



AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI
Monaldi-Cotugno-CTO
Sede: Via Leonardo Bianchi
80131 NAPOLI

Servizio proponente: UOC Programmazione e Controllo di Gestione

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n° 86 del 01/02/2022

**OGGETTO: Piano della Performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024
- Approvazione**

Il Direttore Generale
Dott. Maurizio Di Mauro



AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI
Monaldi-Cotugno-CTO
Sede: Via Leonardo Bianchi
80131 NAPOLI

Servizio proponente: UOC Programmazione e Controllo di Gestione

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Piano della Performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024 - Approvazione

REGISTRAZIONE CONTABILE

- Il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico dell'Azienda
- Il presente provvedimento comporta oneri diretti a carico dell'Azienda

Il Direttore dell'U.O.C. UOC Programmazione e Controllo di Gestione

Visti il D. Lgs.vo 30/12/1992 n.502 e sue successive modificazioni ed integrazioni;

- il D.lgs. 27/10/2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e, in particolare, l’art. 10 dello stesso con il quale si stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche devono redigere, nell’ambito dello sviluppo del Ciclo della Performance, un documento programmatico triennale, da aggiornare annualmente, denominato “Piano della Performance”, da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, in cui definire gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi nonché il sistema di misurazione;
- il Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- il D.lgs. 30/03/2001, n. 165 in materia di “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e s.m.i.;

Atteso che in ossequio alla predetta normativa è necessario procedere all’aggiornamento annuale del documento programmatico triennale denominato Piano della Performance, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi aziendali e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse disponibili, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale, nonché gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori;

Dato atto che ad oggi continua a perdurare la situazione emergenziale legata alla pandemia di SARS-COVID-19, e che con DECRETO-LEGGE 24 dicembre 2021, n. 221 “Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell’epidemia da COVID-19”, Pubblicato in GU n.305 del 24-12-2021, lo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 è ulteriormente prorogato fino al 31 marzo 2022;

Considerato che la Direzione Strategica, con nota prot. AOC/0002175/2022 del 19/01/2022, ha formulato gli indirizzi strategici per l’elaborazione del PTPCT 2022/2024, al fine di assicurare maggiori livelli di trasparenza all’interno dell’organizzazione mediante un approccio sostenibile in termini organizzativi ed economici, anche tenendo conto dell’impatto che la gestione della Pandemia ha avuto dal 2021, ed avrà ancora nel 2022.

Visto l’aggiornamento per l’anno 2022 del Piano della Performance dell’Azienda Ospedaliera dei Colli per il triennio 2022-2024, predisposto allo scopo;

Considerato inoltre che il documento “Direttiva del Direttore Generale” per l’anno 2022, di cui ai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro del S.S.R. n. 14 del 30 novembre 2009 e n. 60 del 4 agosto 2011 e s.m.i., è contenuto nel Piano triennale della Performance, aggiornato per l’anno 2022 ed allegato quale parte integrante e sostanziale al presente atto;

Precisato inoltre che l’Organismo Indipendente di Valutazione ha espresso parere favorevole al predetto Piano, con il verbale n.2 del 01/02/2022, e ne ha condiviso i contenuti;

Ritenuto, pertanto, di adottare il Piano della Performance dell’A.O. dei Colli per il triennio 2022-2024, aggiornamento per l’anno 2022, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, e di procedere alla pubblicazione nell’apposita sezione della *homepage* aziendale denominata “Amministrazione Trasparente”, così come disciplinato dal D.L.gs. 33/2013 e s.m.i.;

Ritenuto che sussistono le condizioni per dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata e massima diffusione ai contenuti del Piano *de quo*, così da poter avviare il processo di negoziazione degli obiettivi di budget per l’anno 2022;

Attestata, sulla scorta dell'istruttoria effettuata, la regolarità tecnica e la legittimità della presente proposta di deliberazione;

Dichiarata, altresì:

- l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, ai sensi degli artt. 6, 7 e 14 del D.P.R. 62/2013 e dell' art. 6 bis della L. 241/90, nonché delle disposizioni del Codice di Comportamento aziendale e delle misure di cui al PTPCT vigenti;
- il rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati personali di cui al D.lgs. 30.06.2003, n. 196, come modificato ed integrato con D.lgs. 10.08.2018, n. 101, di recepimento del Regolamento (UE) 2016/679, ai fini della pubblicazione della stessa all'Albo Pretorio;

**propone
al Direttore Generale**

Per le causali in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte di:

- **approvare** il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera dei Colli per il triennio 2022-2024, aggiornamento per l'anno 2022 e Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2022, allegato al presente atto sub 1 per formarne parte integrante e sostanziale;
- **disporre** la pubblicazione dello stesso nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito *web* aziendale. così come prescritto dal D.lgs. 33/2013 e s.m.i.;
- **dichiarare** il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata e massima diffusione al Piano approvato mediante la sua pubblicazione sul sito *web* aziendale;
- **trasmettere** copia dello stesso a:
 - Direttori dei Dipartimenti aziendali;
 - Direzioni Mediche di Presidio;
 - U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione;
 - UU.OO.CC. dell'Area Amministrativa, Professionale e Tecnica (APT);
 - Presidente e Componenti Organismo Indipendente di Valutazione;
 - Collegio Sindacale;

**Il Direttore
U.O.C. UOC Programmazione e Controllo di Gestione
Dott. Alfredo Salvatore Amodio.**

IL DIRETTORE GENERALE

in virtù dei poteri conferitigli con D.P.G.R.C. n. 113 del 08/08/2019

(in BURC n. 19 del 09.08.2019)

Vista la proposta di deliberazione che precede;

Preso atto della dichiarazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente atto, resa e sottoscritta dal Direttore proponente a seguito dell'istruttoria effettuata;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le causali in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte:

- **APPROVARE** il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera dei Colli per il triennio 2022-2024,

aggiornamento per l'anno 2022, e Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2022, allegato al presente atto sub 1 per formarne parte integrante e sostanziale;

- **DISPORRE** la pubblicazione dello stesso nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale. così come prescritto dal D.lgs. 33/2013 e s.m.i.;
- **DICHIARARE** il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata e massima diffusione al Piano approvato mediante la sua pubblicazione sul sito *web* aziendale;
- **TRASMETTERE** copia dello stesso a:
 - Direttori dei Dipartimenti aziendali;
 - Direzioni Mediche di Presidio;
 - U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione;
 - UU.OO.CC. dell'Area Amministrativa, Professionale e Tecnica (APT);
 - Presidente e Componenti Organismo Indipendente di Valutazione;
 - Collegio Sindacale;

Il Direttore Sanitario
Dott. Pasquale Di Girolamo Faraone

Il Direttore Amministrativo
Avv. Giovanni De Masi

Il Direttore Generale
Dott. Maurizio di Mauro

Servizio proponente: UOC Programmazione e Controllo di Gestione

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n° 86 del 01/02/2022

**OGGETTO: Piano della Performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024
- Approvazione**

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente provvedimento è formato da n. pagine e n. allegati , è stato pubblicato all'Albo pretorio on-line di questa Azienda, ai sensi della Legge n. 69 del 18/06/2009, per 10 gg. consecutivi a decorrere dal **01/02/2022**

ed è divenuto esecutivo il **01/02/2022**

- il presente provvedimento è immediatamente esecutivo
- è pervenuto ex L.R. 52//94 al Collegio Sindacale il Prot.
- è stato notificato in data alle seguenti UU.OO.CC.

Il Responsabile del procedimento

Elenco firmatari

Questo documento è stato firmato da:

Amodio Alfredo - UOC Programmazione e Controllo di Gestione

Di Girolamo Faraone Pasquale - Direzione Sanitaria

De Masi Giovanni - Direzione Amministrativa

Di Mauro Maurizio - Direzione Generale

Girelli Pasquale - Ufficio Determine

Piano delle *Performance* 2022-2024

e

Direttiva Annuale del Direttore Generale per l'anno 2022

Indice

<i>Presentazione del Piano e della Direttiva Annuale del Direttore Generale</i>	3
Obiettivi assegnati al Direttore Generale	6
Caratteristiche degli Obiettivi aziendali	10
<i>Sintesi delle informazioni per i cittadini e gli altri stakeholders esterni</i>	14
Il contesto esterno di riferimento	14
Il quadro normativo nazionale di riferimento	14
Il quadro normativo regionale	15
L'Azienda Ospedaliera dei Colli	18
L'amministrazione	21
I risultati raggiunti	26
<i>Andamento obiettivi DGRC 365/2019 - Allegato A</i>	32
<i>ANDAMENTO OBIETTIVI DGRC 365/2019 – ALLEGATO B</i>	41
<i>Andamento Attività specialistica ambulatoriale 2019 - 2020</i>	48
<i>ANDAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO</i>	49
Le criticità e le opportunità	50
Mission	50
Vision	51
Valori e Qualità	52
<i>Analisi del contesto interno</i>	53
Dati di attività ed analisi delle performance clinico-assistenziali ed organizzative	53
Pronto Soccorso	53

Attività trapiantologica _____	54
Cambiamento nell'assetto assistenziale generale dell'Azienda. _____	56
SIAC (Sistema Informativo Amministrativo Contabile) e certificabilità dei bilanci _____	57
L'organizzazione _____	58
Organigramma Aziendale _____	61
Il Progetto di informatizzazione _____	64
La negoziazione di Budget _____	66
Le risorse umane _____	71
Il Codice di Comportamento _____	72
Sicurezza nei luoghi di lavoro _____	73
Gestione del Rischio Clinico _____	75
Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti _____	77
Albero della performance _____	77
Obiettivi strategici _____	79
Obiettivi e Piani Operativi _____	80
Obiettivi Individuali _____	82
Obiettivi Individuali legati alla progettualità del comparto _____	88
Risorse, Efficienza ed Economicità _____	90
Il Processo di redazione della Relazione sulla Performance e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance _____	91
Fasi, soggetti, tempi e responsabilità del processo di redazione del Piano _____	91
Punti di forza e punti di Debolezza del ciclo di gestione della performance _____	93
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio _____	93
Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance _____	94
Tabella Obiettivi Strategici _____	95
Tabella sulla valutazione individuale _____	98

Presentazione del Piano e della Direttiva Annuale del Direttore Generale

Il presente documento è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b), del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, del Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i.

Il Piano della *Performance*, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a) dello stesso Decreto:

1. è un documento programmatico triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
2. è aggiornato alle risultanze dell'atto Aziendale (modificato con deliberazione n. 197 del 31/10/2018) da parte della Regione Campania (avvenuto con Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dei disavanzi sanitari, n.15 del 3/3/2017) ed al conferimento degli incarichi delle strutture aziendali, oltre che alle modificazioni introdotte con le deliberazioni 921 del 18/11/2020, n. 926 del 19/11/2020 e la n.290 del 31/03/2021, al momento sospesa. La corretta identificazione delle strutture aziendali è fondamentale per consentire la corretta declinazione delle responsabilità dirigenziali legate al budget 2022.
3. è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio; a tale riguardo il documento è in linea con quanto indicato nel bilancio di previsione aziendale per l'anno 2022, approvato con la deliberazione n.1111 del 23/12/2021 e coerente con gli obiettivi economici previsti dal Piano di efficientamento redatto in conformità del Decreto Commissariale n. 102 del 30.09.2016
4. individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi; questi sono previsti in conformità con quanto riferito nei due punti precedenti.
5. definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il Piano delle *Performance* **costituisce e comprende la Direttiva Annuale del Direttore Generale** – o Piano Annuale delle Attività – per l'anno **2022** di cui ai Decreti del Commissario ad Acta della Regione Campania per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 14 del 30 novembre 2009 e n. 60 del 4 agosto 2011 e s.m.i.

La Direttiva annuale è lo strumento per la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, come contenuto necessario del presente documento di programmazione strategico-gestionale e del PTPCT, ai sensi dell'art.1, comma 8 della L. 190/2012.

In particolare la Direzione Strategica, con nota prot. AOC/0002175/2022 del 19/01/2022, ha formulato gli indirizzi strategici per l'elaborazione del PTPCT 2022/2024, al fine di assicurare maggiori livelli di trasparenza all'interno dell'organizzazione mediante un approccio sostenibile in termini organizzativi ed economici, anche tenendo conto dell'impatto che la gestione della Pandemia ha avuto dal 2020, ed avrà ancora nel 2022.

Il presente documento viene rilasciato nel mese di gennaio 2022 e necessariamente deve tener conto del perdurare della pandemia legata al virus SARS-COVID19, considerando che con DECRETO-LEGGE 24 dicembre 2021, n. 221 “Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19”, Pubblicato in GU n.305 del 24-12-2021, lo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 è ulteriormente prorogato fino al 31 marzo 2022.

La redazione del presente piano ha quindi tenuto conto di quanto premesso ed è strutturata in modo da comprendere e verificare le reali possibilità di azione compatibilmente con le limitazioni imposte dalla contingente situazione sanitaria regionale e nazionale nel corrente anno 2022.

Il Piano triennale contiene il cronoprogramma, vincolante almeno per l'esercizio corrente, in relazione al quale verrà poi redatta, presumibilmente entro il 30 maggio dell'anno successivo all'esercizio finanziario, la Relazione sulla *performance*.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*. In esso, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target*. Questi costituiscono gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

In tal senso l'attuale Piano delle Performance costituisce la **Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2022** - di cui all'art. 14 del Decreto legislativo 30 marzo 2011, n. 165 e di cui ai Decreti del Commissario ad Acta della Regione Campania per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 14 del 30 novembre 2009 e n. 60 del 4 agosto 2011 ed è redatto in stretto raccordo con:

- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n°1 del 09/08/2019, ad oggetto: “Immissione nelle funzioni di Direttore Generale dell'A.O. dei Colli a decorrere dal 09.08.2019 del Dr. Maurizio Di Mauro”, redatta a seguito della **D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019**, con la quale il Dott. Maurizio di Mauro è stato individuato quale Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli e gli sono stati assegnati gli obiettivi in seguito indicati;
- ✓ DCA 33/2016: Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015;
- ✓ DCA n. 69 del 27/09/2019 (di aggiornamento del DCA n. 6/2011 e del DCA n. 90/2018) "Nuove linee guida per i controlli sulle attività di ricovero";
- ✓ D.D. 17 del 17/04/2018 "Prestazioni di OBI - Individuazione del codice e relativo flusso informativo";
- ✓ DCA 38 del 10/05/2018 "Assistenza sanitaria ai cittadini UE, SEE, Svizzera e Paesi in convenzione. Procedura per la corretta registrazione delle prestazioni erogate"
- ✓ "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera Regionale ai sensi del DM 70/2015", del 28/12/2018
- ✓ DCA n. 21 del 05/03/2018. "Autocontrollo su prestazioni di ricovero e corretta compilazione SDO"
- ✓ D.D. n. 192 del 18/10/2017 "Procedure operative per la trasmissione e l'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali".
- ✓ Delibera Aziendale n 197 del 31/10/2018 di adozione dell'Atto Aziendale;
- ✓ Deliberazione aziendale n.921 del 18/11/2020 relativa a modificazioni dell'Atto Aziendale;

- ✓ Deliberazione aziendale 926 del 19/11/2020 relativa a modificazioni dell'Atto Aziendale;
- ✓ Deliberazione aziendale 477 del 31/05/2021 relativa all'approvazione della progettualità 2021 per il comparto;
- ✓ Piano triennale di prevenzione della Corruzione;
- ✓ D.Lgs. n. 81/08 in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro;
- ✓ Legge n. 24/2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- ✓ Legge n. 208/2015 (legge di stabilità), che il comma 539 recita: "tutte le strutture pubbliche e private attivino un'adeguata funzione di monitoraggio e di gestione del rischio sanitario" e che "la realizzazione di attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario (**risk management**) rappresenti un interesse primario che concorre assieme ad altri fattori ad assicurare il rispetto del principio della sicurezza delle cure";
- ✓ D.M. del 18 ottobre 2019 in materia di antincendio;
- ✓ Bilancio economico consuntivo;
- ✓ Bilancio economico preventivo.;
- ✓ Delibere della CIVIT (oggi ANAC) n.112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance"; n.6/2013 "Linee Guida relative al ciclo gestione della performance per l'anno 2013"; n. 89/2010 e n. 104/2010.

Obiettivi assegnati al Direttore Generale

Tutte le azioni messe in campo dall'Azienda devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi posti in capo al Direttore Generale, declinandoli secondo le competenze di ciascuno degli attori che agiscono nel processo.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, così come definiti dalla D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019, sono i seguenti:

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

Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'Azienda Sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza del Direttore Generale.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere c), d) ed e) costituisce, invece, grave inadempimento, sanzionabile ai sensi del comma 7, dell'art. 18, della legge regionale 4 novembre 1994, n. 32 e s.m.i.

La D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019, inoltre assegna al Direttore Generale anche i seguenti obiettivi specifici di natura preliminare:

- a) erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta **Griglia LEA**);
- b) - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) alla D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019 e dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;
- c) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- d) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;

La D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019, inoltre assegna al Direttore Generale gli ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B) della citata D.G.R.C., che ne forma parte integrante e sostanziale e precisa che il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di natura preliminare costituisce elemento di valutazione ai fini del giudizio di confermabilità nell'incarico, ai sensi comma 6, dell'art. 3 bis, D.L.vo del 30/12/92 n. 502 e s.m.i.

Di seguito si riportano gli allegati A) e B) alla D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019:

Allegato A) D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019

N.	Definizione	
1	1.1 Mantenimento per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2018	- Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380,381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.
	1.2 1 Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018.	- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x , 250.3x . Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.
2	2.1 Ridurre del 30% nell'arco l'intero mandato i ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018	Ricoveri anno 2018 = 5.344
	2.2 Ridurre del 20% nell'arco dell' intero mandato gli accessi di tipo medico rispetto all' anno 2018	Numero di accessi di tipo medico anno 2018= 23.101
3	Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario dell'anno 2018	Rapporto anno 2018= 0,16
5	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore >= 60,00%

Allegato B) D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici
NUMERATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
DENOMINATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery. Sono esclusi: I dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD)- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile).
RIFERIMENTO	> 25%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono inclusi solo i presidi pubblici . L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione . Codifiche ICD-9 CM ; codici di procedure da 00 a 86 Reparto di ammissione: a) chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia , 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) b) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia : selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: I trapiantati (DRG 103,302,480,481,495,512,513 Pancreas: intervento principale 528) I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento ; i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	1,4 giorni
FONTE	Sistema Informativo Sdo
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
NUMERATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
DENOMINATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario di riabilitazione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	<= 20%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Flussi informativi NSIS
DEFINIZIONE	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIs necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9- CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e intervento principale cod. ICD - 9- CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.
RIFERIMENTO	L'obbligo del rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS deve essere garantito per l'intero mandato
FONTE	Nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Programma Nazionale ESITI (PNE)
DEFINIZIONE	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO
NOTE PER L'ELABORAZIONE	AUDIT di verifica della qualità di codifica
RIFERIMENTO	Grado di adesione alle richieste del Gruppo tematico Regionale " Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO"
	≥ 80% primo anno
	100% anni successivi
FONTE	Relazione del Gruppo tematico in merito al grado di adesione
LIVELLO	Azienda di erogazione

Tanto premesso, gli obiettivi assegnati al personale ed alle strutture Aziendali devono necessariamente essere coordinati al fine di garantire l'assolvimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla D.G.R.C. di nomina, **pur con la necessità di contemperare quanto premesso con le attuali condizioni legate alla pandemia ad oggi ancora in corso.**

Caratteristiche degli Obiettivi aziendali

Gli obiettivi esplicitati nel Piano devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale ed alle strategie dell'amministrazione in coerenza con la programmazione regionale;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano deve costituire una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione nel futuro a breve e a medio termine dell'Azienda e rappresenta, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i comportamenti sia del personale dirigente che quello di comparto. Costituisce, inoltre, la linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

La revisione iterativa dell'intero procedimento, da attuarsi nei tre anni di vigenza del presente documento, è alla base dell'ipotesi di miglioramento continuo indispensabile per la compiuta attuazione degli obiettivi di crescita dell'Azienda Ospedaliera dei Colli e sarà oggetto di ulteriori modifiche ed integrazioni man mano che gli scenari operativi verranno a delinearsi con maggiore precisione, intervenendo sulle aree di criticità che si presenteranno.

