



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
2021

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.
- 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.

Stante il periodo emergenziale determinato dalla pandemia da Sars-Cov-2 non è stato possibile assegnare obiettivi specifici prestazionali alle UU.OO. Aziendali, ponendosi ad oggi quale obiettivo preminente la gestione dell'emergenza nonché la gestione della campagna vaccinale in ottemperanza ai dettati regionali; la verifica del raggiungimento degli stessi 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 viene scomposto in obiettivi annuali secondo una logica di scorrimento. Le finalità della performance 2021 sono state precisate tenendo conto di un orizzonte temporale più circoscritto che ci vede ancora impegnati a fronteggiare la pandemia, pertanto la Direzione Strategica nel condividere le linee programmatiche con il Collegio di Direzione, nella seduta del 04/01/20, ha convenuto sull'opportunità di individuare obiettivi qualitativi, mentre la valutazione degli obiettivi quantitativi verrà effettuata tenendo conto dell'effetto Covid legato alla contrazione delle attività istituzionali.

Gli obiettivi delle strutture della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa (oggetto di specifica definizione) devono comprendere sia il necessario supporto ai reparti e servizi per la realizzazione delle finalità descritte, sia finalità specifiche come:

- controlli sistematici 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);
- verifica della produzione sanitaria e costante monitoraggio del rispetto dei tetti di spesa previsti per le voci di costo nell'ambito delle risorse assegnate con il riparto del FSR;
- controlli 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).
- 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.

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

	DMPO	FARMACIA	Medicina preventiva e radioprotezione	Gestione rischio clinico	Privacy e Medicina Legale ALPI, Liste di attesa e Gestione Prenotazioni	Fisica Medica
Obiettivi Strategici ed Operativi (AREA Sanitaria)						
Adempimenti in materia di Anticorruzione e trasparenza	X	X	X	X	X	X
Completamento delle procedure ed avvio attività di delibere e determine digitali	X		X	X	X	
Attività finalizzate alla garanzia della privacy	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 differenziati in funzione 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				
Monitoraggio fornitura e distribuzione alla UUOO dei DPI secondo le indicazioni di fabbisogno fornite dalla DMPO		X				
Costante aggiornamento di protocolli operativi per il corretto uso dei DPI e sorveglianza sanitaria			X			

Costante monitoraggio dei dipendenti sospetti Covid Positivo.			X						
Campagna vaccinale e monitoraggio con il supporto della UOS Rischio Clinico			X	X					
Monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei dipendenti attraverso esecuzione TNF			X						
Implementazione PDTA e conseguente certificazione di qualità	X			X					
Monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali				X					
Monitoraggio dell' applicazione dei protocolli operativi di accesso ordinario e straordinario alla sala settoria;							X		
Contributo all' attività epidemiologica post mortem Covid positivo;							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
Attivazione della gestione prenotazioni presso le farmacie del territorio a seguito accordo con Federfarma Avellino									X
Valutazioni dosi per esposizione pazienti a radiazioni ionizzanti;									X
Monitoraggio dei collaudi per le attrezzature a radiazioni ionizzanti									X
Revisione del regolamento rischio radiologico nell'ambito della Commissione a ciò deputata.									X

Di seguito gli obiettivi strategici ed operativi dell'AREA PTA, che vanno ad unirsi all'obiettivo n.7 specifico in ordine alle materie di anticorruzione e trasparenza, in ottemperanza alla deliberazione n.18/SEZAUT/2020/INPR contenente "linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza Covid-19".

Obiettivi Strategici ed Operativi (AREA PTA)	Affari Generali	Affari Legali	PPC	SEF	GRU	Tecnico Manut. e Patr.	Form. E Agg	URP	SIA	Provveditorato
Adepiamenti in materia di Anticorruzione e trasparenza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verifica ed attuazione di un piano di lavoro agile per il personale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Completamento delle procedure ed avvio attività di delibere e determine digitali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Completamento ed implementazione delle procedure di protocollo informatico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività finalizzate alla garanzia della privacy	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aggiornamento e adeguamento del portale aziendale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisione delle convenzioni con altre Aziende /Enti in particolare completamento attività convenzionata Federfarma	X									
Avvio del software per la gestione del contenzioso integrato con il processo telematico		X								
Revisione delle pratiche in essere di contenzioso al fine di ridurne l'entità a beneficio del bilancio aziendale		X								
Gestione del contenzioso COVID		X								
Implementazione dell'UGS		X								

