti necessari per la corretta gestione del nuovo sistema contabile SIAC	X	X					
Costante aggiornamento di protocolli operativi per il corretto uso dei DPI e sorveglianza sanitaria			X				
Costante monitoraggio dei dipendenti sospetti Covid Positivo (ADEMPIMENTO CONNESSO ALLA VARIABILITA' DELLO STATO DI EMERGENZA)			X				
Campagna vaccinale e monitoraggio con il supporto della UOS Rischio Clinico (ADEMPIMENTO CONNESSO ALLA VARIABILITA' DELLO STATO DI EMERGENZA)			X	X			
Monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei dipendenti attraverso esecuzione TNF (ADEMPIMENTO CONNESSO ALLA VARIABILITA' DELLO STATO DI EMERGENZA)			X				
Implementazione PDTA e conseguente certificazione di qualità	X			X			
Monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali				X	X		
Monitoraggio dell' applicazione dei protocolli operativi di accesso ordinario e straordinario alla sala settoria;					X		
Contributo all' attività epidemiologica post mortem					X		
Gestione straordinaria ed ordinaria del Comitato Etico					X		
Stesura delle relazioni esplicative per i COVASI e monitoraggio del rischio di contenzioso aziendale a supporto dell'Ufficio Legale					X		
supporto operativo/organizzativo alle UU.OO. per la riorganizzazione delle agende prestazionali bloccate e non espletate in fase Covid	X					X	
Valutazioni dosi per esposizione pazienti a radiazioni ionizzanti;							X
Monitoraggio dei collaudi per le attrezzature a radiazioni ionizzanti							X
Attuazione Dlgs 101/2020 inerente norme di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti							X

Di seguito gli obiettivi strategici ed operativi dell'AREA PTA, in staff alla Direzione Amm.va:

	Affari Generali	Affari Legali	SEF	GRU	Tecnico Manut. e Patr.	Form. E Agg.	Adempimenti amm.vi Cup-tICKET	SIA	Provveditorato
Obiettivi Strategici ed Operativi (AREA PTA)									
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività necessarie per la piena attuazione del SIAC	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adeguamento/predisposizione dei regolamenti Aziendali alla luce del nuovo Atto Az.le	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Completamento ed evoluzione delle procedure di protocollo informatico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività finalizzate alla garanzia della privacy	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aggiornamento e adeguamento del portale aziendale	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestione delle convenzioni con altre Aziende/Enti in particolare completamento attività convenzionata Federfarma	X		X				X		
gestione del contenzioso integrato con il processo telematico e monitoraggio attraverso l'UGS		X							
Revisione delle pratiche in essere di contenzioso al fine di ridurne l'entità a beneficio del bilancio aziendale		X	X						
Transizione digitale dei documenti sanitari (Cartella clinica- SDO)								X	
Adeguamento del DCA 67/2019 e delle procedure di monitoraggio dei budget aziendali in funzione del nuovo atto aziendale			X						
Monitoraggio delle attività periodo COVID e relative spese per la corretta rendicontazione			X						
Gestione delle procedure concorsuali per l'applicazione del nuovo Atto Aziendale				X					
Tempestiva revisione dei fondi aziendali e corretto monitoraggio alla luce della fase emergenziali				X					
Tempestivo riscontro delle esigenze sindacali				X					
Attività relative all'avvio e prosecuzione dei lavori ex art. 20 legge 67/88 e lavori DGRC 378/2020					X				
Completamento delle attività di acquisizione di tecnologie e riorganizzazione aziendale					X				
Aggiornamento della ricognizione inventariale in funzione del SIAC					X				
Implementazione delle attività formative in modalità a distanza e ripresa in presenza						X			
Incremento dei corsi di aggiornamento in materia di anticorruzione e trasparenza e privacy e transizione al digitale						X			
Riorganizzazione delle procedure per gestione corsi di laurea prof. sanitarie						X			
Implementazione delle procedure per il monitoraggio delle attività di comunicazione al paziente in modalità a distanza							X		
Revisione/ Monitoraggio dei rapporti con gli Enti Universitari						X			
Digitalizzazione dei procedimenti amministrativi ed avvio delle fasi per la creazione del relativo fascicolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e adeguamento al CUP Regionale							X	X	
Completamento delle attività di adeguamento connettività geografica e di rete locale e sicurezza del networking								X	
Tempestivo avvio delle procedure di gara evitando il ricorso alle proroghe					X				X
Gestione delle proroghe, incardinando una rete collaborativa con le strutture sanitarie e le strutture dell'area PTA coinvolte (obiettivo in condivisione con le Strutture Dipartimentali e la Farmacia)					X				X