In particolare, il presente documento tiene conto degli obiettivi strategici in merito al PTPCT 2022-2024 delineati dal Direttore Generale con il documento di cui al protocollo AOC/0002175/2022 del 19/01/2022 e precisamente:

- 1. Adeguamento della normativa di cui alla L-113/2021 “*misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A...*” e relativi provvedimenti attuativi;**
- 2. Implementazione ulteriore dei percorsi formativi in materia di trasparenza ed anticorruzione, al fine di innalzare il livello di consapevolezza della Dirigenza e degli operatori;**
- 3. Potenziamento dei processi di informatizzazione dei flussi informativi per alimentare la sottosezione “Amministrazione Trasparente”;**
- 4. Innalzamento dei livelli di legalità nell'area “Contratti Pubblici”, attraverso la definizione di Protocollo di Vigilanza Collaborativa, anche al fine dell'attivazione di protocolli di legalità per l'area contratti pubblici (art. 1 comma 17 L. 190/2012).**

La *ratio* degli obiettivi posti in essere per l'anno 2022, è pertanto rafforzare ulteriormente la rete di responsabilità incrociate, così come già previsto nelle annualità trascorse, ed in modo da coinvolgere nel medesimo progetto globale tutte le U.O. che presidiano differenti sottoprocessi dei processi aziendali strategici.

Nei due anni successivi del triennio, verranno progressivamente resi più stringenti gli obiettivi aziendali ed individuali, secondo la progressione verso il miglioramento continuo prevista nel D.lgs. N.150/2009, nel Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i..

Gli obiettivi andranno coniugati, oltre che con il nuovo assetto aziendale, anche con il piano di efficientamento e riqualificazione previsti dalla legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) che individua come determinante dell'ingresso nei piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 la condizione prevista di uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico a). In tal senso la Regione Campania ha emanato il DCA n. 102/2016, con il quale ha individuato le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Al fine di migliorare la certificabilità dei bilanci, inoltre, dal febbraio 2019 è stato avviato al *go-live* il sistema informativo unico regionale SIAC (Sistema Informativo Contabile Amministrativo), di cui all'art. 79, comma *sexies* lettera c) della legge 133/2008 e dell'art. 2, comma 70, legge 191/2009.

L'Azienda Ospedaliera dei Colli è stata costituita il 01/01/2011 dalla fusione di tre realtà importanti nella sanità pubblica campana, quali l'A.O. Monaldi, l'A.O. Cotugno e l'ex presidio ospedaliero C.T.O. e il presente documento costituisce l'evoluzione delle precedenti direttive triennali. Senza rappresentare discontinuità nella strategia messa in atto nelle annualità precedenti, tuttavia è evidente la necessità di adeguamenti rispetto al trascorso triennio, principalmente in termini di connessione tra le negoziazioni budgetarie, la normativa in materia di trasparenza, *performance*, l'Integrità e la *Privacy*, sicurezza sul lavoro, *risk management* e, principalmente, ulteriore miglioramento della qualità intrinseca dell'offerta sanitaria all'utenza.

Il punto cardine del presente documento è determinato da questo ultimo aspetto, attorno al quale si articolano i precedenti.

La realtà dei risultati conseguiti nel precedente triennio, unitamente alla selezione e la condivisione degli obiettivi di *budget* nel periodo trascorso, non hanno rappresentato un mero adempimento burocratico, ma piuttosto il reale collante che ha permesso di coagulare attorno ad una idea forte di unitarietà e di senso di appartenenza tre realtà precedentemente distinte ed apparentemente impermeabili l'una all'altra.

L'individuazione di metodi codificati ed obbligatori per creare comunicazione tra le strutture ed all'interno delle stesse ha permesso di veicolare le nuove idee di standardizzazione e di cultura per processi che consentono di realizzare la teoria della *good practice* in realtà.

È opportuno rimarcare che, sebbene la novazione dell'organizzazione aziendale debba necessariamente essere modificata nel tempo con i successivi Atti Aziendali, tuttavia tale pratica rende spesso meno comparabili i dati relativi a costi e ricavi delle strutture interne, in particolare quando ad essere modificata è la struttura stessa dei dipartimenti, con la migrazione di Unità Operative da un dipartimento all'altro. Per ovviare, almeno parzialmente a tale contingenza,

L’Azienda ha da tempo intrapreso un progetto progressivo che utilizzi il paradigma ABC (*Activity Based Costing*) che riduca il *bias* indotto da tali modificazioni. Tale metodologia è stata trasfusa nella negoziazione di budget, verrà realizzata tenendo conto non solo dei costi diretti, ma anche della valorizzazione delle attività, comprendendo non solo quelle relative ai ricoveri, ma anche ambulatoriali e per le prestazioni intermedie, richieste dalle UO di cura (come costo) alle UO diagnostiche ed erogate (come ricavo) da queste ultime.

La gestione aziendale in corso di esercizio è tutt’ora fortemente condizionata dall’emergenza pandemica da Covid-19, in atto dal mese di marzo 2020. L’Azienda, come di consueto in occasione di pregresse epidemie, è stata identificata quale Centro di Riferimento per la gestione delle emergenze legate alla gestione dei casi sospetti o conclamati di COVID-19, dedicando l’intero Ospedale Cotugno alla cura del COVID-19, oltre a numerosi reparti dell’Ospedale Monaldi.

Tanto premesso, nel 2021 al personale afferente al comparto, sia sanitario che dei restanti ruoli, sono stati assegnati progetti concordati in sede di negoziazione con la RSU (Rappresentanza Sindacale Unitaria) così come da verbale del 16/03/2021 prot. AOC/0011637/2021 del 19/04/2021, sottoposti al vaglio dell’Organismo Indipendente di Valutazione ed approvati dallo stesso Organismo. Ciascun progetto tiene comunque conto di obiettivi coerenti con l’andamento attuale della emergenza sanitaria.

Si è quindi pervenuti ad una rivisitazione delle progettualità finanziate con i fondi contrattuali ed alla predisposizione di cinque macro progetti, redatti secondo criteri che garantiscono la tracciabilità degli stessi e che prevedono l’inserimento di tutto il personale del comparto impegnato nei tre presidi aziendali. Il medesimo percorso è in corso di formalizzazione per il corrente anno 2022 ed a breve verrà adottata analoga deliberazione di formalizzazione dei progetti in parola, con indicazione dei partecipanti.

Nell’ambito di ciascun progetto, va garantito il pari trattamento economico del personale e la determinazione di specifici obiettivi con relativi criteri di misurazione e valutazione. In base a quanto concordato tra la Direzione Strategica e le OO.SS. ciascun progetto è caratterizzato da un proponente, da un valutatore, dall’elenco del personale afferente comprensivo di matricola, dalla declaratoria dell’obiettivo e delle azioni da sottoporre a verifica. I progetti verranno comunque articolati per Unità Operativa, comprendendo quindi per transitività i dipendenti ad essa assegnati. I citati progetti saranno corrisposti mensilmente con una quota di acconto. Semestralmente verrà effettuata la verifica da parte del responsabile di ciascun progetto e se positiva, darà luogo alla corresponsione del saldo semestrale. I progetti hanno durata annuale e vanno confermati o rivalutati alla scadenza.

Per completare il percorso di trasparenza, tracciabilità ed equità, nel caso in cui un dipendente venisse trasferito da una Unità Operativa ad un’altra, lo stesso dipendente resterà nel progetto di partenza se la nuova UO afferisce allo stesso, mentre parteciperà al progetto previsto per la nuova UO di destinazione se differente.

I progetti per l’anno 2022 sono i seguenti, in prosecuzione di quanto realizzato nel 2021 ed in considerazione della rinnovata recrudescenza della pandemia:

- 1) Umanizzazione COVID -19, che coinvolge tutte le strutture presenti nell’Ospedale Cotugno e Monaldi impegnati in ambito COVID e proposto dal Direttore della UOC URP
- 2) Umanizzazione e Comfort alberghiero Ospedali Monaldi (escluso le unità COVID) e CTO, che

- vede coinvolte tutte le UO presenti nei due plessi e proposto dal Direttore della UOC URP
- 3) Supporto COVID Area Laboratori, afferente all'area delle diagnostiche e della UOC Medicina trasfusionale, proposto dal Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari
 - 4) Supporto COVID, afferente alle UO amministrativo tecniche e proposto dal Direttore Amministrativo
 - 5) Medicina del Lavoro e Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa per l'anno 2021, proposto dal Direttore Sanitario Aziendale

In considerazione della attuale situazione di perdurante pandemia, anche per il corrente anno 2022 verrà predisposta una singola scheda per ciascuna Unità Operativa, che verrà sottoscritta da ciascun dipendente interessato dalle progettualità.

Sintesi delle informazioni per i cittadini e gli altri *stakeholders* esterni

Il contesto esterno di riferimento

Il quadro normativo nazionale di riferimento

La modifica al titolo V della Costituzione ha affidato allo Stato la garanzia dei livelli essenziali di assistenza ed ha trasmesso alle Regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione nel competente territorio, individuando tra le principali criticità che il sistema salute deve affrontare:

- L’inappropriatezza dei ricoveri. Tra le Regioni vi è una ampia variabilità nei ricoveri ospedalieri imputabile, sostanzialmente, al ricorso a diverse condizioni iniziali strutturali dell’offerta assistenziale. L’obbligo, preso in sede di Patto per la salute, di ridurre i posti letto, impone lo spostamento di alcune prestazioni inappropriate dal regime di ricovero, ordinario e day hospital, verso regimi erogativi diversi.
- Le disuguaglianze nell’acquisto di beni e servizi (farmaci, tecnologie) e nella gestione del personale. Il Piano prevede il ricorso a gare centralizzate di acquisto, all’implementazione di forme di distribuzione di farmaci alternative alla distribuzione tradizionale e la definizione di linee guida sulla corretta prescrizione e sul corretto utilizzo dei farmaci, nonché particolare attenzione alla corretta gestione del personale.
- Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Legge n. 208/2015 (legge di stabilità), che il comma 539 recita: “tutte le strutture pubbliche e private attivino un’adeguata funzione di monitoraggio e di gestione del rischio sanitario” e che “la realizzazione di attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario (**risk management**) rappresenti un interesse primario che concorre assieme ad altri fattori ad assicurare il rispetto del principio della sicurezza delle cure”;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni), pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 80 del 5 aprile 2013.

Ad integrazione, si ricorda:

- L. 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e il Regolamento UE/679/2016, del 27 aprile 2016 (GDPR)
- l’Art. 54 del D.Lgs. n. 165 del 2001 (codice di comportamento dei pubblici dipendenti)
- D.Lgs. n.150/2009;
- Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 ed s.m.i.;
- D.Lgs. n. 81/08 in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro;
- D.M. del 18 ottobre 2019 in materia di antincendio;

Il quadro normativo regionale

A seguito dei Piani di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale, che hanno portato al commissariamento della Regione Campania, sono state intraprese numerose misure correttive, attraverso successive deliberazioni della Giunta Regionale.

Le principali direttrici di intervento hanno riguardato:

- ✓ Misure sul personale dipendente - attraverso il blocco percentuale delle assunzioni (blocco del *turn-over*) , rideterminazione in riduzione delle dotazioni organiche, nonché parametri standard per la costituzione di strutture semplici e complesse e le posizioni di coordinamento;
- ✓ Misure sull’appropriatezza dei ricoveri - con l’approvazione della metodologia e dei valori standard definiti dall’Agenas, la richiesta di riduzione della inappropriatezza dei ricoveri ordinari e di day hospital e il trasferimento di alcune tipologie di ricovero in regime ambulatoriale, la ridefinizione delle soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna;
- ✓ DGR n. 1688 del 26/11/2005 “Implementazione e sviluppo nelle Aziende Sanitarie di strumenti per la gestione del rischio Clinico”, che prevede che “le Aziende Sanitarie campane promuovano, all’interno degli ospedali, la cultura della prevenzione del rischio clinico”;
- ✓ Misure sulla farmaceutica ospedaliera - attraverso l’incremento dell’appropriatezza prescrittiva, la razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera, oltre alla maggiore appropriatezza d’uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero;
- ✓ Centralizzazione degli acquisti - attraverso lo sviluppo delle attività di So.Re.Sa.
- ✓ Implementazione di corrette procedure contabili, attraverso, principalmente, il Decreto n. 14 del 30.11.2009;
- ✓ Approvazione dei Programmi Operativi in prosieguo del Piano di Rientro (ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88);
- ✓ Approvazione dei Piani attuativi e degli Atti aziendali;
- ✓ Realizzazione del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- ✓ DCA n. 67 del 30/08/2019 ad oggetto “Linee guida della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione”

Quanto indicato è formalizzato nella seguente normativa regionale:

Decreto n. 5 del 30.09.2009 – Obiettivi di miglioramento dell’appropriatezza dei ricoveri; Decreto n. 16 del 24.03.2010 – Recepimento della metodologia Age.na.s; Decreto n. 58 del 30.09.2010 – Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna

DGRC 1880, 1882, 1883 del 26.11.2008; Decreto del Commissario *ad acta* sugli anti-ipertensivi n. 14 del 19.03.2010; Decreto del Commissario *ad acta* n.15 del 30.11.2009 – Piano di contenimento della

spesa farmaceutica ospedaliera: utilizzo dei biosimilari; razionalizzazione dell'uso dei farmaci oncologici ad alto costo rendicontati nel file F; interventi di carattere organizzativo dell'assistenza farmaceutica; Decreto del Commissario *ad acta* n.15 del 30.11.2009 – Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera: appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero

Ed ancora, tra i documenti con impatto sul triennio oggetto del presente piano, si segnalano:

- Il Decreto Commissariale n. 1 del 15.01.2015 recante "Organizzazione accesso pazienti in emergenza nell'area collinare di Napoli: misure urgenti per garantire l'assistenza in condizioni di iperafflusso; con il Decreto rimodulato con il successivo DECRETO n. 48 del 25.05.2015 di Rimodulazione dei posti letto per le discipline ritenute utili alla domanda dell'A.O.R.N. A. Cardarelli, viene disposto che l'Azienda dei Colli metta a disposizione complessivamente 44 posti letto riservati suddivisi per varie specialità, per contenere l'iperafflusso del Cardarelli;
- Il DCA 05/2015 in materia di Percorso per la certificabilità dei bilanci del SSR;
- Il DCA 57/2015 in materia di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera;
- Il Decreto n. 33 del 17.5.2016 del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Campania con cui è stato approvato il documento denominato "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", che sostituisce il Piano approvato con DCA n. 49/2010, e da cui è ripartito l'iter per l'adeguamento dell'Atto Aziendale conclusosi con il DCA 15/2017 di approvazione del nuovo documento adottato dall'Azienda dei Colli;
- Il DCA n. 55 del 21.06.2016 ad oggetto: Ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente per l'esercizio 2015 e assegnazione provvisoria per l'esercizio 2016 – Determinazioni.
- Il DCA 102 del 30.9.2016 con il quale si individuano le Aziende inserite nel piano di efficientamento e riqualificazione.
- Il DCA n. 14 del 01.03.2017 riguardante l'approvazione dei Programmi Operativi 2016 – 2018
- Il Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014

Nel novero della regolamentazione di riferimento, si riportano alcuni atti interni in materia, prodotti dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, aggiornati come indicato sul sito istituzionale www.ospedalideicolli.it :

- Deliberazione n. 339 del 27.04.2020 [Aggiornamento Codice di Comportamento dell'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi-Cotugno-CTO) ai sensi della delibera ANAC n. 358/2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale"]
- Regolamento di amministrazione e contabilità

Per effetto del DCA 70/2010 l'Azienda Ospedaliera Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare, l'Azienda Ospedaliera Cotugno, ad indirizzo infettivologico ed epatologico, ed il presidio ospedaliero CTO, ad indirizzo neuro-ortopedico-riabilitativo, confluiscono in una nuova realtà giuridica, costituendo un'unica Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale, costituita dai tre ospedali.

Nell'ambito del riassetto della rete ospedaliera, viene anche programmata l'inclusione nella rete dell'emergenza di alcune rilevanti attività della nuova Azienda, allo scopo di superare una criticità che da sempre ha connotato l'attività degli ospedali confluiti, le cui funzioni di alta specialità sono, ancora oggi, prevalentemente svolte in elezione. In particolare, l'attività cardiologica, centro di terzo livello, è filtrata dalla centrale operativa 118, con compiti di processazione delle chiamate ed identificazione della gravità/urgenza del caso, e coordinata da una centrale operativa cardiologica, per selezionare la costruzione del percorso assistenziale con funzioni di alta specialità adeguato alle esigenze del paziente.

Con il nuovo Piano ospedaliero 2016-2018, approvato con DCA n. 33 del 17.5.2016, la Regione Campania ha inteso provvedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, precedentemente definita con il DCA 49/2010. L'analisi della domanda (oltre che dei bisogni), la corretta ricollocazione dell'assistenza nel *setting* assistenziale appropriato, la costruzione delle reti ospedaliere e territoriali, la presa in carico integrata del paziente, sono i *drivers* fondamentali su cui si ricolloca l'assistenza campana. L'inclusione del privato accreditato, l'introduzione delle strutture accademiche nei percorsi di emergenza/urgenza, un rinforzo più attento alle aree pubbliche della riabilitazione, il contrasto alla mobilità passiva, costituiscono nuove leve per quel cambiamento cui l'intero piano si ispirava per il triennio 2016-2018.

In particolare, l'unitarietà della programmazione assistenziale viene perseguita attraverso il riordino della rete ospedaliera e il fulcro della gestione della rete dell'emergenza/urgenza, con le necessarie reti tempo-dipendenti e di specialità. L'emanazione del DM 70/2015 impone un nuovo modo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione dei posti letto.

La ricostituzione dei posti letto, soprattutto per l'area della riabilitazione e della lungodegenza, permette, poi, di offrire una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera, svincolando gli ospedali per acuti con un adeguamento delle aree della riabilitazione e della lungodegenza. Anche l'AORN Azienda Ospedaliera dei Colli è oggetto di attenzione e di coinvolgimento nella nuova programmazione regionale, per cui è investita del compito di adeguare il proprio vigente Atto Aziendale, approvato con DCA n. 15 del 03.03.2017, alla nuova realtà aziendale, modellata in funzione del fabbisogno indicato nel nuovo Piano di riassetto della rete ospedaliera e delle funzioni assegnate. Tale adeguamento si è concretizzato con l'approvazione del nuovo atto aziendale da parte della Struttura Commissariale Regionale, come già precedentemente indicato.

L'Azienda Ospedaliera dei Colli, come di consueto in occasione di paventate pandemie, è stata identificata quale Centro di Riferimento per la gestione delle emergenze legate alla gestione dei casi sospetti o conclamati di COVID-19, altrimenti detto Coronavirus.

L’Azienda Ospedaliera dei Colli

L’Azienda Ospedaliera dei Colli è stata costituita il 1/1/2011, in attuazione del Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.70 del 02/12/2010, come previsto dalla deliberazione n. 623 del 31 agosto 2010, facendo confluire le Aziende Ospedaliere Monaldi e Cotugno ed il presidio ospedaliero CTO dalla ASL NA1 Centro, creando un polo ospedaliero polispecialistico con circa 1.000 posti letto che comprende le funzioni di alta specializzazione: il Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare e di chirurgia specialistica, il Cotugno ad indirizzo infettivologico ed epatologico ed il C.T.O, ad indirizzo orto-neuro-riabilitativo.

L’Azienda si compone quindi degli Ospedali “V. Monaldi”, “D. Cotugno” e “C.T.O.” di Napoli, è un’Azienda pubblica dotata di personalità giuridica.

L’Ospedale V. Monaldi è ubicato in via Leonardo Bianchi, 80131 NAPOLI

L’Ospedale D. Cotugno è ubicato in via G. Quagliariello, 80131 NAPOLI

L’Ospedale CTO è ubicato in viale Colli Aminei n.21 80141 NAPOLI

Presso l’Azienda è presente una forte componente della Università Vanvitelli di Napoli, con la Scuola di Medicina e Chirurgia ben radicata in ciascuno dei plessi. In Azienda, presso l’Ospedale Monaldi, è presente anche l’Università Federico II di Napoli.

I rapporti tra le Università e le Aziende Ospitanti sono regolati dai decreti commissariali n.47 e 48/2016.

L’Azienda è Ente con personalità giuridica di diritto pubblico ed è dotata di autonomia imprenditoriale.

La Sede Legale dell’Azienda è in Napoli, in Piazzale Ettore Ruggieri (già Via Leonardo Bianchi, la Partiva Iva dell’Azienda è 06798201213. Il Legale Rappresentante dell’Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web dell’Azienda è www.ospedalideicolli.it

Dal mese di aprile 2018 è funzionante il Pronto Soccorso presso l’Ospedale C.T.O.

L’Azienda presenta le seguenti caratteristiche:

- eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica e chirurgica, in elezione, sia in regime di day surgery e day hospital, sia erogando prestazioni ambulatoriali.
- specificamente per l’ospedale Monaldi, è inserita nell’ambito delle reti tempo-dipendenti dell’emergenza cardiologica e cardiocirurgica, dell’ictus cerebrale e della rete traumatologica, quale HUB regionale.
- l’Unità Operativa di Cardiologia pediatrica, in parallelo con la Cardiocirurgia pediatrica fornita di laboratorio di emodinamica e di elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva e trattamento interventistico, è inserita nella Rete per le terapie intensive neonatali,

con la identificazione di un Centro per particolari funzioni riferite a casi di alta complessità clinico strumentale, quali diagnostica prenatale, cardiopatie congenite dell'età adulta e cardiologia dello sport in età adolescenziale, malattie rare cardiovascolari.