Implementazione del DCA 67/2019 e delle procedure di monitoraggio dei budget aziendali			X	X						
Monitoraggio delle attività periodo COVID			X	X						
Implementazione di un sistema di monitoraggio delle spese per la fase COVID			X	X						
Revisione delle partite di bilancio in vista dell'avvio del SIAC				X						
Gestione rendicontazione COVID				X						
Gestione delle procedure concorsuali a seguito della fase emergenziale					X					
Tempestiva revisione dei fondi aziendali e corretto monitoraggio alla luce della fase emergenziali					X					
Gestione procedure per concorso cpsi					X					
Applicazioni degli aggiornamenti al contratto collettivo per la dirigenza medica e PTA					X					
Attività relative all'avvio e prosecuzione dei lavori ex art. 20 legge 67/88 e lavori DGRC 378/2020 (Covid)						X				
Completamento delle attività di acquisizione di tecnologie e riorganizzazione aziendale per il prosieguo della fase emergenziale						X				
Aggiornamento della ricognizione inventariale relativo ai beni acquistati per fronteggiare l'emergenza						X				
Implementazione delle attività formative in modalità a distanza							X			
Incremento dei corsi di aggiornamento per la gestione della fase emergenziale ed in materia di anticorruzione e trasparenza e privacy							X			
Riorganizzazione delle modalità di conferimento incarichi di insegnamento							X			
Implementazione delle procedure per il monitoraggio delle attività di comunicazione al paziente in modalità a distanza								X		
Revisione dei rapporti con gli Enti Universitari in fase emergenziale							X			
Digitalizzazione dei procedimenti amministrativi ed avvio delle fasi per la creazione del relativo fascicolo	X								X	
sicurezza del networking									X	
Completamento delle attività di adeguamento connettività geografica e di rete locale									X	
Completamento delle procedure di acquisti relativi alla fase emergenziale direttamente o tramite gli Enti impegnati nell'emergenza										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

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 e tempestività e potranno trovare applicazione su un periodo ampio quale il triennio 2020-2022.

OBIETTIVI SPECIFICI FASE EMERGENZIALE

Per la gestione dello stato emergenziale la Direzione strategica è già intervenuta con la delibera n. 313 del 25.03.20 con la quale, nel cristallizzare l'emergente 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 .

Tali attività sono proseguite per tutto il 2020, e nell'attesa che l'evoluzione della situazione pandemica, grazie anche alla raccolta di ulteriori informazioni e dati necessari per il miglioramento della macchina organizzativa, unitamente alla campagna vaccinale, possa consentire un rientro alla normale gestione degli obiettivi prestazionali si ipotizza per il corrente 2021, un mantenimento di tali obiettivi e standard per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività aziendali.

Di seguito l'esposizione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale uniti con la rimodulazione degli obiettivi prestazionali , dal punto di vista valutativo circa le attività necessarie per fronteggiare la fase emergenziale.

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

Occorre il caso di sottolineare che per tutta la fase emergenziale (caratterizzata per tutto il 2020 da frequenti oscillazioni) il criterio valutativo sarà esclusivamente qualitativo non essendo perseguibile una ponderazione delle attività svolte alla luce della produttività; ai fini quantitativi si potrà solo procedere a una valutazione sul contenimento dei costi. Infatti l'esperienza 2020 ha mostrato come 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 è individuata già per il 2020 quale logica premiale quella qualitativa unita ad un ponderato contenimento dei costi per ogni Unità Operativa in funzione della produzione realizzata. Tale criterio si ritiene, al momento, ipotizzabile per il corrente anno 2021.

OBIETTIVO OPERATIVO: PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, ha emanato le linee guida per l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

Le norme che ad oggi regolano il lavoro agile nella PA sono il DM Funzione Pubblica 23.12.2020 e il d.l. 183/2020 (milleproroghe). Il primo, fa slittare fino al 31.1.2021 gli effetti del DM 19.10.2021: si

tratta della possibilità di regolare il lavoro agile senza il POLA (piano organizzativo del lavoro agile), sulla base di azioni organizzative della dirigenza. Il secondo, all'articolo 19, rubricato "Proroga dei termini correlati con lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19", al comma 1 dispone: "I termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato 1 sono prorogati fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e comunque non oltre il 31 marzo 2021, e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente". L'Allegato 1, al n. 32, indica tra le norme prorogate come sopra (alternativamente fino alla cessazione dello stato di emergenza o al massimo fino al 31/3/2021) l'articolo 263 del d.l. 34/2020.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano" (percentuale che non richiede l'adozione obbligatoria del POLA per la AORN, ma che necessita di una modulazione richiesta ad ogni singola UO).

Ciò premesso è evidente che i dirigenti, quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi siano chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

La progressività e la gradualità dello sviluppo del lavoro agile è rimessa alla singola Azienda, che deve programmarne lo sviluppo tramite un atto ufficiale denominato "POLA", da articolare attraverso le fasi descritte nel documento del Dipartimento della Funzione Pubblica. Tale strumento, si precisa ha valenza prevalentemente per l'area amministrativa, ed in misura limitata per alcuni settori sanitari (in particolare per le attività di teleconsulto, telefertazione e televisita).

Restano ferme le competenze in ordine agli indicatori di efficacia ed efficienza che devono essere misurati dai sistemi di controllo di gestione. L'adozione di modalità di organizzazione del lavoro flessibile sulle performance può essere divisa in alcuni filoni prevalenti: un primo afferisce al legame con la performance organizzativa; un secondo esamina il legame con la performance individuale dei lavoratori di un'organizzazione.