Gli obiettivi indicati sono integrativi ed aggiuntivi alle finalità istituzionalmente assegnate alla struttura diretta, rispetto alle quali dovranno porsi in essere iniziative atte ad assicurare che le prestazioni vengano erogate secondo principi di efficacia, appropriatezza, economicità, in prosecuzione per il triennio 2020-2022.

Obiettivi di ripresa per il 2022 e Nuovo Sistema di garanzia.

L'anno corrente, oggetto della presente programmazione, segue e conclude un triennio caratterizzato prevalentemente alla gestione della pandemia che in gran parte ha bloccato drasticamente l'assistenza per il 2020, per proseguire con una minore pressione sul 2021, in considerazione anche della campagna vaccinale.

A tale riguardo l'Azienda ha provveduto direttamente alle somministrazioni a tutto il personale a vario titolo impiegato nelle attività aziendali, nonché ai pazienti in carico, unitamente alla fascia pediatrica dal corrente 2022.

Ciò ha consentito, con non poche difficoltà, di fronteggiare l'incremento dei casi e soprattutto ha visto le Aziende maggiormente preparate rispetto alla gestione dei contagi, che per effetto delle varianti ha comportato una maggiore velocità di circolazione del virus.

Relativamente alla performance delle Strutture Aziendali, per il biennio si è proceduto ad una valutazione delle attività ai fini della performance, esclusivamente su base qualitativa non essendo pensabile una ponderazione delle attività svolte alla luce della produttività; ai fini quantitativi non è stata tralasciato il monitoraggio sul contenimento dei costi.

Durante la seduta del 31/01/2022 del Collegio di Direzione, sono state condivise le linee programmatiche e le soluzioni organizzative proposte dalla Direzione Strategica per il governo delle attività cliniche e per la programmazione delle attività tecnico-sanitarie. Stante il perdurare della fase emergenziale, per il nuovo esercizio 2022, in seno al Collegio sono state affrontate principalmente le questioni relative al consolidamento del nuovo assetto conseguente all'atto aziendale la cui applicazione è in corso di attuazione.

Stante la nomina dei nuovi Direttori dei Dipartimenti (delibera 1391/2021) agli stessi è stato richiesto un maggior impegno finalizzato al superamento delle criticità che la gestione emergenziale ha imposto e fatto emergere. In tal senso un recupero di prestazioni (ricoveri e ambulatoriali) a fronte dei reclutamenti in parte già eseguiti ed in parte avviati ed in fase di conclusione.

Il Collegio ha condiviso le linee tracciate dalla Direzione Strategica, in tema di difficoltà contingente per una contrattazione di budget su base unicamente quantitativa, convenendo sulla necessità da un lato di una prosecuzione degli obiettivi quantitativi corretti per l'effetto Covid, uniti a quelli qualitativi e dall'altro di essere pronti ad una revisione degli stessi in occasione di un ritorno alla normalità. A tale proposito la Direzione ha espresso la necessità di un monitoraggio più serrato con i Dipartimenti e le UU.OO. ad essi afferenti, al fine di verificare periodicamente l'andamento delle attività, nonché le criticità che dovessero emergere nel corso del 2022.

Da qui la definizione della Direttiva annuale del Direttore Generale adottata con delibera 107/22 a cui occorre aggiungere che l'ipotesi di una rivisitazione degli obiettivi, in corso di anno 2022, comporterà una rielaborazione dell'impianto della performance, per rendere lo stesso compatibile con le nuove previsioni.