- è inclusa nella Rete Oncologica, rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona malata.
- relativamente all'ospedale Cotugno è inclusa nel Centro Regionale di riferimento infettivologico per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta;
- a seguito del decreto commissariale n. 55 del 30/09/2010 inerente il riassetto della rete laboratoristica, l'Azienda nel suo complesso, ha proceduto all'accorpamento dei servizi sanitari legati alla diagnostica, con l'attenzione alla creazione di laboratori centralizzati, in grado di conseguire economie di scala nella esecuzione dei test, ottimizzando l'aspetto legato alla gestione della qualità, alla luce delle indicazioni del piano approvato e del citato Decreto.

Il DCA 33/2016 ha inoltre individuato alcuni centri aziendali a valenza regionale ritenuti essenziali:

- **Centro Trauma Zonale.**
 1. Il DCA 33/2016 prevede per l'AORN dei Colli l'attivazione del Centro Trauma Zonale presso l'Ospedale C.T.O. Dal mese di novembre 2016 hanno preso avvio le attività h24 clinico - assistenziali connesse al centro *Hub* di Traumatologia Ortopedica inserito nella rete 118 dell'emergenza urgenza regionale, funzionante sulla base delle medesime modalità operative e procedurali attualmente in uso per gli *Hub* di cardiologia interventistica e cardiocirurgia dell'Ospedale Monaldi (trasporto secondario). Nei primi mesi del 2018 è stato progressivamente attivato il Pronto Soccorso presso l'Ospedale C.T.O.
- **Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta** In particolare, afferiscono a tale Centro Regionale, per quanto riguarda questa Azienda:
 - una unità operativa di malattie infettive per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta, presso l'Ospedale Cotugno;
 - una unità operativa per le neuropatie infettive, presso l'ospedale Cotugno;
 - un laboratorio di riferimento regionale per malattie parassitologiche, batteriologiche e virali presso l'ospedale Cotugno.
- **Centro di III Livello a valenza regionale per le Patologie Fetali** .A tale fine viene programmata una Ostetricia con posti letto dedicati senza pronto soccorso per il parto programmato delle pazienti; la stessa Ostetricia accoglierà parti programmati per gravide con problematiche cardiologiche di rilevante gravità, o con certificate patologie dalle quali potrebbero scaturire danni neurologici al neonato.
- **Centro regionale per le Malattie Infettive Pediatriche.** la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento del piccolo paziente hanno indotto la Regione Campania ad istituire, presso questa Azienda, Ospedale Cotugno, un Centro regionale di Infettivologia Pediatrica, per il quale vengono previsti n. 15 posti letto di pediatria, con isolamento
- **Centro Regionale di Ortogeriatría.** La maggiore complessità delle patologie ortopediche nell'età geriatrica legata a multipatologie e cronicità ha reso necessaria l'istituzione di un Centro Regionale di Ortogeriatría presso l'Azienda dei Colli, Ospedale C.T.O;
- **Centro regionale per le Malattie Infettive legate alla infezione da COVID-19.** la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento dei pazienti

sospetti o conclamati da infezione dal Coronavirus responsabile della epidemia in Cina nel 2020. Le attività di isolamento e di degenza sono poste in essere presso le stanze a pressione negativa site nell'Ospedale Cotugno e l'effettuazione dei test diagnostici per l'infezione sono effettuati presso il laboratorio con livello di contenimento biologico PCL3 allocato presso il medesimo nosocomio.

L'identità dell'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli viene di seguito definita attraverso:

- sintesi dei principali aspetti che la caratterizzano traducendo questi in cifre;
- declinazione della *Mission* e *Vision*.

L'amministrazione

L'ultimo anno di riferimento è il 2020, in quanto all'atto della redazione del presente documento, il bilancio 2021 non risulta essere deliberato. Tanto premesso, i dati che seguono sono desunti dalla Deliberazione n° 1068 del 10/12/2021 con cui è stato adottato il bilancio consuntivo di esercizio 2020.

Anni di vita : 12 (costituzione il 01/01/2011)

Ospedali : 3 (Monaldi, Cotugno, C.T.O.)

La situazione economica, secondo i valori desunti dagli ultimi consuntivi approvati, è la seguente:

Le attività di gestione sono state oggetto di revisione attraverso la rilettura dei fenomeni intercorsi (in particolare correlati alla perdurante pandemia da COVID-19), avendo però come riferimento principale ed inderogabile il principio di rispettare l'obbligo di garantire l'equilibri tra costi e ricavi aziendali (obiettivo contrattualmente previsto per le Direzioni Aziendali e ribaditi durante le verifiche trimestrali, al fine di consentire la fuoriuscita dal Commissariamento).

Per effetto della pandemia, l'Azienda ha dovuto sospendere per lunghi periodi la quasi totalità delle attività di ricovero programmato e di specialistica ambulatoriale (ad eccezione ad esempio delle prestazioni di tipo oncologico e con carattere di urgenza) e attuare un processo di riorganizzazione delle attività assistenziali con attivazione di posti letto dedicati esclusivamente a pazienti Covid-19, accorpamento o variazione della mission di strutture già esistenti e modifica di molteplici asset assistenziali.

È opportuno, per le motivazioni indicate, considerare l'annualità 2020 come del tutto eccezionale e valutare correttamente l'impatto della pandemia sull'intera organizzazione sanitaria ed amministrativa aziendale, anche ricordando che alcuni mesi del 2020 è intervenuto il blocco delle attività quale misura regionale per limitare il contagio. L'azione gestionale nel periodo indicato si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- programmazione e progressiva attuazione della struttura organizzativa secondo la programmazione regionale recepita nel nuovo atto aziendale di cui in premessa;
- mantenimento dell'offerta di prestazioni ad elevato contenuto specialistico in regime ordinario per le quali l'Azienda è connotata come struttura di III livello;
- mantenimento dei volumi di prestazioni di ricovero diurno erogate attraverso il migliore utilizzo possibile delle dotazioni strutturali dell'Azienda confermando il ruolo di riferimento per l'utenza acquisita dai plessi aziendali;
- razionalizzazione del modello organizzativo, tenendo conto del processo di accorpamento delle strutture e delle dotazioni organiche atto a realizzare maggiori margini di efficacia ed efficienza;
- sul versante dell'appropriatezza clinica (è il caso di ricordare che il termine esprime la misura in cui un particolare intervento è sia efficace, sia indicato per la persona che lo riceve) confermare

criteri di razionalità nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici ad alto costo, indicato dalla continua evoluzione della ricerca medica, nell'ottica di assicurare i più moderni ed efficaci trattamenti ai pazienti ricercando le formule di organizzazione assistenziale con i minori costi, massimizzando la *compliance* dei pazienti con la tendenza al trasferimento verso *setting* a minore intensità di risorse (dal regime ordinario al diurno, al *day service* al regime ambulatoriale);

- potenziamento delle azioni di governo clinico specificamente mirate (*risk management*, infezioni ospedaliere, audit medico, ecc.).

Dal punto di vista economico l'AO dei Colli per l'annualità 2020 registra un avanzo di circa € 19.554.

La spesa complessiva dell'anno 2020 di farmaci e dispositivi medici si è attestata a circa € 67.500.000, che in diminuzione di circa il 2% rispetto alla spesa per gli stessi prodotti dell'anno 2019, che si era attestata a circa € 69.000.000. Risulta prevalente il valore degli acquisti effettuati dalla centrale di acquisto/committenza regionale, la cui incidenza è 60%. La quota di acquisti delle gare aziendali è del 30%, rimanendo sostanzialmente residuale (10%) il ricorso alle convenzioni CONSIP, solo per quota parte suture, stent periferici e da fine anno per trocar per chirurgia mini invasiva. Nel caso dei medicinali con AIC l'acquisto è praticamente tutto (circa il 96%) effettuato dalla Centrale di acquisto. Prevalgono, invece, gli acquisti diretti nel caso dei dispositivi medici, la quota è ormai quasi al 100% per le convenzioni SoReSa. Si rappresenta che non è possibile relazionare senza margine di errore sugli scostamenti rilevati e loro eventuali motivazioni, in quanto la difficoltà maggiore è legata ad una carenza nella procedura informatica in uso a poter effettuare estrazioni sui beni consumati ed acquistati per tipologia, conto economico, ATC/CND, ovvero tutti quei campi che permettono di valutare i beni gestiti per gruppi omogenei e confrontabili; inoltre nel passaggio gestione anagrafica regionale BDU, risulta evidente una errata imputazione dei conti ai prodotti. Gli acquisti effettuati hanno determinato l'emissione di circa 10.400 ordinativi per un totale di circa 12.400 ricevimenti di merce, sottolineando che ad ogni ricevimento merce è collegato il DDT di consegna e seguirà la fatturazione, ad esclusione degli ordini SoReSa.

Dunque gli atti di liquidazione hanno riguardato circa 10.000 fatture nei tempi medi di circa 30 giorni, attività di molto incrementata per la trasformazione delle aggiudicazioni SoReSa in convenzioni, di conseguenza con tutto il ciclo passivo in capo al punto ordinante. Inoltre la UOC Farmacia ha prodotto diversi capitolati tecnici speciali per la successiva indizione di confronti concorrenziali, tra questi si segnalano in particolare: dispositivi per emofiltrazione, Endoprotesi vascolari, dispositivi per monitoraggio in Anestesia e Rianimazione, dispositivi per chirurgia vascolare, farmaci esteri e farmaci non ricompresi nelle aggiudicazioni SoReSa, dispositivi per piattaforme elettrobisturi e materiale elettrico. L'erogazione ad utenti esterni di farmaci alla dimissione ha determinato circa 7.000 accessi, di cui 1.740 per farmaci di classe A, 2.720 per farmaci di classe H, infine 2.540 per farmaci di fascia A-pht per pazienti in dimissioni da ricovero e in visita ambulatoriale. Il laboratorio di galenica ha allestito nel corso dell'anno 2020 circa: n. 21.500 sacche personalizzate di terapie antitumorali, n. 70 preparazioni galeniche magistrali personalizzate, n. 56 sacche per nutrizione parenterale neonatale e n. 98 allestimenti personalizzati di Tocilizumab per pazienti COVID-19. A questa attività va aggiunta l'allestimento dei radiofarmaci presso la medicina nucleare con cadenza giornaliera. Nell'anno 2020 Sono stati richiesti rimborsi di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, a seguito della corretta applicazione da parte della UOC Farmacia del processo legato ai farmaci presenti nel registro AIFA e basati sul principio di *“risksharing”*, *“costsharing”* e *“payment by results”*; in particolare sono state

emesse note di credito pari a € 522.193/23. Si sottolinea che i Dirigenti Farmacisti effettuano sistematico controllo dell’appropriatezza clinica dei farmaci richiesti dalle UU.OO. con particolare attenzione agli usi off-label. Si evidenzia che sono stati trasmessi nei tempi i dati relativi ai flussi regionali e ministeriali sia dei Farmaci che dei Dispositivi Medici alla Regione Campania per il tramite di SoReSa, così come previsto dalla normativa vigente. Inoltre quest’anno **la Farmacia Ospedaliera dell’Ospedale Monaldi è stata individuata come centro di snodo unico regionale mediante la ricezione di farmaci e il loro smistamento**. L’approvvigionamento avviene mediante diverse modalità: autorizzazione unica regionale di importazione AIFA, acquisto centralizzato Regionale, donazioni AIFA e donazioni da enti pubblici e privati.

A mezzo mail con cadenza settimanale viene inviato elenco delle specialità disponibili alle Farmacie ospedaliere/territoriali e strutture private accreditate. Le Strutture pubbliche e private richiedono su tale elenco i farmaci in base alle loro esigenze e predispongono il ritiro presso HUB centralizzato. L’assegnazione avviene tenendo conto di quanto richiesto e dei dati dei pazienti ricoverati in reparto o terapia intensiva e dei pazienti assistiti a domicilio.

La Farmacia per conto della Regione Campania per farmaci emergenza COVID-19 ha gestito n. 88 specialità medicinali per n. 45 principi attivi, distribuendo i farmaci come da elenco seguente:

ENTE	Quantità
AO S. Giuseppe Moscati	40.177
AO S. Pio (ex Rummo)	26.110
AORN Cardarelli	107.038
AORN Colli	225.875
AORN S.Anna e S. Sebastiano	18.316
AORN Santobono-Pausilipon	5.328
AOU Federico II	44.916
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi	26.200
AOU Vanvitelli	41.103
ASL Avellino	84.921
ASL Benevento	3.600
ASL Caserta	128.937
ASL Napoli 1 Centro	169.243
ASL Napoli 2 Nord	149.519
ASL Napoli 3 Sud	82.046
ASL Salerno	109.815
Casa di cura Maria Rosaria	360
Enti extra SSR	84.720
Fatebenefratelli Benevento	72
Fondazione Evangelica Betania	137
IRCCS Fondazione Pascale	18.264
Pineta Grande	366
Villa Dei Fiori Acerra	480
Totale complessivo	1.367.543

DATI RELATIVI ALLA GESTIONE AMMINISTRATIVA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GESTIONE DEL PERSONALE

Nel periodo di riferimento il management aziendale ha orientato i suoi sforzi sul processo di revisione derivante dall'attuazione degli Atti Aziendali succedutisi nel tempo per addivenire all'atto aziendale in linea con il DCA 18/2013 e con il DM 70/2015, contrastando gli effetti del blocco del turn-over sul possibile degrado dei volumi e della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate. Dal 2018 sono stati condotti numerosi avvisi pubblici e concorsi che hanno consentito l'assunzione di personale a tempo determinato che hanno mitigato il blocco del turn-over (soprattutto per il personale infermieristico, di converso ciò ha comportato la riduzione degli acquisiti dei servizi sanitari tramite contratti di lavoro flessibile, i cui effetti sono stati avvertiti nel 2019.

La Direzione Aziendale ha quindi posto come primo indirizzo di programmazione l'obiettivo primario del mantenimento degli standard operativi, sia in ambito sanitario che amministrativo, tecnico e professionale.

Per far fronte alla necessità di erogare praticamente le stesse prestazioni, garantendo altissimi standard assistenziali e cercando nel contempo di non disperdere il patrimonio di know-how nonostante l'andata in quiescenza di figure professionali di altissimo livello, è stato necessario la riprogettazione di numerosi percorsi assistenziali e tecnici precedentemente consolidati. L'Azienda ha focalizzato l'attenzione sulla formazione continua e sul rinnovo dei sistemi informativi, tutt'ora migliorabili, ma che hanno introdotto l'attitudine al procedimento standardizzato monitorato.

In particolare l'Azienda dei Colli ha aderito nel 2018 al progetto regionale del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico per le Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Campania, che gradualmente sta coinvolgendo tutte le Aziende del SSR ed è basato su applicativi in ambiente SAP.

Il Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità intende realizzare un sistema integrato di monitoraggio e controllo della spesa basato sull'integrazione dei dati gestionali e contabili finalizzato a:

- governare, a livello regionale, un modello di analisi dei dati ispirato a logiche di lettura integrata delle fonti informative;
- consentire il controllo delle variabili chiave a livello aziendale e regionale: fabbisogni, consumi, debito, flussi finanziari.

Il raggiungimento di tali obiettivi sarà realizzato compiutamente attraverso:

- l'allineamento dei processi, della struttura contabile e delle anagrafiche utilizzate nel SSR;
- la creazione e implementazione di una banca dati unificata (BDU);
- il monitoraggio in tempo reale dei dati contabili ed extracontabili delle stesse aziende sanitarie.

Il Progetto SIAC - Sistema Informativo Amministrativo Contabile – avviato durante il corso del 2018 con un notevole sforzo organizzativo e di coinvolgimento da parte di tutte le risorse aziendali, prevede l'acquisizione di un sistema ERP che metterà a disposizione di tutti gli enti del SSR, mediante l'erogazione di servizi in cloud, l'intero Ciclo Passivo, compreso il ciclo di Gestione del Magazzino, assicurando in tal modo sia la realizzazione della Banca Dati Unificata regionale dei fornitori, beni e contratti, sia la copertura funzionale del ruolo di Centrale Unica Pagamenti da parte di SORESA.

Tale progetto è ancora in fase evolutiva e, sebbene al completamento offrirà una insostituibile opportunità di controllo e di governo sia al livello aziendale che regionale, allo stato non è in grado di fornire prestazioni pari alla piattaforma informatica preesistente, che era totalmente integrata e che, di

conseguenza, garantiva maggiore interoperabilità.

Per supportare il passaggio dalla piattaforma informatica integrata precedente al nuovo sistema Informativo, l'Azienda ha necessariamente dovuto riprogettare moltissimi dei flussi interni, comportando la progettazione, la realizzazione e la messa in esercizio di tutti gli aspetti che connotano le attività sia sanitarie che amministrative e di supporto, finanche quelle di controllo. Tale attività ha richiesto lo studio ed il ripensamento di ognuno degli aspetti sopra citati, badando inoltre a garantire le necessarie sinergie ed integrazioni preesistenti, spesso non più disponibili in modalità automatica nativa. Anche il processo di miglioramento costante del processo condiviso di negoziazione del Budget di Dipartimento, di Unità Operativa e a livello di singolo Dirigente, ha incontrato una battuta d'arresto, legata all'emersione delle criticità legate alla difficile integrazione tra i dati aziendali.

Traccia delle fasi di attività del processo di Budget aziendale è in ogni caso rinvenibile nel documento del Piano della Performance, pubblicato annualmente sul sito istituzionale www.ospedalideicolli.it alla sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Performance", che indica chiaramente le prospettive di azione dell'amministrazione e dei collaboratori tutti.

Sostanzialmente viene seguito un percorso articolato come di seguito indicato:

- Analisi e reingegnerizzazione dei processi sanitari ed amministrativi, che renda conto del posizionamento nel tempo dell'azienda e delle singole Unità Operative;
- Affinamento della definizione delle procedure operative, organizzative e relativa diffusione delle metodologie; tale fase si è avvalsa della capillare partecipazione di tutti gli attori presenti in Azienda.

Ulteriore revisione iterativa dell'intero procedimento; criterio alla base dell'ipotesi di miglioramento continuo che è tanto più cogente in fase di primo consolidamento dei processi, puntando a garantire prestazioni di eccellenza e corretto uso delle risorse e delle professionalità.

Per quanto riguarda lo stato della gestione delle risorse umane si riporta, di seguito, la tabella illustrante la consistenza del personale in servizio al 31/12/2020, confrontata con la previsione di dotazione organica definita dall'Atto Aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 1192 del 12/12/2011) che evidenzia i dati relativi alle diverse tipologie di addetti.

Denominazione regione	CAMPANIA			
Denominazione azienda/ente				
Periodo di rilevazione	01/01/2020 - 31/12/2020			
	Totale presenti al 31.12.2019 (A)	Assunti al 31.12.2020 (B)	Cessati al 31.12.2020 (C)	Totale presenti al 31.12.2020 (1)= (A)+(B)-(C)
<i>(valori in migliaia di euro)</i>				
Personale dipendente a tempo indeterminato	1.748	300	142	1.906
- Medici	499	93	29	563
- Dirigenti non medici	55	18	4	69
- Personale non dirigente	1.194	189	109	1.274
- Personale contrattista				0
Personale a tempo determinato	549	393	217	725
Restante personale	87	101	40	148
Totale	2384	794	399	2.779

I termini di confronto evidenziano incrementi nel personale a tempo determinato (a seguito di avvisi pubblici di in particolare per consentire di fronteggiare l'emergenza Covid-19).

I risultati raggiunti

L'annualità 2021 è stata palesemente e documentatamente condizionata in maniera drastica dalla gestione dell'emergenza pandemica. Durante l'anno si è verificato il blocco dei ricoveri, delle attività ambulatoriali e, in alcuni periodi, è stato inibito l'accesso alle strutture ospedaliere a quanti non erano ammalati di COVID o affetti da patologie tempo dipendenti o comunque urgenti.

Si rappresenta, come già indicato in precedenza, che l'Azienda dei Colli è stata individuata quale riferimento regionale per il contrasto alla pandemia, dedicando l'intero Ospedale Cotugno alla cura del COVID, oltre a numerosi reparti dell'Ospedale Monaldi

È opportuno, per le motivazioni indicate, considerare l'annualità 2021 ancora anomala e valutare correttamente l'impatto della pandemia sull'intera organizzazione sanitaria ed amministrativa aziendale, anche ricordando che per alcuni mesi del 2021 è intervenuto il blocco delle attività quale misura regionale per limitare il contagio.