Al fine di individuare indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance quali lo stato di implementazione organizzative e relativa digitalizzazione, il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali nell'ambito degli obiettivi di ciascuna struttura, il riferimento del lavoro agile nella scheda obiettivi già in adozione presso l'AORN, è contenuto alla voce flessibilità.

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 inappropriatezza;
- il rispetto delle percentuali di ricovero ammissibili in regime ordinario per i DRG individuati "a rischio di inappropriatezza".

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 perdurante di 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 quanto di competenza prettamente territoriale. 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".

<p style="text-align: center;">OBIETTIVO STRATEGICO 3 CORRETTA CODIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE E DELLE SDO, NONCHE' RISPETTO DELLA TEMPISTICA PREVISTA PER IL COMPLETAMENTO</p>

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 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.

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, compatibilmente con la fase emergenziale 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 proseguiranno nel corso del 2021 (di cui il presente documento formale aggiornamento della programmazione triennale).

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. 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.

La fase emergenziale che ha caratterizzato il corso del 2020, ha causato in larga parte una riduzione dell'assistenza ai malati oncologici: in controtendenza, 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, costituiscono obiettivi per il 2021.

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
ANGIPLASTICA 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 un noto blocco dei ricoveri per l'elezione chirurgica. Pertanto sarà cura della UOC Controllo di Gestione , porre in essere azioni di monitoraggio per comprendere quali volumi di attività possano essere raggiunti nonostante gli ostacoli alle attività elettive (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) che potranno impattare anche sul 2021.

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. Sulla base dei dati storici si rileva come ogni anno accedano 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; tale dato ha subito una fisiologica riduzione nel periodo del maggiore impatto pandemico per effetto anche delle restrizioni che hanno imposto una chiusura generalizzata. 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, al timore dei cittadini di avvicinarsi ai 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 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. Dovendo garantire sicurezza ed efficienza, gli attuali protocolli che sono stati rafforzati ed implementati per garantire il superamento della fase emergenziale, 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 continueranno ad 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-
- Ristrutturazione degli spazi da destinare al P.S. 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

Anticorruzione e Trasparenza: linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza Covid-19

La deliberazione n.18/SEZAUT/2020/INPR contenente "linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza Covid-19", evidenzia la necessità di attivare controlli su alcune aree Aziendali, adeguandoli al contesto specifico dell'organizzazione durante la fase emergenziale tutt'ora in corso.

La vigilanza sull'argomento e la valutazione sui controlli, è demandata ai Collegi Sindacali delle Aziende.

Con la deliberazione contenente le citate linee di indirizzo vengono attivati numerosi alert che di tra cui:

- l'esigenza di garantire le modalità di lavoro in sicurezza con fornitura dei previsti dispositivi di sicurezza ed attivazione del lavoro agile;
- l'esigenza di rivedere gli obiettivi di gestione (dunque di performance, già previsti nel piano adottato con deliberazione n.771/2020);
- l'obiettivo di contemperare il lavoro agile con la performance aziendale;

- monitorare l'equilibrio economico finanziario compatibilmente con le implicazioni di produzione e finanziamento regionale;
- l'esigenza di spingere sulla digitalizzazione in ambito aziendale;
- le procedure di approvvigionamento, siano conformi alle fattispecie previste dalla legislazione emergenziale.

Le linee guida in questione individuano tra l'altro in particolare le seguenti aree di monitoraggio:

- l'impatto dell'emergenza sull'assistenza sanitaria ordinaria: l'indagine dovrà tendere a stabilire sul piano quantitativo gli effetti sull'erogazione dei servizi e sugli equilibri di bilancio, anche in una prospettiva di medio/lungo periodo;
- i costi sostenuti per l'emergenza sanitaria, nonché l'efficacia e l'efficienza della spesa destinata all'emergenza Covid-19
- governo del personale (individuare e spiegare le ragioni della politica assunzionale e dell'entità del costo del personale)
- governo degli acquisti di beni e servizi. L'attività dovrebbe concentrarsi sui differenti processi di acquisto messi in campo dall'Azienda (Centri di committenze, forniture dell'unità di crisi Regionale, acquisti in autonomia) unitamente alla regolarità ed efficienza del processo di approvvigionamento.
- "MISURE DI TUTELA DEI DIPENDENTI DAL RISCHIO BIOLOGICO DA COVID-19 " a cura del R.S.P.P. relazionare circa i principali provvedimenti e circolari inerenti la sicurezza sui luoghi di lavoro, già realizzate finora.
- "LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO IN CONSEGUENZA DEL COVID-19" in termini di corretta raccolta, gestione e analisi delle variabili riguardanti il rischio sanitario (risk management).

Sulle funzioni di competenza del Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, in termini di monitoraggio si rimanda a quanto sopra indicato, quale obiettivo specifico per il 2021.