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, 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 ed alle misure di sicurezza a cui si è fatto ricorso, ha imposto necessariamente un mutamento della prospettiva di valutazione. Ciò è stato particolarmente pressante nel 2020, mentre per il 2021, l'andamento della produzione (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) sulla base dei dati del bilancio consuntivo provvisorio, evidenziano una minore flessione e quindi una decisa ripresa delle attività. Pertanto si è individuata quale logica premiale quella qualitativa unita ad un ponderato contenimento dei costi per ogni Unità Operativa in funzione della produzione realizzata.

Sarà assicurato il coordinamento delle attività Aziendali in tema di monitoraggio del bilancio, in funzione di una corretta rendicontazione dei costi e/o minori ricavi aziendali in conseguenza del Covid-19. Si aggiunga che non verrà perso di vista l'obiettivo del prosieguo del percorso per la certificabilità del bilancio e l'adempimento del Sistema Contabile integrato Regionale (SIAC) che risulta avviato dal mese di gennaio 2022.

Saranno dunque monitorate ed implementate tutte le attività finalizzate ad una sempre maggiore digitalizzazione delle attività con progetti già avviati, che nel corso del 2022 troveranno piena realizzazione; tali attività hanno visto impegnate a vario titolo unità operative per la digitalizzazione della cartella clinica, per l'area sanitaria, e per la formazione del fascicolo documentale elettronico per l'area PTA. In particolare nel 2022 si punterà alla piena attuazione in linea con le indicazioni Regionali per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per l'adeguamento al CUP Regionale.

Sarà assicurato il coordinamento del ciclo della performance e del relativo processo di valutazione del personale (dirigente e di comparto), con attenzione alla evoluzione linee guida in materia tenendo conto, come per le restanti attività, di indicazioni nazionali e regionali.

La prospettiva per il 2022 prevede dunque, un primo orizzonte temporale ancora segnato dalla necessità di gestire la diffusione della pandemia in quanto alla luce dei nuovi DPCM il termine dello stato emergenziale viene fissato 31-3-2022, auspicando la possibilità di proseguire successivamente con contrattazione di budget con le singole unità operative al fine di definire linee programmatiche nonché soluzioni organizzative proposte finalizzate ad un implemento delle attività cliniche.

L'attività di supporto finalizzata a implementare ulteriormente l'utilizzo all'interno dell'Azienda e l'erogazione dei servizi resi a singoli utenti, passa attraverso l'uso delle tecnologie ICT (Information and Communications Technology), in modo da garantire la massima partecipazione e semplicità ai procedimenti amministrativi e nel rispetto del diritto di accesso agli atti, in attuazione del Codice dell'amministrazione digitale. In tal senso verranno potenziate le attività per garantire l'interazione con l'utenza attraverso il portale aziendale. L'Azienda, inoltre, darà ulteriore impulso alle iniziative finalizzate al miglioramento della comunicazione interna, attraverso gli strumenti del web (communication e collaboration), contribuendo alla diffusione della missione dell'Azienda in modo da rafforzare il senso di appartenenza e stimolare il personale a partecipare proficuamente all'azione.

IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

Il DM 12 marzo 2019, pubblicato nella G.U. n. 138 del 14.6.2019 ed in vigore dal 01.01.2020, configura il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure.

Il NSG promuove la coerenza tra l'attività nazionale di monitoraggio e di verifica e i sistemi di valutazione intraregionale, favorendo le attività di audit e gli interventi conseguenti, adottati dalle Regioni e dalle Province Autonome, individuati come necessari al miglioramento dell'erogazione dei LEA, come previsto dagli articoli 10, comma 1, e art. 14 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e/o integrazioni.