L'azione gestionale nel periodo indicato si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- rendere pienamente operativo il Pronto soccorso allocato presso l'Ospedale CTO;
- migliorare l'appropriatezza clinica, migliorando il rapporto tra ricoveri in regime ordinario, diurno ed attività ambulatoriale;
- trasformazione progressiva da Regime di ricovero diurno verso quello ambulatoriale in Day service/PACC;
- transizione dal precedente sistema informativo alla piattaforma comune per le aziende sanitarie pubbliche della Regione Campania SIAC;
- progressiva eliminazione dei contraccolpi organizzativi legati alla migrazione tra i sistemi informativi;
- mantenimento dell'offerta di prestazioni ad elevato contenuto specialistico in regime ordinario per le quali l'Azienda è connotata come struttura di III livello;
- razionalizzazione del modello organizzativo, che tenesse conto del processo di modificazione delle strutture e delle dotazioni organiche atto a realizzare maggiori margini di efficacia ed efficienza;
- sul versante dell'appropriatezza clinica (è il caso di ricordare che il termine esprime la misura in cui un particolare intervento è sia efficace, sia indicato per la persona che lo riceve) confermare criteri di razionalità nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici ad alto costo, indicato dalla continua evoluzione della ricerca medica, nell'ottica di assicurare i più moderni ed efficaci trattamenti ai pazienti ricercando le formule di organizzazione assistenziale con i minori costi, massimizzando la compliance dei pazienti con la tendenza al trasferimento verso setting a minore intensità di risorse (dal regime ordinario al diurno, al day service al regime ambulatoriale);
- potenziamento delle azioni di governo clinico specificamente mirate (risk management, infezioni ospedaliere, audit medico, ecc.).

Tenuto conto di quanto sopra evidenziato, in particolare al precedente paragrafo 9, con il corrente esercizio ha avuto inizio, e sarà portata avanti negli anni, un'attività di razionalizzazione dell'utilizzo degli istituti che gravano sui fondi contrattuali finalizzato al ripristino di una gestione efficace, efficiente ed economica delle risorse umane.

All'atto della redazione del presente documento non sono disponibili i dati sanitari consuntivi relativi all'anno 2021, motivo per il quale si riportano i dati per l'esercizio 2020. Tale condizione è fisiologica, in quanto i dati definitivi consuntivi per ciascuna annualità sono formati nel mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Si specifica che, relativamente all'attività di ricovero ordinario, i dati sono stati calcolati considerando tutti i pazienti transitati nelle Unità Operative interessate sulla base delle SDO pervenute entro il termine fissato per la trasmissione delle schede sulla piattaforma regionale di ricezione "Sinfonia". Sono stati esclusi dal calcolo:

- i ricoveri per i quali la SDO è stata compilata oltre il suddetto termine regionale;
- i ricoveri "oltre soglia" eventualmente segnalati dai Direttori/Responsabili di Unità Operativa.

I posti letto corrispondono alla media dei posti letto attivi durante il periodo di riferimento, dichiarati con flusso HSP22 bis.

Numero dimessi	2019	2020	Scostamento %
N. dimessi in regime ordinario	20.066	15.324	-24%
N. dimessi in regime diurno (DH+DS)	17.704	11.175	-37%
Totale	37.770	26.499	-30%

Il numero complessivo di dimessi si è ridotto del 30% (37.770 del 2019 vs 26.499 del 2020), con conseguente riduzione del 17% del rimborso ottenuto per i DRG prodotti. Tale decremento risulta correlato all'emergenza pandemica da Covid-19, in atto dal mese di marzo 2020, per effetto della quale l'Azienda è stata necessitata a sospendere per lunghi periodi la quasi totalità delle attività di ricovero programmato e attuare un processo di riorganizzazione delle attività assistenziali con attivazione di posti letto dedicati esclusivamente a pazienti Covid-19, accorpamento o variazione della *mission* di strutture già esistenti e modifica di molteplici *asset* assistenziali.

Più nel dettaglio, in merito ai ricoveri ordinari, il numero di dimessi ordinari chirurgici si è ridotto del 25% (9.456 nel 2019 vs 7.080 nel 2020), con concomitante riduzione della percentuale di dimessi ordinari chirurgici sul totale dei dimessi ordinari (47,12% nel 2019 vs 46,2% nel 2020).

Numero dimessi in regime ordinario	2019	2020	Scostamento %
N. dimessi in regime ordinario chirurgici	9.456	7.080	-25%
N. dimessi in regime ordinario medici	10.610	8.244	-22%
Totale	20.066	15.324	-24%

A fronte della riduzione del numero di dimessi, è stato registrato un incremento di oltre il 10% del peso medio dei ricoveri ordinari nel biennio 2019-2020 (1,61 nel 2019 vs 1,78 nel 2020).

In merito ai **ricoveri diurni (DH+DS)**, il numero di casi è diminuito del 37% (17.704 nel 2019 vs 11.175 nel 2020) per effetto della sospensione delle attività di ricovero di tipo programmato attuata nel corso del 2020 per effetto della diffusione dell'infezione da SARS-Cov-2.

Numero dimessi in regime DH	2019	2020	Scostamento %
N. dimessi in regime diurno chirurgici	2.790	1.137	-59%
N. dimessi in regime diurno medici	14.914	10.038	-33%
Totale	17.704	11.175	-37%

Analizzando i dati relativi ai rimborsi per DRG in regime di DH, DS e RO, si evince una riduzione tra il 2019 e il 2020 del rimborso per le attività in regime di ricovero ordinario di circa € 15,2 Mln ed una riduzione del rimborso per le attività in regime di ricovero diurno di circa € 7 Mln.

Nello specifico, si evince uno scostamento percentuale tra l'annualità 2019 e il 2020 pari al-17% del rimborso ottenuto per i DRG prodotti.

Tipologia Ricovero	Rimborsi 2019	Rimborsi 2020	Delta Rimborsi 2019 vs 2020	Delta %
RO	113.665.248,00	98.424.900,18	-15.240.347,82	-13%
DH	15.902.784,00	11.503.790,14	-4.398.993,86	-28%
DS	4.554.850,00	1.790.671,60	-2.764.178,40	-61%
Totale	134.122.882,00	111.719.361,92	-22.403.520,08	-17%

Indice di utilizzo dei posti letto

Indici di utilizzo dei posti letto	2019	2020	Scostamento %
Indice di occupazione posti letto ordinari	89,3%	75,2%	-16%
Indice di rotazione	36	27	-25%
Indice di turn-over	1,09	3,40	212%

Relativamente agli indici di utilizzo dei posti letto ordinari, si è osservato quanto segue:

- la degenza media dei ricoveri ordinari è aumentata del 13,1% (9,09 nel 2019 vs 10,28 nel 2020) per effetto dell’elevato numero di pazienti con Covid-19 ricoverati presso le Unità Operative dell’Ospedale Cotugno, aventi una degenza media di circa 18 giorni;
- l’indice di occupazione si è ridotto del 16% (89,3% nel 2019 vs 75,2%) a causa della temporanea sospensione delle attività di ricovero ordinario di tipo programmato e della necessità di isolamento dei pazienti con infezione da SARS-Cov-2, fattori che hanno comportato l’impossibilità ad utilizzare quota parte dei posti letto ordinari a disposizione dei reparti di degenza;
- l’indice di turn over è aumentato del 212% (1,09 nel 2019 vs 3,40);
- l’indice di rotazione si è ridotto del 25% (36 nel 2019 vs 27 nel 2020) per effetto dell’aumento della degenza media dei ricoveri ordinari e dell’incremento dell’indice di turn over.
- l’indice di *turnover* è aumentato del 212% (1,1 nel 2019 vs 3,4 nel 2020).

Di seguito si riporta il dettaglio degli indici di utilizzo dei posti letto per singolo Dipartimento:

Dipartimento	Posti letto ordinari	Indice di occupazione	Indice di rotazione	Indice di turn over
Pneumologia e oncologia	71	69,40%	29	3,8
Medico e cardiologico	80	71,45%	56	1,9
Cardiochirurgia e dei trapianti	50	102,35%	35	-0,2
Chirurgia generale e specialistica	76	78,63%	62	1,3
Orto-neurologico e CTZ	70	81,57%	45	1,5
Area critica	114	61,68%	31	4,6
Mal. infettive ed urgenze infettivologiche	113	75,92%	23	3,8
Totale	574	75,2%	27	3,40

Dai dati riportati in tabella, si evince che l’indice di occupazione dei posti letto ordinari è inferiore all’80% per la maggior parte dei Dipartimenti Aziendali a causa della temporanea sospensione delle attività di ricovero ordinario di tipo programmato e della necessità di isolamento dei pazienti affetti da Covid-19, fattori che hanno comportato l’impossibilità ad utilizzare quota parte dei posti letto ordinari a disposizione dei reparti.

Considerato l'impatto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sulle attività di ricovero aziendali, si riporta di seguito il dettaglio dei ricoveri ordinari effettuati per pazienti Covid presso le singole Unità Operative aziendali nell'anno 2020.

DIMESSI CON DIAGNOSI PRINCIPALE O SECONDARIA DI COVID-19 (078.89) - ANNO 2020								
Codice	Descrizione	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza media	Peso medio	Rimborso medio caso	Rimborso totale	% DRG con CC
0713	UOSD Ass. mecc. al circolo e dei pz adolescenti	1	19	19,00	1,18	€ 3.910,00	€ 3.910,00	100,00
0811	UOC Cardiologia e UTIC	2	65	32,50	3,17	€ 14.276,00	€ 28.552,00	0,00
0812	UOC Cardiologia e UTIC (Vanvitelli-Monaldi)	4	31	7,75	2,34	€ 8.801,00	€ 35.204,00	100,00
0911	UOC Chirurgia Generale (Monaldi)	2	67	33,50	2,18	€ 8.821,00	€ 17.642,00	100,00
0931	UOSD Chirurgia Generale (CTO)	1	19	19,00	1,76	€ 5.744,00	€ 5.744,00	100,00
1411	UOC Chirurgia Vascolare	1	3	3,00	1,06	€ 3.283,00	€ 3.283,00	100,00
2421	UOC Malattie infettive ad indirizzo neurologico	150	2.605	17,37	1,50	€ 5.071,49	€ 760.724,00	63,50
2423	UOC Inf. sistemiche e dell'immunodepresso	120	2.240	18,67	1,67	€ 5.500,66	€ 660.079,00	87,83
2424	UOC Immunodef. e mal. infettive di genere	74	1.259	17,01	1,68	€ 5.408,28	€ 400.213,00	92,86
2426	UOC Malattie infettive ad indirizzo epatico	130	2.372	18,25	1,21	€ 3.985,59	€ 518.127,00	88,76
2427	UOC Malattie infettive dell'età geriatrica	123	1.848	15,02	1,67	€ 5.456,67	€ 671.171,00	87,39
2428	UOC Immunodef. e malattie dell'emigrazione	104	1.830	17,60	1,49	€ 4.926,88	€ 512.396,00	60,22
2429	UOC Malattie infettive a ind. eointerventistico	75	1.254	16,72	1,49	€ 4.950,72	€ 371.304,00	45,33
2481	UOC Malattie inf. ad indirizzo respiratorio	79	1.613	20,42	1,60	€ 5.337,90	€ 421.694,00	78,95
2482	III Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	17	334	19,65	1,65	€ 5.881,65	€ 99.988,00	14,29
2611	UOC Med. ind. cardiovascolare e dismetabolico	5	192	38,40	2,10	€ 7.829,80	€ 39.149,00	100,00
2615	UOC Medicina infettivologica e dei Trapianti	6	217	36,17	1,73	€ 6.535,50	€ 39.213,00	100,00
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	1	1	1,00	0,42	€ 191,00	€ 191,00	0,00
4912	UOSD Rianimazione ed ECMO	20	187	9,35	3,65	€ 13.522,45	€ 270.449,00	0,00
4915	Terapia Intensiva COVID-19 (Monaldi)	73	880	12,05	3,62	€ 13.455,57	€ 982.257,00	0,00
4921	UOC Anestesia, Rianimazione e T.I. (Cotugno)	65	1.126	17,32	3,91	€ 14.648,18	€ 952.132,00	100,00
4922	Terapia Intensiva COVID-19 (Corpo G Cotugno)	48	705	14,69	4,33	€ 16.775,94	€ 805.245,00	0,00
4931	UOC Anestesia, Rianimazione e T.I. (CTO)	1	68	68,00	2,03	€ 18.267,00	€ 18.267,00	0,00
5011	UTIC	2	89	44,50	1,76	€ 6.632,00	€ 13.264,00	100,00
6411	UOC Oncologia	1	49	49,00	1,76	€ 7.076,00	€ 7.076,00	100,00
6811	UOC UTSIR	37	575	15,54	1,82	€ 5.973,76	€ 221.029,00	100,00
6816	UOC Clinica Pneumologica (Vanvitelli-Monaldi)	42	914	21,76	1,72	€ 5.722,90	€ 240.362,00	97,56
6817	UOSD Mal. Respiratorie (Federico II-Monaldi)	26	389	14,96	1,71	€ 5.575,92	€ 144.974,00	92,00
6818	UOC Pneumotisiologia (Federico II-Monaldi)	16	305	19,06	1,73	€ 5.589,50	€ 89.432,00	93,75
6891	UOC Fisiopatologia e Riabilit. Respiratoria	21	380	18,10	2,19	€ 7.690,24	€ 161.495,00	100,00
9421	I Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	236	5.328	22,58	1,81	€ 6.289,97	€ 1.484.432	93,61
6895	II Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	3	86	28,67	1,40	€ 4.596,00	€ 13.788,00	100,00
9721	UOSD Gestione pz infettivo in stato detentivo	3	13	4,33	1,23	€ 3.462,33	€ 10.387,00	50,00
Totale		1.489	27.063	18,18	1,9346	€ 6.718,05	10.003.173	81,53

RICOVERI COVID PER ETA' E MODALITA' DI DIMISSIONE				
Fascia di età	Dimessi a domicilio	Trasferiti	Deceduti	Totale
0-29	41	3	1	45
30-49	224	9	13	246
50-59	316	9	43	368
60-69	288	25	76	389
70-79	173	9	135	317
80-89	45	4	64	113
≥ 90	4	1	6	11
Totale	1.091	60	338	1.489

RICOVERI COVID PER ETA' E PROVINCIA DI RESIDENZA							
Fascia di età	NA	CE	SA	AV	BN	Extra-Regione	Totale
0-29	35	6	2	0	1	1	45
30-49	203	23	9	0	1	10	246
50-59	329	23	8	3	0	5	368
60-69	353	24	7	1	0	4	389
70-79	291	16	6	1	1	2	317
80-89	101	8	2	0	2	0	113
≥ 90	10	0	0	1	0	1	12
Totale	1.322	100	34	6	5	22	1.489

ANDAMENTO DECESSI PER FASCIA D'ETA'			
Fascia di età	Casi	Decessi	Mortalità per fascia di età
0 - 29 anni	45	1	2,2%
30 - 49 anni	246	13	5,3%
50 - 59 anni	368	43	11,7%
60 - 69 anni	389	76	19,5%
70 - 79 anni	317	135	42,6%
80 - 89 anni	113	64	56,6%
≥ 90	11	6	54,5%
Totale	1.489	338	22,7%

Andamento obiettivi DGRC 365/2019 - Allegato A

Con riferimento agli obiettivi aziendali specifici assegnati con D.G.R.C. n. 365 del 06/08/2019 di natura preliminare riferiti all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA - e del Nuovo Sistema di Garanzia), riportati nell'allegato A) al presente provvedimento, risulta:

Indicatori Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %	Raggiungimento obiettivo
Ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite	4	1	≤ valore 2018	0	-100%	SI
Ricoveri ordinari in adulti per BPCO, diabete e scompenso cardiaco	440	583	≤ valore 2018	502	14%	NO
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	5.256	4.585	3.741	2.295	-56%	SI
Accessi di DH di tipo medico	22.292	23.224	18.481	12.754	-43%	SI
Rapporto ARI/non ARI in regime ordinario	0,16	0,14	≤ 0,21	0,10	-38%	SI
Percentuale di fratture di femore operate entro 2 gg dall'ammissione	36%	53%	≥ 60%	73%	105%	SI

Di seguito si riporta il dettaglio del valore assunto dai principali indicatori definiti dall'Allegato A della DGR n. 365 del 06/08/2019.

Ricoveri in età adulta per complicanze diabete, BPCO e scompenso cardiaco

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di mantenimento del numero totale di ricoveri in età adulta per complicanze di diabete, BPCO e scompenso cardiaco, in quanto nel 2020 è stata riscontrata una riduzione del 14% dei suddetti ricoveri rispetto all'anno precedente (502 nel 2020 vs 583 nel 2019).

Indicatori Allegato A	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Δ %
Ricoveri ordinari in adulti per BPCO, diabete e scompenso cardiaco	583	= valore 2019	502	-14%

Di seguito si riporta il dettaglio dei ricoveri effettuati nell'anno 2020 per singolo Ospedale ed Unità Operativa di degenza:

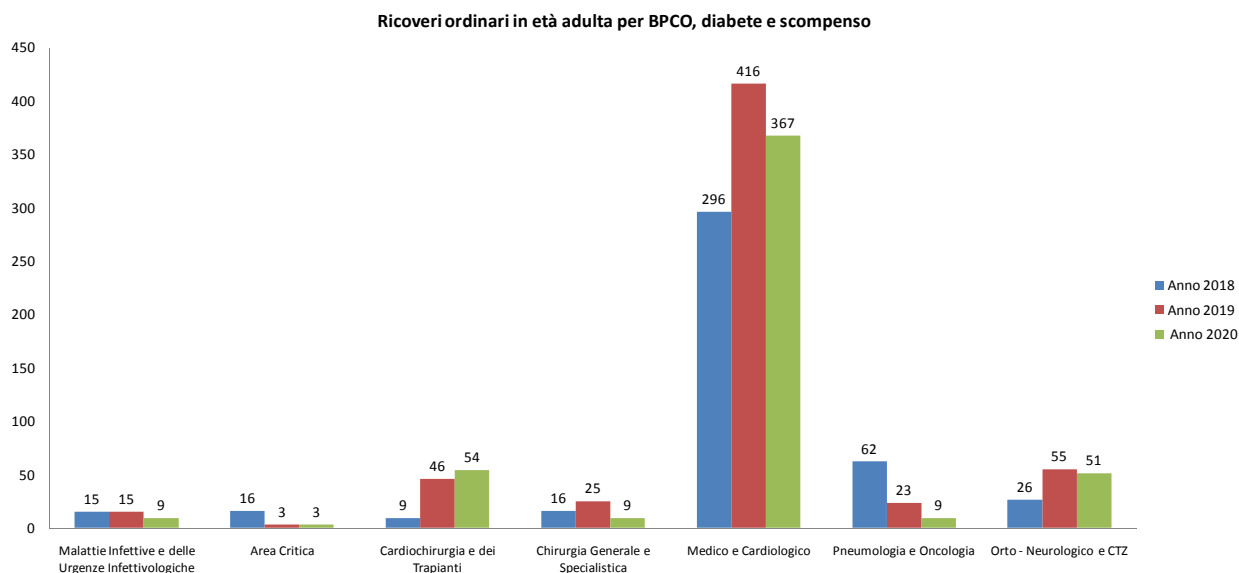
Ospedale Monaldi		
Codice	Unità Operativa	Ric. ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso
0611	UOC Cardiocirurgia Pediatrica	2
0711	UOC Cardiocirurgia Generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	2
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	30
0713	UOSD Assistenza meccanica al circolo e dei trapianti (adolescenti)	19
0811	UOC Cardiologia	75
0812	UOC Cardiologia (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	57
0813	UOC Cardiologia Interventistica	21
0816	Scompenso cardiaco e cardiologia riabilitativa	147
0817	UOSD Elettrofisiologia, studio e terapia delle aritmie	18
0818	UOSD Cardiopatie congenite in adulti (GUCH)	16
1311	UOC Chirurgia Toracica	9
2611	UOC Medicina ad ind. cardiovascolare e dismetabolico	25
2615	UOC Medicina infettivologica e dei trapianti (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	1
4911	UOC TIPO	2
5011	UTIC (Monaldi)	7
5013	UTIC (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	1
6811	UOC UTSIR	1
6813	UOC Pneumologia ad indirizzo oncologico	2
6816	UOC Clinica Pneumologica (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	6
6818	UOC Pneumotisiologia (Federico II-Monaldi)	1
Totale Ospedale		442

Ospedale Cotugno		
Codice	Unità Operativa	Ric. ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso
2421	UOC Malattie infettive ad indirizzo neurologico	1
2424	UOC Immunodeficienze e malattie infettive di genere	3
2426	UOC Malattie infettive ad indirizzo epatologico	1
2428	UOC Immunodeficienze e malattie dell'emigrazione	3
2429	UOC Malattie infettive ad indirizzo eointerventistico	1
Totale Ospedale		9

Ospedale CTO		
Codice	Unità Operativa	Ric. ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso
3231	UOC Neurologia	1
5131	UOSD MCAU	50
Totale		51

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento:

Ricoveri ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso				
Dipartimento	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Scostamento %
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	15	15	9	-40%
Area Critica	16	3	3	-81%
Cardiochirurgia e dei Trapianti	9	46	54	500%
Chirurgia Generale e Specialistica	16	25	9	-44%
Medico e Cardiologico	296	416	367	24%
Pneumologia e Oncologia	62	23	9	-85%
Orto - Neurologico e CTZ	26	55	51	96%
Totale	440	583	502	14%



Ricoveri diurni di tipo diagnostico

L'Azienda ha migliorato l'appropriatezza delle attività di day hospital grazie al trasferimento di parte delle prestazioni improprie nel setting dell'assistenza ambulatoriale. Tale intervento, unitamente alla temporanea sospensione delle attività di DH legata all'emergenza Covid, ha determinato una riduzione dei DH medici di tipo diagnostico del 51% rispetto al 2019 (4.651 nel 2019 vs 2.295 nel 2020) e del 56% rispetto al 2018 (5.256 nel 2018 vs 2.295 nel 2020), in linea con l'obiettivo di riduzione del 20% assegnato con DGRC n. 365/2019 per il triennio di riferimento.