Il Sistema incentiva il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata attraverso la pubblicazione e il confronto annuale delle misure e dei valori dei singoli indicatori, tra le diverse Regioni e Province autonome e, nel tempo, secondo le modalità di monitoraggio, valutazione e pubblicazione individuate dallo stesso DM in oggetto e prevede, altresì, il monitoraggio e la

valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, la misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure e una specifica attenzione all'equità geografica e sociale all'interno e tra le Regioni.

Il NSG si articola in un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di Assistenza (Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Distrettuale, Ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali che riguardano molteplici livelli di assistenza.

L'allegato I del citato Decreto, riporta l'elenco degli 88 indicatori del Sistema di Garanzia, così suddivisi:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei (PDTA).

All'interno del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è stato individuato (DM 12 marzo 2019, art. 5, comma 2) un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso:

- il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenuto conto dell'andamento temporale;
- un punteggio per indicatore, secondo una scala definita di valori;
- un risultato globale regionale che indica entro quale soglia deve ritenersi garantita l'erogazione dei LEA;
- un risultato globale nazionale, che permette di monitorare il Paese nel tempo e di confrontarlo con altre realtà a livello internazionale.

Il sottoinsieme su cui si basa la sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA è formato da un set valutativo di 22 indicatori, definiti "CORE" che sostituisce la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020, suddivisi nelle tre aree di assistenza (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera). I restanti indicatori, non rientranti nella sperimentazione, sono detti "NO CORE".

Per l'Azienda Ospedaliera di seguito gli indicatori CORE che concorrono al monitoraggio:

H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
H05Z - Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture 1.000 parti e oltre all'anno

A ciascun indicatore corrisponde una funzione continua di valori. Per ciascun indicatore, alle Regioni e le Province Autonome cui non corrisponda l'assolvimento del debito informativo necessario al relativo calcolo, è assegnato un valore pari a 0. Se l'indicatore è rappresentato da una variabile aleatoria, a ciascuna regione corrisponderà una stima puntuale e uno specifico intervallo di confidenza di valori; in caso contrario corrisponderà un valore puntuale. Infine, la valorizzazione degli indicatori tiene conto del relativo andamento temporale.

Per ciascun indicatore CORE è definita una funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcola un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia dell'indicatore. La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo. In ogni caso, il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza.

I criteri di penalità/premialità sono individuati attraverso lo studio della variabilità temporale e territoriale degli indicatori. Il punteggio complessivo dell'area di assistenza è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è espresso in un punteggio compreso tra 0 e 100.

Affinché la Regione sia adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione. Sulla base degli esiti della sperimentazione si possono distinguere le Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono.

Obiettivi del Direttore Generale

Di seguito l'esposizione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale con la delibera di nomina del 2019, uniti con la rimodulazione degli obiettivi prestazionali dal punto di vista valutativo circa le attività necessarie per fronteggiare la fase emergenziale. Gli stessi potranno essere oggetto di revisione da parte degli Organi di Governo (Nazionali e Regionali).

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	PERCENTUALE 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

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
	Ripresa delle attività in funzione delle indicazioni dell'UDC REGIONALE	attivazione degli obiettivi in funzione delle indicazioni contenute nelle circolari regionali di volta in volta emanate in funzione dell'andamento della situazione emergenziale

Gli obiettivi sopra indicati sono quelli, si ripete assegnati in fase di nomina al Direttore Generale: alcuni di essi sono raggiunti (adozione del nuovo Atto Aziendale a cui segue la relativa attuazione). Occorre sottolineare che per tutta la fase emergenziale (2020 e 2021 con frequenti oscillazioni) il criterio valutativo è stato prevalente non essendo perseguibile una ponderazione delle attività connesse alla produttività; ai fini quantitativi si è puntato ad una valutazione sul contenimento dei costi.

Infine si tenga in debito conto il monitoraggio connesso agli indicatori CORE del N.S.G.

OBIETTIVI STRATEGICI PER L'ANNO 2022

Di seguito gli obiettivi strategici per l'anno 2022 declinati e descritti secondo le premesse del presente aggiornamento di Piano della Performance.

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 di Emergenza Covid, e per la ripresa auspicata con il presente piano, 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 la ripresa delle prestazioni da erogate, con il recupero delle prestazioni non erogate a causa del blocco emergenziale. Si terrà in debito conto, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo la necessità di operare una scrematura delle tipologie di prestazioni che non verranno erogate dall'AORN Moscati in quanto di competenza prettamente territoriale, anche alla luce della nuova organizzazione prevista dall'atto Aziendale in vigore. Pertanto unitamente alla ripresa delle attività di ricovero ed ambulatoriali, particolare attenzione verrà prestata all'utilizzo della Telemedicina, in linea con le indicazioni Regionali, affinché i pazienti possano trovare risposte ai bisogni assistenziali attraverso l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche dedicate.

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".

L'Azienda al fine di perseguire l'obiettivo del recupero delle liste di Attesa, così come disposto con DGRC 620/2020 integrata dalla successiva DGRC 353/21, proseguirà sulla base delle indicazioni regionale un piano operativo di recupero liste di attesa relativamente alle attività in elezione e alla specialistica ambulatoriale anche per il 2022, compatibilmente con il residuo dei fondi assegnati con il finanziamento Regionale del 2020 e non utilizzati nel 2021. L'effettivo recupero di tali liste di attesa, costantemente monitorato, sarà oggetto di valutazione ai fini della performance e della relativa erogazione di risultato.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

CORRETTA CODIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE E DELLE SDO, RISPETTO DELLA TEMPISTICA PREVISTA PER IL COMPLETAMENTO E TRANSIZIONE AL DIGITALE

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.

Nell'ambito del percorso di dematerializzazione del contenuto della cartella clinica, la Direzione Strategica ha avviato le attività necessarie affinché il documento possa essere firmato digitalmente, così da consentire la validazione finale per il rilascio della stessa a cristallizzazione e storicizzazione dell'intero processo, nonché conservazione sostitutiva ai sensi della vigente normativa.

Tale percorso avviato nel corso del 2021 per alcune UU.OO. (medicina interna, urologia, anestesia e rianimazione, cardiologia) ,necessita di un aggiornamento dell'attuale modello di organizzazione interna. In particolare è necessario che le consulenze richieste tra i reparti (si pensi agli ECG, ed altre indagini effettuate) vengano gestite unicamente all'interno del sistema informativo in uso a partire dalla richiesta, all'inserimento dell'indagine strumentale (acquisita

tramite scanner nei casi in cui la strumentazione non abbia una interfaccia con il detto sistema informatico, per cui viene richiesta la consulenza, fino alla fase di refertazione.

Tale percorso si ricorda essere in linea con :

- la legge 24/2017 (Bianco/Gelli) in ordine al rilascio della copia della cartella preferibilmente in formato elettronico
- i risvolti in termini medico-legali
- la valutazione della performance (il presente obiettivo strategico 3).

Infine l'adeguamento alle indicazioni per la creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e per l'attuazione del CUP Regionale, rappresentano il completamento delle attività relative alla transizione digitale.

OBIETTIVO OPERATIVO

La Direzione Medica di Presidio provvederà in modo puntuale e tempestivo a relazionare periodicamente alla Direzione Sanitaria (oltre che verificare costantemente l'azione dei reparti), o su richiesta della stessa, 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
- partecipazione alle attività di controllo di qualità.

Il SIA provvederà a monitorare e supportare le UU.OO. per il processo di transizione al digitale, adempiendo anche agli aspetti relativi alla creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e all'attuazione del CUP Regionale.

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

Dopo aver avviato nel 2020, il nuovo modello organizzativo dei PACC di tipo medico in concomitanza con l'attivazione di altri PACC Chirurgici a cura della UOC DMPO, tali attività sono proseguite nel corso del 2021 (di cui il presente documento formale aggiornamento della programmazione triennale) e costituiscono obiettivo in incremento per il corrente piano.

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 carico 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. Nell'ambito degli obiettivi di standard di qualità assistenziali, 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 ha inteso perseguire la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e palliative anche in ambito pediatrico.