Indicatori Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	5.256	4.585	3.741	2.295	-56%

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento:

DH medici con finalità diagnostica				
Dipartimento	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Scostamento %
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	617	605	522	-15%
Area Critica	259	338	193	-25%
Cardiochirurgia e dei Trapianti	401	158	99	-75%
Chirurgia Generale e Specialistica	1.132	972	524	-54%
Medico e Cardiologico	2.062	2.036	800	-61%
Pneumologia e Oncologia	647	416	122	-81%
Orto - Neurologico e CTZ	138	60	35	-75%
Totale	5.256	4.585	2.295	-56%

Accessi di tipo medico

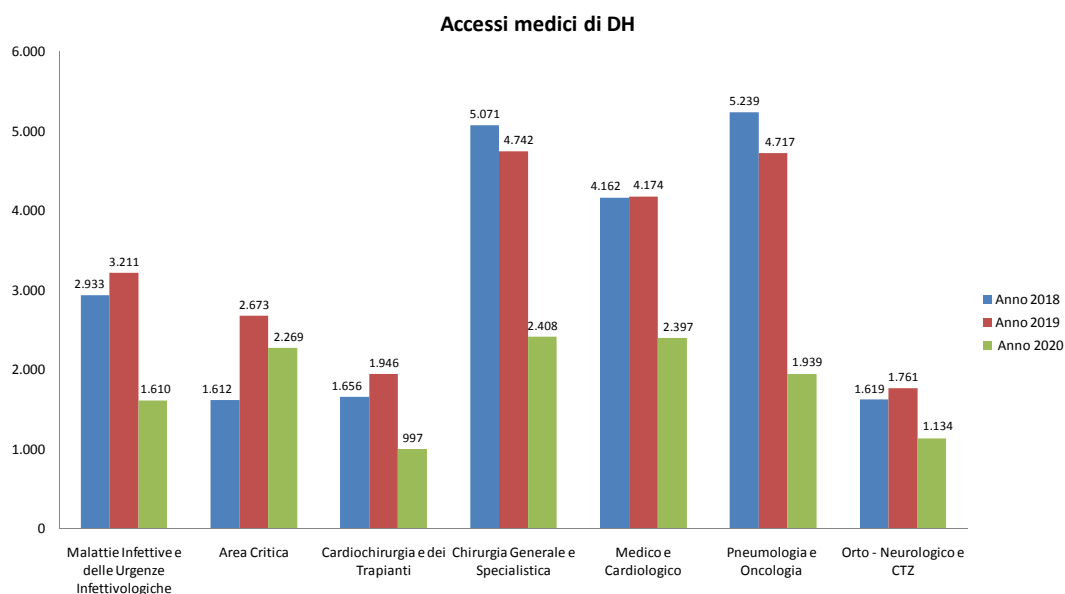
L'azienda ha raggiunto l'obiettivo in quanto il valore degli accessi di tipo medico per l'annualità 2020 ha fatto registrare una riduzione del 43% rispetto al dato rilevato nel 2018 (22.292 nel 2018 vs 12.754 nel 2020) e del 44% rispetto al dato rilevato nel 2019 (22.974 nel 2019 vs 12.754). Tale dato risulta correlato, al pari di quello relativo al numero di ricoveri diurni con finalità diagnostica, alla parziale sospensione delle attività di DH legata all'emergenza da Covid-19 e agli interventi attuati per contrastare i fenomeni di inappropriata organizzativa in regime di ricovero diurno mediante trasferimento di quota parte dei DH inappropriati nel setting dell'assistenza ambulatoriale o del *day service*.

Indicatore Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Accessi di DH di tipo medico	22.292	23.224	18.481	12.754	-43%

Nota bene: In riferimento agli indicatori "Ricoveri diurni di tipo diagnostico" e "Accessi di tipo medico", si specifica che il "Team di Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO" costituito a livello regionale, coordinato dal Referente Regionale SDO, ha modificato le modalità di calcolo applicate fino al 2019, introducendo i seguenti criteri di esclusione: DRG diverso da 409 (Radioterapia), DRG 410 (Chemioterapia), DRG 489-490 (HIV associato ad altre patologie) e Diagnosi diversa da follow up in paziente trapiantato (V420-V421-V427).

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento:

Accessi medici di DH				
Dipartimento	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Scostamento %
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	2.933	3.211	1.610	-45%
Area Critica	1.612	2.673	2.269	41%
Cardiochirurgia e dei Trapianti	1.656	1.946	997	-40%
Chirurgia Generale e Specialistica	5.071	4.742	2.408	-53%
Medico e Cardiologico	4.162	4.174	2.397	-42%
Pneumologia e Oncologia	5.239	4.717	1.939	-63%
Orto - Neurologico e CTZ	1.619	1.761	1.134	-30%
Totale	22.292	23.224	12.754	-43%



Di seguito si riporta il dettaglio dei ricoveri diurni di tipo diagnostico e degli accessi medici di DH effettuati nell'anno 2020 per singolo Ospedale ed Unità Operativa di degenza:

Ospedale Monaldi			
Codice	Unità Operativa	Numero DH Diagnostici	Num. tot. di accessi medici (di DH sia diagnostici che terapeutici)
0711	UOC Cardiochirurgia Generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	0	15
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	71	533
0713	UOSD Assistenza meccanica al circolo in pazienti adolescenti	27	272
0811	UOC Cardiologia e UTIC (Monaldi)	0	16
0814	UOC Cardiologia Pediatrica	82	108
0815	UOSD DH Cardiologia Preventiva	41	49
0816	Scompenso caridaco e cardiologia riabilitativa	1	579
0817	UOSD Elettrofisiol., studio e terapia aritmie	2	6
0818	UOSD Cardiopatie congenite in adulti (GUCH)	663	1.589
0819	UOSD Diagnostica Cardiologica Integrata	11	50
0911	UOC Chirurgia Generale	11	97
0912	UOC Endoscopia Digestiva Chirurgica	0	729
1311	UOC Chirurgia Toracica	6	100
1411	UOC Chirurgia Vascolare	0	133
2615	UOC Medicina infettivologica e dei Trapianti (Vanv-Monaldi)	1	177
3411	UOC Oculistica	0	86
3611	UOSD Trattamento Ortopedici	0	601
3811	UOC Otorinolaringoiatria	9	53
4311	UOC Urologia	239	765
4911	UOC Anestesia e TIPO	0	299
6411	UOC Oncologia	0	409
6811	UOC UTSIR	9	298
6813	UOC Pneumologia ad indirizzo oncologico	3	608
6816	UOC Clinica Pneumologica (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	12	160
6817	UOSD Malattie Respiratorie (Federico II-Monaldi)	22	361
6818	UOC Pneumotisiologia (Federico II-Monaldi)	10	117
6891	UOC Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria	146	1.470
6893	UOSD Trattamento complicitanze cancro del polmone	75	284
7311	UOC Terapia Intensiva Neonatale	26	37
Totale Ospedale		1.467	10.001

Ospedale Cotugno			
Codice	Unità Operativa	Numero DH Diagnostici	Num. di accessi medici (di DH sia diagnostici che terapeutici)
2421	UOC Malattie Infettive ad indirizzo neurologico	62	396
2423	UOC Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso	19	103
2424	UOC Immunodef. e malattie infettive di genere	9	36
2426	UOC Malattie Infettive ad indirizzo epatico	79	194
2427	UOC Mal. Infettive ad indirizzo immunologico	5	26
2428	UOC Immunodef. e malattie dell'emigrazione	115	273
2429	UOC Mal. Infettive ad ind. eointerventistico	4	111
2481	UOC Malattie Infettive ad indirizzo respiratorio	228	466
2921	UOC Nefrologia e Dialisi	3	156
6894	I Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	9	9
9721	UOSD Gestione pz infettivo in stato detentivo	1	5
Totale Ospedale		534	1.775

Ospedale CTO			
Codice	Unità Operativa	Numero DH Diagnostici	Num. di accessi medici (di DH sia diagnostici che terapeutici)
0831	UOC Cardiologia	17	42
0931	UOSD Chirurgia Generale	1	62
0932	UOSD Endoscopia Digestiva	258	383
3031	UOC Neurochirurgia (Uni. Vanvitelli-CTO)	1	358
3231	UOC Neurologia	17	37
3631	UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico	0	4
3633	UOSD Ortopedia ad indirizzo rigenerativo	0	42
3634	UOSD Chirurgia della mano	0	50
Totale Ospedale		294	978

Ricoveri in regime ordinario con DRG inappropriato

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo relativo al rapporto tra ricoveri ordinari per DRG a rischio di in appropriatezza (ARI) e DRG appropriati (non ARI), facendo registrare un rapporto ARI/non ARI in regime ordinario pari a 0,10, inferiore al valore di 0,14 rilevato nel 2019 e individuato come valore target anche per l'anno 2020, inferiore al valore obiettivo pari a $\leq 0,21$.

Indicatore Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Rapporto ARI/non ARI in regime ordinario	0,16	0,14	$\leq 0,21$	0,10	-38%

Ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni

Relativamente alla percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dal ricovero, l'Azienda ha raggiunto il valore minimo appropriato del 60% previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, facendo registrare, nell'anno 2020, un valore nettamente superiore a quello osservato negli anni precedenti. Nel 2018 e nel 2019, infatti, la percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore è risultata rispettivamente pari al 36% e 53% per effetto dell'impatto prodotto sulle attività assistenziali dal Pronto Soccorso dell'Ospedale CTO, che ha determinato un significativo incremento del numero di pazienti di età superiore a 65 anni con diagnosi di frattura di femore trattati annualmente nel Presidio Ospedaliero. L'introduzione di nuovi percorsi organizzativo-gestionali e, in particolare, l'assegnazione di sedute operatorie aggiuntive dedicate ai pazienti con frattura di femore, ha portato tale valore al 73% nell'anno 2020, con un incremento del 37% rispetto all'anno precedente e del 105% rispetto all'annualità 2018.

Indicatore Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Percentuale di fratture di femore operate entro 2 gg dall'ammissione	36%	53%	$\geq 60\%$	73%	105%

Si riporta di seguito il dettaglio per le UOC Ortopedia a indirizzo protesico ed artroscopico e UOC Ortopedia a indirizzo protesico e rigenerativo per le annualità 2018, 2019, 2020.

Anno 2018				
Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		N. dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni	Totale dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore	% dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	44	117	38%
3633	UOC Ortopedia a ind protesico e rigenerativo	51	150	34%
Totale		95	267	36%

Anno 2019				
Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		N. dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni	Totale dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore	% dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	88	192	46%
3633	UOC Ortopedia a ind protesico e rigenerativo	133	225	59%

Anno 2020				
Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		N. dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni	Totale dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore	% dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	73	106	69%
3633	UOC Ortopedia a ind protesico e rigenerativo	123	163	75%
Totale		196	269	73%

ANDAMENTO OBIETTIVI DGRC 365/2019 – ALLEGATO B

Con riferimento agli obiettivi di cui all'allegato B) alla D.G.R.C. n. 365 del 06/08/2019, risulta quanto segue.

Indicatori Allegato B	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %	Raggiungimento obiettivo
Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	15%	15%	< 25%	14%	-3%	SI
Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati	2,23	2,20	≤ 1,4	2,14	-4%	NO
Percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione con degenza oltre soglia	0%	1%	≤ 20%	1%	1020%	SI
Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e l'attuazione del nuovo HSM	100%	100%	100%	100%	0%	SI
Monitoraggio di appropriatezza ed efficacia delle SDO	100%	100%	100%	100%	0%	SI

Di seguito si riporta il dettaglio del valore assunto dai suddetti indicatori.

Ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici

Indicatore Allegato B	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	15%	15%	< 25%	14%	-3%

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo relativo alla percentuale di ricoveri con DRG di tipo medico dimessi da reparti chirurgici, per il quale è previsto un valore target <25%. Nell'anno 2020 è stato, infatti, registrato un valore del 14%, inferiore non solo al valore obiettivo assegnato da DGRC n. 365/2019, ma anche al valore del 15% rilevato nel 2019 e nel 2018.

Di seguito si riporta il dettaglio dei valori registrati per singolo Dipartimento.

Ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici			
Descrizione Dipartimento	Dimessi medici	Totale dimessi	% dimessi medici
Dipartimento di Cardiocirurgia e dei Trapianti	183	874	21%
Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica	468	3.731	13%
Dipartimento Orto - Neurologico e CTZ	204	1.348	15%
Totale complessivo	855	5.953	14%

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica		Dimessi medici	Dimessi totali	% DRG medici
0911	UOC Chirurgia Generale (Monaldi)	57	896	6,4%
0931	UOSD Chirurgia Generale (CTO)	121	386	31,3%
1311	UOC Chirurgia Toracica	20	613	3,3%
1411	UOC Chirurgia vascolare	40	329	12,2%
3411	UOC Oculistica	4	68	5,9%
3811	UOC Otorinolaringoiatria	43	602	7,1%
4311	UOC Urologia	183	837	21,9%

Dipartimento di Cardiocirurgia e dei Trapianti		Dimessi medici	Dimessi totali	% DRG medici
0611	UOC CCH pediatrica e delle cardiopatie cong.	38	242	15,7%
0711	UOC CCH generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	29	273	10,6%
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	47	70	67,1%
0713	UOSD Ass. meccanica al circolo e dei trap. in adol.	53	71	74,6%
0714	UOSD Tecniche Innovative in Cardiocirurgia	16	218	7,3%

Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		Dimessi medici	Dimessi totali	% DRG medici
3031	UOC Neurochirurgia (Uni. Vanvitelli-CTO)	59	172	34,3%
3631	UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico	44	575	7,7%
3633	UOSD Ortopedia ad indirizzo rigenerativo	101	601	16,8%

Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati

L’Azienda non ha raggiunto l’obiettivo relativo alla degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati, per il quale è previsto un valore target $\leq 1,4$ giorni. Nell’anno 2020 è stato, infatti, registrato un valore di 2,14 giorni, che, tuttavia, conferma la progressiva riduzione della degenza media osservata nell’ultimo triennio.

Indicatore Allegato B	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati	2,2	2,2	$\leq 1,4$	2,1	-4%

Anno di riferimento	Giornate totali di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici con criteri di esclusione	Degenza media pre-operatoria
2018	10.976	4.926	2,2
2019	10.020	4.563	2,2
2020	6.848	3.194	2,1

Il mancato raggiungimento dell’obiettivo è fortemente condizionato dal trasferimento di un elevato numero di pazienti presso le Unità Operative di cardiocirurgia dell’Ospedale Monaldi nell’ambito della rete dell’emergenza. Tali trasferimenti, infatti, determinano il frequente slittamento degli interventi chirurgici programmati a causa dell’indisponibilità di sale operatorie e/o posti letto in Terapia Intensiva Post-Operatoria.

Di seguito si riporta il dettaglio dei valori registrati per singola Unità Operativa aziendale.

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica		Giorni di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria
0911	U.O.C. Chirurgia Generale (Monaldi)	1.254	767	1,63
0931	U.O.S.D. Chirurgia Generale (CTO)	333	127	2,62
1311	U.O.C. Chirurgia Toracica (Monaldi)	1.995	543	3,67
1411	U.O.C. Chirurgia vascolare (Monaldi)	342	242	1,41
3411	U.O.C. Oculistica (Monaldi)	30	42	0,71
3811	U.O.C. Otorinolaringoiatria (Monaldi)	337	556	0,61
4311	U.O.C. Urologia (Monaldi)	630	623	1,01

Dipartimento di Cardiocirurgia e dei Trapianti		Giorni di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria
0611	UOC CCH pediatrica e delle cardiopatie cong.	299	116	2,58
0711	UOC CCH generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	674	50	13,48
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	44	2	22,00
0713	UOSD Ass. meccanica al circolo e dei trap. in adol.	51	4	12,75
0714	UOSD Tecniche Innovative in Cardiocirurgia	561	35	16,03

Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		Giorni di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria
3031	UOC Neurochirurgia (Uni. Vanvitelli-CTO)	108	31	3,48
3631	UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico	148	38	3,89
3633	UOSD Ortopedia ad indirizzo rigenerativo	42	18	2,33

Percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione con degenza oltre soglia

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo previsto dalla DGR n. 365/2019 in termini di percentuale di ricoveri per riabilitazione con degenza oltre soglia, in quanto per l'anno 2020 è stato registrato valore pari a 1,12%. (Valore Target \leq 20%).

Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e l'attuazione del nuovo HSM

I flussi informativi necessari alla verifica degli obiettivi previsti dalla griglia LEA e dal Nuovo Sistema di Garanzia ed, in particolare Flusso A, Flusso P, Flussi HSP ed STS, sono stati trasmessi nel pieno rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

L'Azienda ha, inoltre, provveduto al costante e tempestivo riallineamento dei flussi di governo - in particolare Flussi NSIS relativi a dotazione di posti letto ed apparecchiature elettromedicali e Flusso SDO - in relazione agli interventi attuati per far fronte all'evoluzione dell'emergenza epidemiologica da SARS-Cov-2. È stata, altresì, garantita la puntuale trasmissione di flussi informativi straordinari istituiti a livello regionale al fine di monitorare l'esito dei tamponi molecolari per la ricerca di SARS-Cov-2, la disponibilità di posti letto in reparti Covid-19 a media e ad alta intensità di cure e l'indice di saturazione di tali aree;

Monitoraggio di appropriatezza ed efficacia delle SDO

L'Azienda ha provveduto ad effettuare le seguenti attività di controllo secondo la tempistica e le procedure definite dalla normativa vigente:

- verifica, in regime di autocontrollo, delle SDO relative ai ricoveri ordinari con degenza superiore a 3 giorni attributi ai DRG ad alto rischio di in appropriatezza, ai sensi del Decreto Commissariale n. 21 del 05/03/2018;
- verifica della congruità di codifica di tutte le schede trasmesse dal *Team* regionale costituito per il Monitoraggio di Appropriatezza e di efficacia delle SDO. Tutte le SDO per cui è stata confermata una codifica incongrua sono state corrette e rinviate con posizione contabile 2.

Ricoveri per pazienti extra Regione

Come dalle tabelle indicate di seguito, la percentuale del numero di ricoveri ordinari per pazienti extra-regione dimissioni si riduce nel 2020 per la maggior parte dei Dipartimenti aziendali a causa dello stato di emergenza nazionale da Covid-19 che ha comportato la temporanea sospensione delle attività di ricovero ordinario di tipo programmato. La percentuale del numero di ricoveri diurni per pazienti extra-regione risulta nel 2020 sostanzialmente invariata rispetto al 2019.

Dipartimento	RICOVERI ORDINARI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE		RICOVERI DIURNI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE	
	% Dimessi extra-Regione		% Dimessi extra-Regione	
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2019	Anno 2020
Cardiochirurgia e dei Trapianti	7%	3%	7%	7%
Medico e Cardiologico	3%	3%	4%	4%
Chirurgia Generale e Specialistica	3%	3%	2%	2%
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	9%	5%	9%	8%
Orto-Neurologico e CTZ	3%	2%	2%	2%
Area Critica	5%	6%	4%	4%
Pneumologia e Oncologia	2%	3%	3%	2%
Totale	4%	3%	4%	4%

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento dei ricoveri ordinari e diurni effettuati nel corso del 2020 per pazienti extra-Regione.