Nonostante la fase emergenziale che ha caratterizzato il corso del 2020, l’Azienda Ospedaliera è riuscita a garantire attraverso protocolli di sicurezza gli interventi assistenziali sia ambulatoriali che chirurgici indifferibili ai pazienti oncologici. La prosecuzione di tale attività ed il normale svolgimento, ha caratterizzato il 2021 e costituisce obiettivo anche per il 2022.

Il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Rete Oncologica Campana per garantire elevata qualità della cura e delle prestazioni sanitarie, passa attraverso la definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che garantiscano ai pazienti oncologici multidisciplinarietà e interventi tempestivi ed adeguati, ma anche una migliore allocazione delle risorse, grazie a supporto della Rete e razionalizzazione dell'uso di tecnologie ad alta complessità, oltre ad assicurare un confronto sempre aperto e diretto tra le parti coinvolte nella ricerca di nuove procedure cliniche di documentata efficacia.

Inoltre, presso la struttura di Oncologia nell’ambito del Dipartimento Onco-Ematologica, viene garantito il sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, attraverso specifici percorsi a cura di personale specializzato, che si intende far confluire nel più ampio disegno di psicologia clinica a supporto dell’intera rete ospedaliera.

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 STEMI	MINIMO 60%
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 notoriamente un blocco e un rallentamento negli ultimi 2 anni dei ricoveri per l’elezione chirurgica. Pertanto la UOC DMPO in collaborazione con la UOC Programmazione e Controllo di Gestione , porrà in essere azioni di monitoraggio per comprendere quali volumi di attività possano essere recuperati (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) così da definire delle negoziazioni con i singoli Dipartimenti, tenuto conto delle indicazioni collegate al NSG.

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 negli ultimi 2 anni.

Sulla base dei dati aziendali per l'anno 2021, si sono registrati circa 33.140 accessi al PS dell'AORN, di cui afferenti al settore neonatale e pediatrico ca. 3500, ed afferenti al settore ostetrico ginecologico ca. 3300; in riferimento agli accessi covid si sono registrati ca. 1000 accessi con diagnosi sars covid-19, di cui 800 ca. seguiti da ricovero.

La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione adeguata a garantire una risposta flessibile al mutare delle esigenze assistenziali sul territorio, sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della a volte insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza.

Prima della pandemia da Covid-19 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. Occorre evidenziare come l'abituale casistica del Pronto Soccorso è diminuita notevolmente soprattutto in relazione ai codici di minore gravità. 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, ad una presa di coscienza dell'utenza rispetto al servizio di PS se non per problemi davvero rilevanti. Superato il periodo critico della pandemia questo atteggiamento comincia ad allentarsi, e conseguentemente gli accessi in PS aumentano. Di qui la necessità di una riorganizzazione costante e continua di spazi e percorsi in PS ed in Ospedale.

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, con la necessaria flessibilità connessa alla variabilità dell'epidemia COVID.
- riorganizzazione costante e continua di spazi e percorsi in PS ed in Ospedale per consentire il corretto flusso dei pazienti nell'ottica di una risposta sempre più precisa e puntuale alle esigenze del territorio servito.

OBIETTIVO STRATEGICO 7

DGRC 305/2021 Attuazione dell'Atto Aziendale

La D.G.R.C. 201 del 19/5/2021, ha preso atto della necessità di rimodulare l'offerta assistenziale nell'ambito della rete regionale ospedaliera – macro area delle Province di Avellino e Benevento programmata con il DCA 103/2018, rispetto a quanto previsto per l'AORN Moscati di Avellino al fine di ulteriormente migliorare l'offerta assistenziale, e ridurre la migrazione sanitaria.

La stessa D.G.R.C. 201/2021 dispone che il Direttore Generale dell'AORN San Giuseppe Moscati di Avellino dovrà provvedere entro il 30 giugno 2021 alla riadozione dell'Atto Aziendale, con contestuale revoca di qualunque atto o disposizione in contrasto con lo stesso provvedimento.

Con Delibera n.689 del 29/6/2021 si è provveduto al termine del previsto iter, alla riadozione dell'atto aziendale con trasmissione alla Regione Campania degli atti per l'approvazione della stessa ed infine la DGRC 305 del 14/7/2021 ha approvato la deliberazione appena citata e il suo contenuto.

L'Azienda ha ricevuto indicazioni Regionali per la predisposizione di un nuovo atto aziendale, che potesse recepire tra l'altro le innovazioni disposte nella DGRC 378/2020 ad oggetto "ADOZIONE PIANO DI RIORGANIZZAZIONE /POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' IN REGIME DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA E IN AREE DI ASSISTENZA AD ALTA INTENSITA' DI CURA DELLA REGIONE CAMPANIA", finalizzata ad incrementare i p.l. di terapia intensiva e a rimodulare l'offerta dell'assistenza ospedaliera.

Nell'ambito di tale riorganizzazione sono stati avviati i lavori per la rifunzionalizzazione del PO Landolfi di Solofra come descritto nel nuovo atto aziendale.

Per cui l'intero assetto organizzativo è in fase dinamica: il personale tutto viene utilizzato in maniera flessibile ed ottimale in funzione delle attività in cantiere. Da qui lo spostamento di parte delle attività presso la Città Ospedaliera di Avellino, compresa il Servizio di Psichiatria nelle more del completamento dei lavori.

Lavori che interesseranno per tutto il 2022 anche la stessa Città Ospedaliera, allorché alcune delle attività verranno riallocate a Solofra come previsto dal nuovo Atto Aziendale.

Infine la stessa Palazzina attualmente dedicati ai pazienti Covid, è in parte utilizzata per ospitare nelle more dei lavori, il suddetto SPDC e compatibilmente con la fase emergenziale e con i lavori previsti, potrà ospitare la originale destinazione per attività libero - professionale intramuraria in favore e su libera scelta dell'assistito pagante.

A tale proposito occorre precisare che quanto pianificato rappresenta una configurazione potenziale, atta a fornire la risposta massima dell'Azienda sia alla emergenza ancora in corso, sia all'ottimizzazione degli spazi per una adeguata risposta assistenziale. Ciò è il risultato anche di un percorso per addivenire ad un modello organizzativo flessibile che si adegua all'impatto derivante dalle diverse fasi epidemiologiche, nonché ai processi di riorganizzazione strutturale.

OBIETTIVO STRATEGICO 8

Attivazione ed attuazione del SIAC

Un nuovo gestionale ERP SAP per la Sanità Pubblica della Regione Campania, il SIAC: il Sistema Informativo Amministrativo Contabile che ha portato alla progressiva realizzazione di una piattaforma regionale centralizzata finalizzata a:

- monitoraggio e controllo della spesa, basato sull'integrazione dei dati gestionali e contabili;
- monitoraggio in tempo reale dei dati contabili ed extracontabili delle aziende sanitarie;
- controllo delle variabili chiave a livello aziendale e regionale (fabbisogni, consumi, debito, flussi finanziari);
- uniformità dei processi, strutture contabili e anagrafiche utilizzate dalle aziende del SSR, al fine di realizzare la certificabilità del bilancio;
- gestione di una banca dati unificata di materiali (farmaci e dispositivi medici), fornitori, clienti, ecc..

L'Azienda Moscati con l'impegno e lo sforzo di tutte le unità sia tecnico amministrative che medico - sanitarie (gestione delle richieste e magazzini) sono coinvolte dal 1.1.2022 nell'attivazione ed attuazione del Sistema Contabile al fine di integrare la gestione amministrativo contabile a quella delle altre Aziende del SSR nell'ottica di un coordinamento regionale teso a :

- uniformare i processi di tutte le aziende del SSR in modo da renderli confrontabili e compatibili con la certificabilità del bilancio;
- ottenere il monitoraggio diretto e immediato delle aziende sanitarie da parte della Regione Campania;
- consentire la gestione centralizzata degli acquisti di beni sanitari al fine di ottenere la diminuzione della spesa.