RICOVERI ORDINARI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE			
Dipartimento	Dimessi	Dimessi extra-Regione	% Dimessi extra-Regione
Cardiochirurgia e dei Trapianti	1.032	32	3%
Medico e Cardiologico	2.859	77	3%
Chirurgia Generale e Specialistica	3.731	102	3%
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	1.868	100	5%
Orto-Neurologico e CTZ	2.250	53	2%
Area Critica	1.415	83	6%
Pneumologia e Oncologia	1.832	47	3%
Totale	14.987	494	3%

RICOVERI DIURNI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE			
Dipartimento	Dimessi	Dimessi extra-Regione	% Dimessi extra-Regione
Cardiochirurgia e dei Trapianti	607	41	7%
Medico e Cardiologico	1.112	49	4%
Chirurgia Generale e Specialistica	1.987	38	2%
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	3.067	244	8%
Orto-Neurologico e CTZ	790	12	2%
Area Critica	814	30	4%
Pneumologia e Oncologia	2.738	62	2%
Totale	11.115	476	4%

Come si evince dalle tabelle sovrastanti, riscontriamo una percentuale maggiore di ricoveri per pazienti extra-regione per i Dipartimenti di Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche, che raggiunge valori pari al 6 % per i ricoveri ordinari e all'8% per i ricoveri a ciclo diurno, e per il

Dipartimento di Area Critica, che raggiunge valori pari al 6% per i ricoveri ordinari e a 4% per i ricoveri a ciclo diurno. Tale indice risulta in crescita anche per il Dipartimento di Cardiologia e dei Trapianti, che raggiunge valori pari al 3% per i ricoveri ordinari e al 7% per i ricoveri a ciclo diurno, essendo l'Ospedale Monaldi anche il centro di riferimento regionale per i trapianti cardiaci.

Andamento Attività specialistica ambulatoriale 2019 - 2020

Di seguito si riporta l'analisi dell'andamento delle attività di specialistica ambulatoriale nel biennio 2019 - 2020:

Branca	Descrizione branca	Anno 2019		Anno 2020		Δ 2019 vs 2020	
		N° Prestazioni	Importo	N° Prestazioni	Importo	N° Prestazioni	Importo
AN	Anestesia	2714	91.656 €	11	46.603 €	-2703	-45.053 €
AP	Altro	17371	3.760.904 €	96	843.156 €	-17275	-2.917.748 €
CA	Cardiologia	82590	2.370.171 €	500	1.690.683 €	-82090	-679.488 €
CH	Chirurgia Generale	4689	79.267 €	36	32.484 €	-4653	-46.783 €
CV	Chirurgia Vascolare	1012	21.400 €	21	13.730 €	-991	-7.670 €
DB	Diabetologia	666	9.815 €	6	5.629 €	-660	-4.186 €
DE	Allergologia	1503	22.471 €	27	7.278 €	-1476	-15.193 €
EN	Endocrinologia	1234	19.471 €	6	1.786 €	-1228	-17.685 €
FK	Fisiatria	4246	299.256 €	67	83.357 €	-4179	-215.899 €
GA	Gastroenterologia - Chirurgia - Endoscopia	8643	338.381 €	60	177.811 €	-8583	-160.570 €
LA	Laboratorio Analisi Dinamica	170918	1.280.344 €	1453	555.136 €	-169465	-725.208 €
MI	Medicina Interna	496	7.426 €	8	7.411 €	-488	-16 €
MN	Miocardologia	1926	830.860 €	10	633.934 €	-1916	-196.925 €
NC	Neurochirurgia	1729	23.145 €	5	13.635 €	-1724	-9.511 €
NE	Neurologia	10145	313.713 €	68	146.493 €	-10077	-167.220 €
NF	Nefrologia	3392	82.131 €	8	67.706 €	-3384	-14.425 €
OC	Ocullistica	5019	108.877 €	63	97.437 €	-4956	-11.440 €
OD	Ginecologia	205	4.236 €	5	1.005 €	-200	-3.232 €
ON	Oncologia	3707	52.918 €	16	112.050 €	-3691	59.132 €
OR	Ortopedia e Traumatologia	10080	158.027 €	60	96.377 €	-10020	-61.650 €
OT	Otorinolaringoiatria	3290	47.182 €	56	38.827 €	-3234	-8.356 €
PN	Pneumologia	32124	707.908 €	249	299.547 €	-31875	-408.360 €
PS	Psichiatria	1464	24.942 €	15	8.454 €	-1449	-16.489 €
RA	Diagnosticaper immagini: Radiologia Diagnostica	6359	315.925 €	117	104.158 €	-6242	-211.767 €
UR	Urologia	2361	71.484 €	33	75.215 €	-2328	3.730 €
Totale complessivo		377883	11.041.911 €	2996	5.159.901 €	-374887	-5.882.010 €

Come si può notare dall'analisi dei dati, nel corso del 2020 risulta esserci una riduzione rispetto annualità 2019 sia per quanto riguarda il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che per il numero di prestazioni eseguite. Nello specifico, si rileva una riduzione delle attività per circa 5,9 Mln imputabile principalmente alla temporanea sospensione delle attività di specialistica ambulatoriale, per le prestazioni non urgenti, a causa dello stato di emergenza nazionale da Covid-19.

ANDAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

L'Azienda Ospedaliera dei Colli ha riaperto il Pronto Soccorso presso il presidio del CTO da Aprile 2018. Come previsto dal Decreto n.103 del 28.12.2018 - Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M.70/2015- il Pronto soccorso del CTO si pone come ospedale di base sede di Pronto Soccorso all'interno della Rete della Emergenza-Urgenza nella Macro-Area dell'ASL Napoli 1. L'Ospedale di base del CTO, sede di Pronto Soccorso, si riferisce ad un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, con un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e soddisfa un numero di accessi superiore a 20.000. È deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso è dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del CTO, nel corso dell'annualità 2020, si sono registrati 21.644 accessi di cui:

- Il 2% di accessi con codice di triage bianco;
- Il 32% di accessi con codice di triage giallo;
- Il 3% di accessi con codice di triage rosso;
- Il 64% di accessi con codice di triage verde.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del Cotugno, nel corso del 2020, il numero di accessi registrati, pari a 20.841, sono per lo più imputabili a pazienti con infezione da Covid-19, essendo, infatti, il Presidio Ospedaliero Cotugno individuato, all'interno della rete ospedaliera regionale, quale centro di riferimento per i pazienti affetti da Covid-19 sia per il Pronto soccorso che per la Degenza ordinaria.

Il numero di accessi nel corso dell'annualità 2020, risulta così distribuito:

- Il 4,4 % di accessi con codice di triage giallo;
- Il 0,5 % di accessi con codice di triage rosso;
- Il 95,1% di accessi con codice di triage verde.

Le criticità e le opportunità

Mission

L’Azienda Ospedaliera dei Colli è una Azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro e ad alta specializzazione ed assicura l’accoglienza ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone portatrici di bisogni di salute. Le attività dell’Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La ridefinizione del ruolo delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere operato dalla legislazione, in coerenza con l’analoga ridefinizione dei ruoli della Regione e delle Autonomie Locali, ha impresso una forte connotazione di innovazione nella gestione delle stesse mediante il riconoscimento della autonomia imprenditoriale.

Le logiche di governo e di gestione aziendale non possono prescindere dall’utilizzo di sistemi dinamici che si adattino al disegno strategico aziendale e collochino l’azienda come *partner* attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione di un progetto sociale di salute.

La “promozione” diventa quindi il principio ispiratore dell’azione tecnica e organizzativa aziendale intesa come promozione di conoscenza, di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell’individuo.

Per agire in tale direzione l’Azienda si propone:

- di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
- la ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze a vario titolo presenti nel campo dei servizi come condizione di confronto intorno alle competenze distintive;
- di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

Vision

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana rappresenta l'opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su presidi maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo. Il modello organizzativo scelto è basato sull'integrazione funzionale delle strutture, capace di creare una rete di assistenza per la gestione globale del paziente.

Elemento caratterizzante è l'integrazione, anche di più presidi, in un'unica realtà assistenziale che consenta di razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, una maggiore efficienza del sistema, una revisione dell'offerta di assistenza che ponga i bisogni al centro di una programmazione, sostanziale e funzionale, nell'interesse del cittadino e con lo scopo di garantire, all'interno della Regione, il soddisfacimento di ogni necessità. In tale riorganizzazione, l'Azienda si avvale dei propri ospedali e si propone quale struttura di riferimento della sanità regionale e nazionale, secondo le specifiche aree di intervento riconosciute nell'ambito del Piano Ospedaliero, frutto, peraltro, dell'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che hanno operato negli ospedali confluiti e della capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con l'alta specializzazione dei settori di intervento, favorendo il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte. Opera, peraltro, per realizzare tutte le condizioni che vedono singole realtà aziendali integrate nella rete dell'emergenza-urgenza prevista da Piano Ospedaliero e per il potenziamento di quelle individuate quali Centri di riferimento regionale per particolari patologie, anche attraverso dipartimenti funzionali.

L'azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, opera per mantenere e sviluppare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità, sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere.

A tale scopo, le azioni della Direzione Strategica saranno tese a realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando nelle persone che operano in Azienda e nel loro patrimonio professionale la risorsa sulla quale fondare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda nel suo complesso. Il modello prevede l'applicazione di protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate, avviando logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati, sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale. In tal senso vengono costantemente migliorati i sistemi informativi al fine di favorire l'approccio al cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie secondo la più concreta applicazione del principio della trasparenza. Anche i rapporti con le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Napoli, vengono aggiornati attraverso il rinnovo delle convenzioni, garantendo così non solo un supporto clinico-assistenziale, ma riproducendo quelle azioni di formazione e ricerca che sono alla base della crescita qualitativa dell'assistenza. Tutto quanto indicato dovrà avere il carattere fondante della accessibilità e della trasparenza, secondo le prescrizioni della normativa corrente in materia di trasparenza e l'Integrità.

L'Azienda dei Colli ha messo in campo le azioni necessarie a garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro, al fine di tutelare gli operatori e gli utenti che utilizzano le strutture dei tre ospedali.

Particolare attenzione viene focalizzata sulla riduzione dei rischi legati a fattori biologici, fisici, chimici e meccanici, in particolare per le aree interessate da alto rischio, quali l'Ospedale Cotugno, presso il quale sono allocati un laboratorio virologico classificato con livello di contenimento PCL3 ed i locali pressione negativa per malattie aerodiffusibili.

Nel 2022 si pone quale obiettivo strategico l'ulteriore elevazione del livello di *focus* sulla sicurezza degli ambienti di lavoro, introducendo la prospettiva relativa.

La tematica inerente al *risk management* trova nel 2022 un maggior spazio specifico, a garanzia degli operatori e dei pazienti che si affidano alle strutture.

Valori e Qualità

L'attività dell'Azienda si identifica nei seguenti valori:

- a) centralità del paziente ed uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
- b) personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;
- c) imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
- d) confronto con la comunità e le istituzioni, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
- e) introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;
- f) qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo sanitario ed amministrativo e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
- g) formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale verso la realizzazione di ospedali orientati al costante miglioramento dell'attività clinico-assistenziale ed allo sviluppo di forme di educazione sanitaria partecipata;
- h) corretta e preventiva gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo degli utenti e dei dipendenti, attraverso la valorizzazione delle esperienze e l'analisi delle condizioni organizzative.

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

- i pazienti, gli utenti ed i loro familiari;
- il personale dipendente, dirigente e di comparto, sanitario, amministrativo, professionale e tecnico;
- le Istituzioni tra cui le principali: Il Ministero della Salute, La Regione Campania;
- Università degli Studi
- i Fornitori;
- le Associazioni di volontariato e di tutela dei pazienti

Analisi del contesto interno

Dati di attività ed analisi delle performance clinico-assistenziali ed organizzative

Pronto Soccorso

L’Azienda Ospedaliera dei Colli ha riaperto il Pronto Soccorso presso il presidio del CTO da Aprile 2018. Come previsto dal Decreto n. 103 del 28.12.2018 - Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M.70/2015- il Pronto soccorso del CTO si pone come ospedale di base sede di Pronto Soccorso all’interno della Rete della Emergenza-Urgenza nella Macro-Area dell’ASL Napoli 1. L’Ospedale di base del CTO, sede di Pronto Soccorso, si riferisce ad un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, con un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e soddisfa un numero di accessi superiore a 20.000. È deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici,ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso è dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

L’anno 2018, a seguito dell’apertura del pronto soccorso (nel mese di aprile) e delle inevitabili ricadute sull’organizzazione clinico-assistenziale ha dovuto registrare un leggero generale abbassamento del peso medio legato alle attività di ricovero. L’Azienda si è quindi impegnata nella revisione dei percorsi precedentemente adottati, anche in funzione della necessità di garantire ulteriori turni h24 per la gestione dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso.

L’apertura del Pronto Soccorso ha richiesto un notevole sforzo organizzativo per approntare nuovi percorsi assistenziali ed appropriati piani di gestione delle emergenze intra ed extra ospedaliere, garantendo nel contempo la necessaria mobilità del personale per adeguamento alle necessità d’intervento e l’opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di *burn out* e riproporzionare i carichi di lavoro).

L’attivazione del PS è, inoltre, avvenuta in un contesto caratterizzato dalla mancanza, sul territorio, di poli alternativi a cui il cittadino possa rivolgersi, afferendo al centro di emergenza solo le problematiche che hanno effettivamente bisogno di essere trattate in Pronto Soccorso. La carenza di strutture territoriali che possano garantire offerte alternative a quelle ospedaliere ha contribuito, quindi, a determinare una condizione di severa congestione del sistema caratterizzata dalla frequente permanenza inappropriata in PS o OBI di pazienti in attesa di ricovero, con elevati bisogni assistenziali e in grado di assorbire notevoli risorse umane, logistiche ed organizzative, risorse che avrebbero dovuto essere più opportunamente dedicate all’assistenza di nuovi pazienti.

L’avvio delle attività di Pronto Soccorso ha inciso profondamente sulla disponibilità di sale operatorie e servizi diagnostici, determinando lo sviluppo di veri e propri colli di bottiglia lungo i percorsi assistenziali. Ne sono derivati una generale riduzione dell’attività di elezione a vantaggio di quella di emergenza ed un allungamento della degenza media dei ricoveri ordinari. Nei periodi di

“overcrowding” del Pronto Soccorso, si è inoltre determinata la possibile occupazione inappropriata di posti letto per gli “appoggi” dei pazienti provenienti da PS ed OBI.

Il volumi e la tipologia di domanda sanitaria giunta alla struttura ha determinato, infine, notevoli criticità nel raggiungimento di alcuni degli indicatori riferiti all’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, assegnati come obiettivi di budget per l’anno 2022 e riportati nella griglia del Nuovo Sistema di Garanzia e negli allegati A) e B) della DGRC n. 365/2019. Basti pensare, in tal senso all’obiettivo relativo alla degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati, fortemente condizionato dal trasferimento di un elevato numero di pazienti presso le Unità Operative di cardiocirurgia dell’Ospedale Monaldi nell’ambito della rete dell’emergenza. Tali trasferimenti, infatti, hanno determinato il frequente slittamento degli interventi chirurgici programmati a causa dell’indisponibilità di sale operatorie e/o posti letto in Terapia Intensiva Post-Operatoria.

È indubbio che i livelli assistenziali erogati negli anni precedenti non sono facilmente raggiungibili se non dopo il tempo necessario alla riconfigurazione di detti percorsi ed ai tempi necessari per il reclutamento del personale ulteriore indispensabile per la copertura delle attività h24 su 365 giorni che si aggiungono a quanto precedentemente realizzato. Nel contempo, l’abbassamento del peso medio per i ricoveri effettuati a seguito di accessi al Pronto Soccorso e l’iniziale disorientamento organizzativo hanno comportato una diminuzione del valore delle attività complessive, cui si aggiungono i maggiori costi di impianto appunto del Pronto Soccorso stesso.

La nuova elaborazione dell’atto aziendale alla luce del nuovo DCA 33/2016 ha ridisegnato, fin dall’anno 2018, l’intero assetto organizzativo - funzionale dell’Azienda dei Colli attivando nuovi processi assistenziali, nonché i nuovi percorsi integrati ortopedico-riabilitativi, che costituiscono una unicità nella regione Campania, prevedendo per ogni paziente ortopedico operato il passaggio dal reparto di degenza chirurgico direttamente alla riabilitazione, evitando la dimissione intermedia. Le scelte effettuate sono state indirizzate, oltre che al principio di razionalità funzionale, anche ad obiettivi di recupero di efficienza economica in vista di rinnovati traguardi di performance economica aziendale che andranno a soddisfare i futuri criteri di finanziamento regionale che naturalmente dovranno tendere a formule di finanziamento basate invece sul valore reale della produzione (cd. pagamento a prestazioni). Il nuovo assetto può essere rappresentato come di seguito, enumerando le ripartizioni dipartimentali con le dotazioni di posti letto previste.

Attività trapiantologica

L’Azienda Ospedaliera dei Colli partecipa all’attività del Centro Regionale Trapianti, operando in sinergia con le indicazioni nazionali e regionali. Il potenziamento e le attività programmatiche, gestionali ed operative sono considerati obiettivi annuali per gli operatori impegnati, ai fini delle indennità di risultato.

A seguito del documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli affari regionali (DAR 001472 P-4.37.2.10 del 25-1-18) relativo all’accordo sancito dalla Conferenza Stato-

Regioni nella seduta del 24/01/2018, in cui si definiscono criteri e procedure per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto comprese le attività di trapianto pediatrico, l'Azienda Ospedaliera dei Colli con Delibera n°56 del 17/03/2018, ha definito il percorso organizzativo dell'attività di trapianto cardiaco evidenziando l'attribuzione delle competenze per l'assistenza dei pazienti per fasce d'età.

Con Decreto n°86 del 02\11\2018, il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro ha approvato le modifiche dell'Atto aziendale (deliberazione n°197 de 31\10\18-All.2), che hanno riguardato in particolare la attivazione della UOSD “Assistenza meccanica al circolo e dei trapianti nei pazienti adolescenti”.

Con Delibera n° 56 del 17/03/2018 l'Azienda dei Colli ha ritenuto necessario riorganizzare il percorso trapiantologico attraverso la revisione dell'intero programma e la definizione di una specifica autonomia del percorso pediatrico, rispetto a quello adulto. Con la deliberazione n. 414 del 21/05/2020, successivamente, l'Azienda ha adottato il documento “Requisiti organizzativi per lo svolgimento delle attività di trapianto di cuore (Sezione A - Sezione B dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - repertorio Atti n° 16/CRS del 24\01\2018)” e il documento “Il Programma Trapianto Cuore - Carta dei Servizi”.

Con successiva deliberazione n. 641 del 04/08/2020 le procedure di cui alla citata deliberazione n. 414/2020 sono state aggiornate mediante l'adozione dei documenti “Rivisitazione dei requisiti organizzativi per lo svolgimento delle attività di trapianto di cuore (Sezione A - Sezione B dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - repertorio Atti n° 16/CRS del 24\01\2018)” e “Rivisitazione Programma Trapianto Cuore - Carta dei Servizi”. Con deliberazione n.634 del 15/07/2021, si è provveduto ad istituire il Centro Unico Trapianti di cuore dell'AORN dei Colli prevedendo un'organizzazione del modello per processi che supera la ripartizione delle attività trapiantologiche distinte per le tre fasce di età: $0 < \text{età} < 10$ anni; $10 \leq \text{età} < 18$ anni; e $\text{età} \geq 18$ anni.

Con la citata deliberazione n. 634 del 15/07/2021 l'Azienda ha disposto che:

- le Unità Operative aziendali con attività trapiantologica e di assistenza meccanica al circolo restano affidatarie e responsabili dell'attività clinico trapiantologica e di assistenza meccanica, ma per fasce di età non più esclusive;
- il modello adottato prevede un'organizzazione “a matrice” basata sulla gestione dei processi aziendali in cui sono rispettati i requisiti organizzativi e strutturali distinti per il programma trapianti adulto (età ≥ 18) e per programma trapianti pediatrico (età < 18);

L'Azienda, con Determina n. 80 del 03.02.2021 ha provveduto ad affidare definitivamente i lavori per la realizzazione del Reparto Trapianti adulti che sarà realizzato al 4 Piano – Ala anteriore destra del Presidio Ospedaliero Monaldi.

Tale reparto si avvarrà di:

- 1 sala operatoria;
- 1 terapia intensiva;
- 1 terapia sub- intensiva;
- 1 Degenza chirurgica per la definitiva realizzazione dell'unico reparto Trapianti di Organi;

Tanto premesso, con la deliberazione del Direttore Generale n° 1081 del 15/12/2021 si è rilevata la necessità, in considerazione della frammentarietà degli atti prodotti, delle diverse visioni interpretative della documentazione in tema di organizzazione del programma trapianti cuore adulti e pediatrico, di provvedere all'aggiornamento/precisazione dei contenuti dell'Allegato A dell'Accordo Stato Regioni del 24/01/2018 – Sezione A (Percorsi assistenziali del trapianto) e Sezione B (Requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi) e Sezione F: Programmi di trapianto pediatrico/impianto MCS (età < 18 anni).

La medesima deliberazione ha quindi adottato il documento "Requisiti per lo svolgimento delle attività di trapianto di cuore", disponendo che tale atto sostituisce ed integra ogni precedente atto/nota interna adottati in materia dall'Azienda dei Colli.

Il documento approvato con la deliberazione del Direttore Generale n° 1081 del 15/12/2021 consta delle seguenti sezioni:

- Sezione A - Percorso assistenziale del Trapianto cardiaco adulti/Assistenza meccanica al circolo (MCS) (≥18 anni);
- Sezione B - Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione o il rinnovo delle autorizzazioni delle strutture sanitarie come singole o come afferenti ad un programma regionale di trapianto;
- Sezione F – Programmi di trapianto pediatrico/impianto MCS (età < 18 anni).

Cambiamento nell'assetto assistenziale generale dell'Azienda.

Non si può non prendere atto, quindi, che la *mission* globale dell'Azienda sta rapidamente mutando, nel passare da elevatissima specialità cardio polmonare, ad un livello maggiormente generalista.

I piani sanitari regionali, d'altro canto, stanno man mano riducendo le chirurgie e le cardiologie presenti all'Azienda dei Colli, virando progressivamente l'offerta di ricovero verso posti letto di medicina. A conferma di tale "*mutazione genetica*" aziendale risaltano le problematiche organizzative legate ai nuovi "percorsi dei trapianti cardiaci", gli spazi assegnati alla valutazione della presa in carico dei pazienti affetti da complicazioni cardio-respiratorie dei malati di SLA (progetto NEMO) ed anche il percorso delle Malattie Rare. Ne deriva la maggior integrazione con le reti di emergenza-urgenza con il territorio (rete IMA, rete Oncologica, rete delle Malattie Rare, progetto NEMO, Pronto Soccorso). La rimodulazione dell'intero regime ospedaliero di assistenza e cura è già in atto e verrà potenziato negli anni a venire, inevitabilmente abbassando la elevatissima qualità media precedentemente consentita dall'essere l'Azienda, originariamente riferimento di secondo livello e non di primo. La sfida per i vertici aziendali, ma anche per tutti gli operatori che a qualsiasi titolo prestano la propria opera nei tre ospedali dell'Azienda è esattamente quella di comprendere il mutamento, interiorizzarlo e renderlo possibile senza scosse per i cittadini che ad ogni titolo si rivolgono alle nostre strutture, cogliendo anzi il cambiamento come una opportunità di migliorare quanto era già buono e di integrare quanto di nuovo viene richiesto.

La situazione anzi delineata è necessariamente stata stravolta per gli anni 2020 e 2021 dalla pandemia legata al virus SARS-COVID19, che come ampiamente ribadito vede l'Azienda dei Colli in prima linea in tutte le attività di contrasto all'epidemia, compreso l'apertura sin dal dicembre 2020 di un centro vaccinale per i dipendenti dell'Azienda stessa, dell'IRCCS Giovanni Pascale e per i pazienti fragili.

SIAC (Sistema Informativo Amministrativo Contabile) e certificabilità dei bilanci

A seguito della decisione da parte della Regione Campania di realizzare il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014, l’A.O. dei Colli ha dovuto sostituire il precedente Sistema Informativo Amministrativo, integrato in ottica ERP (*Enterprise Resource Planning*). Il SIAC ha costituito una forte discontinuità con il passato, in quanto sostituisce le regole definite in ambito aziendale con quelle definite a livello UNICO regionale.

Le anagrafi di base sono raccordate con quelle di tutte le altre Azienda Sanitarie pubbliche della Campania, ma, soprattutto, l’intera impalcatura procedurale è fortemente scossa dall’innovazione.

Tale cambiamento ha costretto l’A.O. dei Colli a modificare fortemente l’organizzazione interna, dovendo riprogettare, ove possibile, le significative sinergie tra i processi sviluppate nell’ambito della precedente piattaforma informatica.

Gli effetti del cambio di sistema informativo hanno necessariamente avuto impatto anche sulle capacità di certificabilità dei bilanci, sempre per la incompleta integrazione tra tutte le aree precedentemente informatizzate ed il SIAC stesso (la procedura informatizzata di gestione economica e giuridica del personale, ad esempio, al momento è esclusa dalla piattaforma regionale SIAC).

L'organizzazione

L'Azienda, costituita da tre ospedali specializzati (Monaldi, Cotugno e C.T.O.), ha adottato fin dalla sua costituzione il modello organizzativo dipartimentale.

L'attuale struttura organizzativa è caratterizzata dai seguenti Dipartimenti:

DIPARTIMENTI CLINICO-ASSISTENZIALI (N. MEDIO POSTI LETTO ATTIVI DA FLUSSO HSP22BIS NELL'ANNO 2022)

Disciplina	Codice disciplina	Progressivo divisione	Programmati da Piano Osp.	HSP12 2022					
				PL totali per disciplina	PL totali per divisione	Ordinari	RO ALPI	DH	DS
CCH pediatrica	06	11	20	20	12	11	1	0	0
	06	12			8	6	0	2	0
CCH	07	11	34	34	20	19	0	1	0
	07	12			8	4	0	3	1
	07	14			4	4	0	0	0
	07	15			2	2	0	0	0
Cardiologia	08	11	90	85	21	20	0	1	0
	08	12			12	12	0	0	0
	08	13			8	8	0	0	0
	08	14			12	8	0	4	0
	08	16			11	8	0	3	0
	08	17			6	4	0	2	0
	08	18			12	8	0	4	0
	08	19			2	0	0	2	0
	08	31			1	0	0	1	0
Chir. Generale	09	11	56	55	29	20	5	1	3
	09	12			4	0	0	4	0
	09	31			18	13	1	2	2
	09	32			4	0	0	2	2
Chir. Toracica	13	11	20	20	20	17	1	1	1
Chir. Vascolare	14	11	16	16	16	13	1	1	1
Infettivologia	24	21	167	167	24	22	0	2	0
	24	22			18	16	0	2	0
	24	23			20	18	0	2	0
	24	24			20	18	0	2	0
	24	25			8	8	0	0	0
	24	26			22	20	0	2	0
	24	27			18	16	0	2	0
	24	28			20	18	0	2	0
	24	29			17	16	0	1	0
Medicina	26	11	40	38	22	20	0	2	0
	26	12			6	5	0	1	0

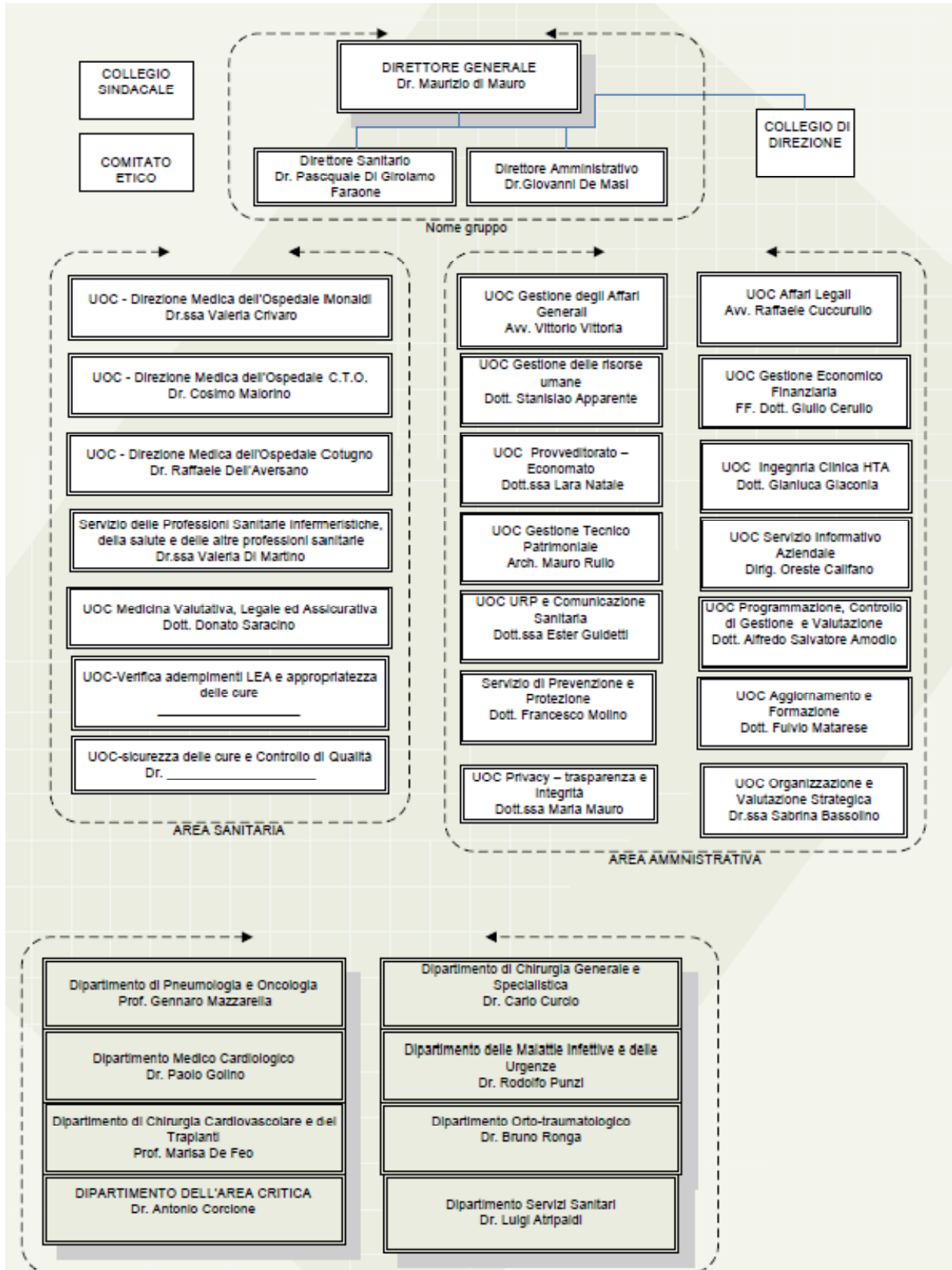
	26	15			10	8	0	2	0
Nefrologia	29	21	6	6	6	5	0	1	0
Neurochirurgia	30	31	20	20	20	18	0	1	1
Neurologia	32	31	16	16	16	14	0	2	0
Oculistica	34	11	12	11	11	1	0	3	7
Ortopedia	36	11	60	56	6	0	0	1	5
	36	31			22	19	0	2	1
	36	33			23	19	0	2	2
	36	34			5	1	0	1	3
ORL	38	11	18	18	18	14	1	2	1
Psichiatria	40	21	0	2	2	0	0	2	0
Urologia	43	11	20	19	20	14	1	4	1
Rianimazione	49	11	68	76	16	15	0	1	0
	49	12			8	8	0	0	0
	49	13			12	12	0	0	0
	49	15			16	16	0	0	0
	49	21			8	8	0	0	0
	49	22			8	8	0	0	0
	49	31			8	8	0	0	0
UTIC	50	11	24	24	10	10	0	0	0
	50	12			8	8	0	0	0
	50	13			6	6	0	0	0
Med. d'urgenza	51	31	18	18	18	18	0	0	0
Riabilitazione	56	11	66	34	7	1	0	6	0
	56	13			10	9	0	1	0
	56	31			17	15	0	2	0
Oncologia	64	11	38	20	20	8	1	11	0
Pneumologia	68	12	124	121	8	7	0	1	0
	68	13			30	16	0	14	0
	68	14			3	0	0	3	0
	68	15			26	20	0	6	0
	68	16			20	18	0	2	0
	68	17			11	9	0	2	0
	68	18			11	10	0	1	0
	68	22			12	12	0	0	0
TIN	73	11	19	17	17	16	0	1	0
Sub-Intensiva	94	11		61	2	2	0	0	0
	94	21			40	40	0	0	0
	94	68			19	18	0	1	0
Detentiva	97	21	4	4	4	3	0	1	0
TOTALI:					959	788	12	128	31

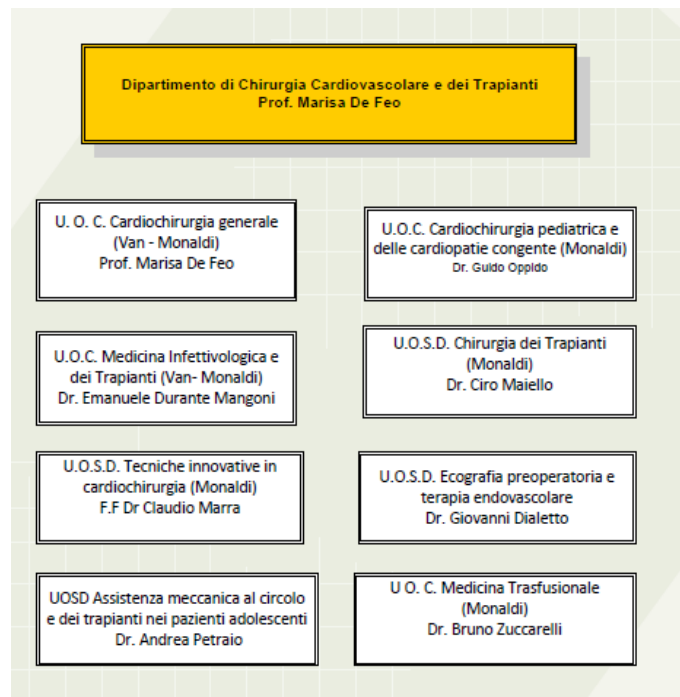
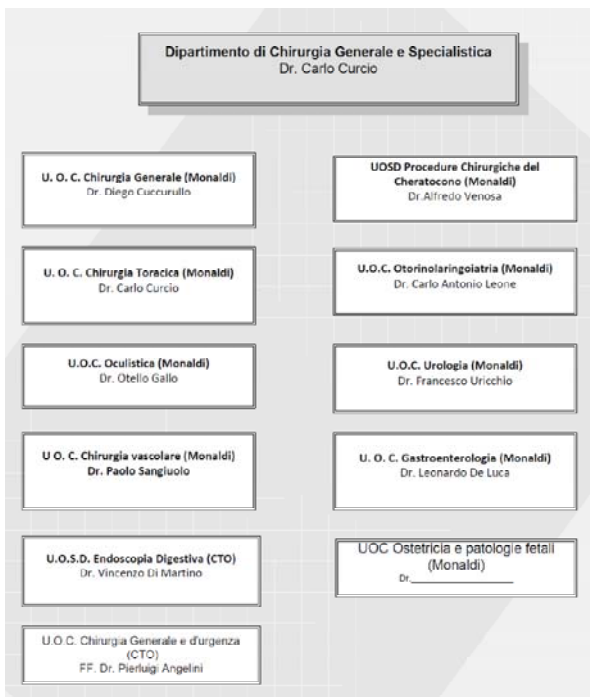
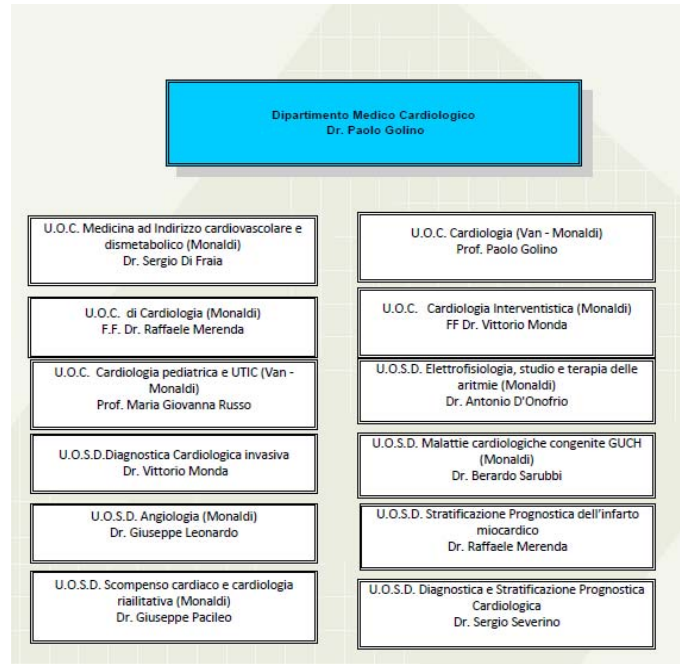
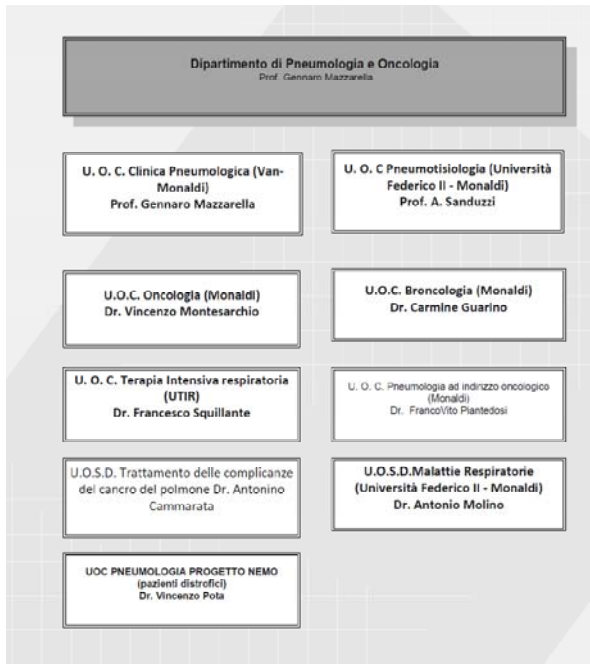
AREE FUNZIONALI

Servizi Centrali Aziendali/Staff della Direzione Sanitaria

Servizi Centrali Aziendali/Staff della Direzione Amministrativa

Organigramma Aziendale





**Dipartimento OrtoNeurologico e
Centro trauma zonale**
Dr. Bruno Ronga

UOSD Ortopedia e traumatologia ad indirizzo protesico rigenerativo FF Dr. Luigi Cioffi	U.O.C. Ortopedia ad indirizzo protesico ed artroscopico (C.T.O.) Dr. Stelio Baccari
U. O. C. Neurologia e Stroke (C. T. O) Dr. Bruno Ronga	U.O.C. Neurochirurgia (Van- C.T.O.) Dr. _____
U.O.C. FKT- Recupero e Riabilitazione (C.T.O.) Dr.ssa Laura Riccio	U.O.S.D. FKT - percorsi fisico-riabilitativi (CTO) Dr.ssa Fortuna Marcuccio
U.O.S.D. Chirurgia della mano (CTO) Dr. Alessandro Lombardi	UOSD Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza (MCAU) Dr. Mario Guarino
UOSD Trattamenti ortopedici (Monaldi) Dr. Antonello Credendino	U.O.S.D. Complicanze del SNC e del SNP (Monaldi) Dr. Vincenzo Simonelli
U.O.C. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (C.T.O.) Dr. Salvatore Buono	U.O.C. Cardiologia (CTO) Dr. Sergio Ferraro

Dipartimento delle Malattie Infettive e delle Urgenze
Dr. Rodolfo Punzi

UOC-Malattie Infettive ad Indirizzo neurologico (Cotugno) (II DIV.) Dott. Alessandro Perrella	U. O. C. Malattie Infettive dell'età geriatrica F.F. Dr.ssa Costanza Sbreglia
UOC-Malattie Infettive ad indirizzo epatico (Cotugno) (VI DIV) Dr. Rodolfo Punzi	U. O. C. Malattie infettive ad indirizzo respiratorio Dr. Roberto Parrella
U.O.C. Malattie infettive ad indirizzo ecoinferentistico FF. Dr. Giosuele Calabria	UOC-Immunodeficienze e malattie infettive di genere (Cotugno) (IV DIV.) Dr. Vincenzo Cposito
UOC Immunodeficienze e malattie dell'immigrazione VIII DIV Dr. Flavia Marzillo	UOC-Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso (Cotugno) (III DIV.) FF. Dr. Vincenzo Sangiovanni
U.O.S.D. Pronto Soccorso infettivologico ed Accettazione (Cotugno) Dr. Nicola Maturò	U.O.S.D. Profissi post esposizione agenti virali e batterici (Cotugno) Dr. Alfredo Franco
U.O.S.D. Gestione paziente infettivo in stato detentivo (Cotugno) Dr. Alfonso Liberti	UOC Pediatría Infettivologica Dr. _____
	U. O.S.D. Insufficienza epatica acuta e Follow Up dei trapianti epatici e renali con malattie del fegato (Cotugno) DR. _____

DIPARTIMENTO DELL'AREA CRITICA
Dr. Antonio Corcione

U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva post-operatoria (Monaldi) Dr. Antonio Corcione	U.O.C. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (Cotugno) Interim Dr. Antonio Corcione
U. O. C. Terapia Intensiva Neonatale (Monaldi) Dr. Giovanni Chello	U.O.C. Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria (Monaldi) Dr. Giuseppe Fiorentino
U.O.C. Nefrologia (Cotugno) Dr. Corrado Pluvio	U.O.S.D. Terapia antalgica (Monaldi) Dr. Alfonso Papa
U.O.C. Dialisi con complicazioni cardiopneumologiche (Monaldi) F.F. Dr.ssa Lucia Grumetto	U.O.S.D. Rianimazione Respiratoria e ECMO (Monaldi) Dr.ssa Patrizia Murino
UOSD Nutrizione clinica e NAD (Cotugno) F.F. Dr. Pasquale Lazzaro	U.O.S.D. Terapia intensiva cardiocirurgica (Monaldi) Dr. Nicola Galdieri
UOSD Terapia intensiva pediatrica ad indirizzo cardiocirurgico (Monaldi) Dr.ssa Maria Teresa Palladino	UOSD Anestesia in ULH generale FF Dr. Luigi Verniero

Dipartimento Servizi Sanitari
Dr. Luigi Atripaldi

U. O. C. Radiodiagnostica (Monaldi) F.F. Dr. Valente Tullio	U.O.C. Medicina Nucleare (Monaldi) Dr.ssa Maria Luisa De Rimini
U.O.C. Radiodiagnostica (Cotugno) Dr. Michele Coppola	U.O.C. Radiodiagnostica (CTO) Dr. Antonio Pinto
U.O.C. Biochimica Clinica (Monaldi) Dr. Luigi Atripaldi	U. O. C. Microbiologia e Virologia (Cotugno) Interim Dr. Luigi Atripaldi
U.O.C. Anatomia ed Istologia Patologica (Monaldi) F.F. Dr. Luigi Panico	UOC Servizio di Farmacia Dr. Adriano Cristinziano
U. O. C. Psichiatria e per l'integrazione degli interventi di cura (Cotugno) Dr. Giuseppe Nardini	U.O.S.D. Patologia Clinica (CTO) Dr. Ciro Esposito
U.O.S.D. Diagnostica Senologica Integrata (Monaldi) Dr. Sergio Piccolo	U.O.S.D. Citologia diagnostica Dr. _____
U.O.S.D Anatomia Toraco Polmonare Dr. _____	U.O.S.D. Psicologia Clinica (Cotugno) Dr. Vito alberto
UOSD Radiologia Informatica (Monaldi) Dr. _____	UOSD Medicina del Lavoro Dr. _____
UOSD Farmacovigilanza Dr.ssa Micaela Spatarella	Uosd Gestione Clinica del farmaco FF Dr.ssa Maria Galdo

Il Progetto di informatizzazione

A seguito della unificazione delle tre realtà ospedaliere avvenuta il 01/01/2011, è stata realizzato un iniziale Sistema Informativo Aziendale, sostanzialmente realizzato estendendo le procedure esistenti in precedenza. Il sistema collegava tutte e tre gli Ospedali, ma conservava distinte l'area dei servizi e delle prestazioni sanitarie e quello dell'area amministrativo – contabile e direzionale.

Nel corso del 2013 si è conclusa la procedura di acquisizione di un definitivo sistema sostanzialmente basato sul paradigma ERP (*Enterprise Resource Planning*), teso a collegare l'offerta sanitaria con i mezzi impiegati per realizzarla e renderla disponibile.

Tale sistema informativo ha offerto l'occasione per un profondo BPR (*Business Process Reengineering*), la riprogettazione dei processi aziendali in ottica di trasparenza, efficienza ed efficacia.

Obiettivo primario del progetto, era quello di gestire in modalità integrata i processi di diagnosi, assistenza e cura, sia gestionali che clinici, ponendo al centro della progettazione il paziente e la prospettiva della trasparenza delle attività.

Il progetto prevedeva la costruzione di un sistema informativo complesso basato su di una architettura tecnologicamente adeguata, in grado di garantire un idoneo supporto sia ai processi clinici che a quelli amministrativi attraverso l'adozione di una base dati unica e condivisa, anche per garantire la consistenza dei flussi informativi verso la Regione Campania ed il Ministero della Salute.

Il Sistema Informativo era caratterizzato da aree applicative nativamente integrate:

- Governo direzionale
- Bilancio e contabilità
- Gestione del personale e controllo Accessi
- Logistica
- CUP - Centro Unificato Prenotazioni per ricoveri in regime ordinario, di day hospital, day surgery, prestazioni ambulatoriali
- ATD (Accettazione – Trasferimento e Dimissione ospedaliera in regime ordinario, di day hospital, day surgery, pronto soccorso infettivologico, osservazione breve
- Gestione Diagnostiche Radiologiche, cardiologiche, ecografiche, virologiche, ematochimiche, trasfusionali
- Gestione integrata richiesta, refertazione e visibilità in reparto dei referti ematochimici, virologici e di *imaging* con firma digitale
- Cartella Clinica Informatizzata, con evoluzione alla Cartella Clinica *Paper less*
- Gestione integrata dei blocchi operatori
- Gestione informatizzate degli armadi farmaceutici di reparto
- Portale istituzionale per l'accesso da parte dei cittadini
- Infrastruttura di posta elettronica aziendale

Tra gli accadimenti che meritano un riferimento espresso nel presente documento, occorre evidenziare il passaggio dell'intera area amministrativa contabile alla piattaforma SIAC, costituente il Sistema Informativo Amministrativo Unico per l'intera Sanità Pubblica della Regione Campania. Tale evento, sebbene garante di uniformità nella lettura dei dati generati dalle singole Aziende Sanitarie campane, dall'altro rappresenta un problema per quelle, come l'Azienda dei Colli, che avevano raggiunto un livello qualitativo ed integrato estremamente elevato.

Per uniformare i dati, infatti, occorre garantire un livello minimo pari a quello dell'Azienda Sanitaria meno evoluta, rimandando a successivi miglioramenti progressivi le integrazioni più spinte. I processi che si sono instaurati a seguito dell'adozione nel mese di gennaio 2019 del SIAC sono differenti da quelli precedentemente in essere, impattando fortemente sia sull'intero personale amministrativo che su quello sanitario, almeno per quanto riguarda le procedure di gestione della logistica e della contabilità.

La gestione delle richieste di prelievo di farmaci e presidi, le procedure di presa in carico dei beni nei magazzini informatizzati di reparto e le modalità di scarico sono differenti, richiedendo una specifica formazione estesa a tutto il personale sanitario presente nei reparti di degenza e nei servizi diagnostici, in tutti e tre gli ospedali dell'Azienda. Occorrerà poi un *effort* specifico per la verifica che i nuovi processi garantiscano il livello di correttezza raggiunto fino al 2018. Si rileva che nel corso del 2019 non è stato possibile rendere nuovamente operative tutte le procedure precedentemente utilizzate sul precedente ambiente, in particolare la fatturazione attiva e tutte le integrazioni che erano state messe a punto. Da quanto esposto deriva che ogni Unità Operativa avrà come Obiettivo Strategico aziendale per il 2022 quello di migliorare ulteriormente la transizione al nuovo sistema SIAC. L'obiettivo dell'utilizzo del sistema è posto in capo anche alle UO sanitarie, per quanto relativo al sistema logistico legato alla richiesta di approvvigionamenti, al corretto trasferimento dai magazzini centralizzati a quelli di reparto, alla corretta effettuazione in tempo utile degli scarichi per utilizzo.

È utile rilevare che la piattaforma SPAGO-BI, dotata di accesso distribuito e perfezionata nel 2018, non è nativamente alimentata dal sistema SIAC, necessitando di una interfaccia da realizzare. La capacità aziendale di continuare a fornire un supporto operativo all'attività decisionale dei singoli responsabili di UOC e di UO deriverà quindi dalla rapidità con la quale il sistema SIAC sarà in grado di colloquiare con il *DataWarehouse* su cui fonda SPAGO-BI. Il 2019 ha rappresentato un anno ponte, mentre si confida nel 2022 di completare la transizione e ristabilire la potenzialità informativa inizialmente disponibile fino al 2018. Anche il 2022 risulta ancora critico per l'aspetto legato alla forte discontinuità introdotta dal passaggio alla piattaforma SIAC, che porterà a rimodulare praticamente tutti i processi amministrativo contabili, strettamente interconnessi e integrati. Anche la componente assistenziale risente del cambiamento in quanto l'intera impalcatura logistica e degli approvvigionamenti è stata anch'essa sostituita.

La negoziazione di Budget

In continuità con il passato, anche l'attuale *management* dell'Azienda dei Colli ritiene che l'adozione del processo di condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di *budget* sia il principale strumento attraverso il quale realizzare il coordinamento tra le differenti Unità Operative di cui è composta l'azienda stessa.

La metodologia budgetaria rappresenta inoltre il collegamento funzionale tra i differenti livelli decisionali che determinano l'operatività reale delle attività.

Come per i Sistemi Informativi, tale strumento è declinato in ogni prospettiva strategica perché è un potente mezzo per garantire visibilità alla unitarietà delle azioni intraprese, di volta in volta con ricadute sulle differenti prospettive specifiche. In aggiunta, il *feedback* ricevuto dallo scostamento tra obiettivi e Azienda durante le verifiche infra annuali rappresenta una preziosa informativa della realtà aziendale.

A causa della pandemia ancora in atto, nel 2021 non è stato possibile realizzare il ciclo della Performance secondo le modalità utilizzate fino al 2019.

Nel corso dell'anno 2021 non sono stati sviluppati ulteriori strumenti di verifica dei dati sui quali è basato il controllo degli obiettivi, principalmente per la necessità di ricostruire l'alimentazione alla piattaforma dati intranet SPAGO-BI attraverso i dati provenienti dall'ambiente SAP e non dal precedente sistema integrato.

Al temine dell'annualità, comunque, la valorizzazione economica è stata oggetto di confronto puntuale tra le UO di controllo e quelle che consumano le risorse, creando in tal modo un clima di fiducia nella qualità dei dati esposti nella reportistica e nelle modalità di rendicontazione. In particolare, è verificato con i responsabili delle UOC e delle UOSD che i processi di calcolo e rendicontazione sono trasparenti, verificabili e condivisi da tutti gli attori che agiscono in Azienda.

Per quanto riguarda gli obiettivi, si è proseguito nella consuetudine di rivedere il panel definito negli anni trascorsi, eliminando obiettivi i cui risultati potevano considerarsi consolidati e per i quali non era più strategica la riproposizione, aggiungendone di nuovi ed attuali.

Tra gli obiettivi sostanzialmente confermati ve ne sono alcuni comuni a tutti (per es. la corretta codifica e gestione del flusso SDO e dei flussi informativi obbligatori ministeriali e regionali) ed altri specifici, con particolare riguardo all'appropriatezza. Come di consuetudine, si è fatto riferimento agli indicatori ministeriali messi a punto dal Sistema Nazionale di Verifica Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVEAS) e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari e Regionali (AGENAS). Oltre alle schede di budget per Dipartimento e per UO, a ciascun Dirigente è stata consegnata una scheda individuale da sottoscrivere comprensivi anche del personale dirigenziale apicale universitario della Università della Campania Luigi Vanvitelli e della Università di Napoli Federico II allocato presso le UU.00. Aziendali.

Per l'anno 2021, sebbene la pandemia obbligasse ancora a preferire il distanziamento sociale, per quanto possibile, si è ripristinato il percorso di negoziazione e valutazione con la sottoscrizione di schede individuali. Tuttavia, l'adozione di misure di distanziamento e la necessità di non distogliere gli operatori sanitari dal compito primario di contrasto alla pandemia, hanno imposto un rallentamento delle attività di negoziazione, che si sono comunque concluse con la sottoscrizione

delle schede da parte di ciascun dirigente. Le attività di valutazione per l'anno 2021 troveranno avvio nel mese di febbraio 2022.

Per l'anno 2022, in considerazione dell'attuale mitigazione della pandemia, la Direzione Aziendale ha ritenuto possibile tornare ad adottare il presente piano della performance, seppur con mitigazioni legate all'evoluzione che l'epidemia globale manifesterà nei mesi seguenti.

Tanto premesso, si è quindi provveduto a scomporre e declinare gli obiettivi strategici, individuati a livello dell'intera AORN in recepimento delle linee di indirizzo regionali, per singolo Dipartimento ed Unità Operativa in relazione alla specificità delle prestazioni erogate, ciò al fine di assegnare ai rispettivi responsabili traguardi gestionali ben definiti da raggiungere nel breve periodo (1 anno).

Mediante la negoziazione budgetaria, vengono poi definiti gli obiettivi dei singoli dirigenti, in modo da raccordarsi con quelli dell'unità di afferenza, che deve armonizzarsi con gli obiettivi di Dipartimento, che a loro volta devono essere sinergici con quelli dei restanti Dipartimenti.

Gli obiettivi operativi così individuati, unitamente ai relativi indicatori di risultato ed alle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il loro raggiungimento, sono annualmente condivisi attraverso le riunioni di negoziazione tra il comitato di Budget ed i direttori di Dipartimento ed i direttori delle Unità Operative. Al termine di tali incontri, attraverso la sottoscrizione delle schede di budget Dipartimenti, di Direttore di UO e di singolo dirigente, viene formalmente approvato e recepito un pannello di obiettivi, soglie, indicatori e pesi differenziato per ciascuna delle Unità Operative dell'Azienda, comprese le strutture afferenti al Dipartimento Diagnostico, nonché delle Direzioni Mediche e delle UO di supporto tecnico-amministrativo.

Nell'anno 2022 la metodologia migliorerà le modalità operative introdotte nel 2021 in merito alla valutazione del personale dipendente del comparto. Particolare attenzione è posta inoltre per la misurazione della performance organizzativa e per quella individuale.

Fin dal primo anno di esistenza dell'Azienda, si è avviato il processo di gestione del budget. Inizialmente sperimentale, l'esperienza si può considerare matura già dal 2014, salvo l'introduzione di ulteriori miglioramenti nel corso degli anni successivi, quando man mano sono state rese disponibili tutte le funzionalità complete del nuovo sistema Informativo Aziendale. Il processo di *Budget* avviene attraverso il modello multilivello, definendo una programmazione aziendale, Dipartimentale e di Unità Operativa (Complessa e Dipartimentale), fino a giungere al singolo dipendente.

Tale modello è declinato attraverso numerosi incontri nel corso di ciascuna annualità l'anno, concretizzando la negoziazione di *Budget* sia a livello di Dipartimento, che di Unità Operativa (UOC ed UOSD), sia di singolo dipendente. Il processo fornisce anche una importante leva per il consolidamento del sistema di valutazione dei dirigenti, limitatamente agli aspetti gestionali della valutazione stessa.

È stata definita una modellistica articolata che prevede modelli differenziati a livello di Dipartimento, Unità Operativa complessa o Dipartimentale e di singolo dirigente incardinato in UOC od UOSD. A partire dal 2021 la modellistica prevede anche schede differenziate per il comparto.

Per ciascun livello è prevista una differente scheda per la fase di negoziazione degli obiettivi e per la valutazione. Le informazioni comprendono l'elenco del personale assegnato alla UO, così da permettere la puntuale definizione dei carichi di lavoro e dei costi, sia in sede di negoziazione che di valutazione, evitando, inoltre, contestazioni in merito alla forza lavoro consuntivata nei costi del personale. Il personale è indicato per la sua percentuale di assegnazione, esplicitando quindi l'effettiva presenza media presso ciascuna UO anche nel caso in cui il medesimo dipendente divida la propria attività presso più di una UO.

Il processo di budget prevede che, dopo la fase di negoziazione, condivisione e sottoscrizione degli obiettivi, ciascun valutato venga periodicamente messo in grado di conoscere il proprio grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Tutto ciò richiede, quindi, di un efficiente sistema di raccolta delle informazioni, della loro strutturazione in forma fruibile per lo scopo e della rapida ed effettiva trasmissione della reportistica, con sufficiente garanzia che ciascun destinatario effettivamente riceva la documentazione. In precedenza le comunicazioni inerenti i risultati intermedi degli obiettivi negoziati avevano una cadenza ridotta e la trasmissione della documentazione avveniva tramite commesso, con evidentissimi disagi anche a causa della molteplicità delle strutture e la distanza tra i tre plessi.

Sin dall'anno 2016 sono stati forniti ulteriori strumenti di verifica dei dati sui quali è basato il controllo degli obiettivi, prevedendo una regolare informazione mensile sia per quanto attiene la dotazione di personale di ciascuna Unità Operativa, sia per quanto riguarda i consumi. Per le attività sanitarie, la rendicontazione era almeno trimestrale. In numerosi casi la valorizzazione economica è stata oggetto di confronto puntuale tra le UO di controllo e quelle che consumano le risorse, creando in tal modo un clima di fiducia nella qualità dei dati esposti nella reportistica e nelle modalità di rendicontazione. In particolare, è accettato universalmente che i processi di calcolo e rendicontazione sono trasparenti, verificabili e condivisi da tutti gli attori che agiscono in Azienda.

Per quanto riguarda gli obiettivi, il *panel* definito negli anni trascorsi è stato arricchito, incrementando progressivamente la selezione ed eliminando obiettivi i cui risultati potevano considerarsi consolidati e per i quali non era più strategica la riproposizione.

Tra gli obiettivi sostanzialmente confermati ve ne sono alcuni comuni a tutti (p. es. la corretta codifica e gestione del flusso SDO e dei flussi informativi obbligatori ministeriali e regionali) ed altri specifici, con particolare riguardo all'appropriatezza. A tal fine si è fatto riferimento agli indicatori ministeriali messi a punto dal Sistema Nazionale di Verifica Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVEAS) e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari e Regionali (AGENAS).

Oltre alle schede di budget per Dipartimento e per UO, a ciascun Dirigente è stata consegnata una scheda individuale da sottoscrivere (in totale, circa 600). Schede di negoziazione sono previste anche per il personale dirigenziale apicale universitario della Università Vanvitelli e della Federico II, allocato presso le UU.OO. Aziendali come previsto dalla programmazione regionale).

La reportistica a disposizione dei Direttori di UO contiene la comunicazione mensile dei consumi, tuttavia gli stessi possono ottenere analisi maggiormente dettagliate, opportunità effettivamente utilizzata da quasi tutti i responsabili.

Per consentire un quadro informativo migliore, già a partire da settembre 2014 è stata data comunicazione mensile della valorizzazione delle giacenze degli armadietti informatizzati di reparto,

in modo da tenere sotto controllo i consumi e responsabilizzare le strutture in merito alla tempestività dei movimenti di carico e scarico dei materiali, soprattutto sanitari ad alto costo, al fine di governare correttamente la variazione delle scorte a chiusura del consuntivo di bilancio. Con l'introduzione del SIAC per un lungo periodo l'informazione relativa alla giacenza dei magazzini informatizzati di reparto non era disponibile, tuttavia recentemente tale funzione è nuovamente in linea e progressivamente si sta provvedendo a ripristinare il collegamento con la piattaforma SPAGOB

Tra gli obiettivi di budget per l'anno 2022 sono stati confermati quelli relativi alla diffusione del regolamento anticorruzione e del codice di comportamento, in quanto l'Azienda considera prioritario mantenere elevata l'attenzione su tali tematiche.

Già dal 2017 è stato reso disponibile un innovativo sistema di reportistica, che consente la fruizione diretta dell'analisi dei dati di costo e di produzione da parte di ciascun responsabile di Unità Operativa, in modalità dinamica e parametrica, passando così da reports statici (mere istantanee non navigabili) a interrogazioni modificabili, aggiornate in tempo reale direttamente dall'utilizzatore. Tale piattaforma in modalità *browser (intranet)* aziendale) è stata sviluppata nell'ambito del precedente contratto relativo al sistema informativo aziendale a cura della UOC Programmazione Valutazione e Controllo, senza alcuna spesa aggiuntiva.

Sempre fin dal 2016 si è iniziato a integrare nelle negoziazioni di budget anche le linee strategiche per ottemperare al piano di efficientamento previsto dal Decreto n. 102 del 29/09/2016 per l'aspetto dell'equilibrio tra valorizzazione delle prestazioni e costi per realizzarle.

Tra gli obiettivi introdotti per il triennio 2022-2024 rilevano quelli inerenti a:

- ripristino della gestione degli armadietti informatizzati di reparto, estendendolo a tutte le U.O. dei tre Ospedali aziendali
- monitoraggio della tempestività della movimentazione di magazzino a seguito dei carichi e scarichi di reparto
- precisa ripartizione dell'attività dei singoli dipendenti sulle diverse linee di attività di ciascuna U.O. (Ricoveri in Regime Ordinario, Ricoveri in Regime di DH/Day Surgery, attività ambulatoriale, UTIC, sale operatorie, ecc.).

Come anticipato, l'utilizzo degli armadietti di reparto presso tutti e tre gli ospedali era stato realizzato entro la fine del 2018, tuttavia nel 2019 l'introduzione del sistema SIAC ha azzerato i progressi conseguiti ed ora (2021) occorre effettuare nuovamente la formazione degli addetti alla procedura sulla nuova piattaforma.

Rimodulando gli obiettivi definiti dalla precedente redazione del presente documento, maggiore peso è stato posto all'equilibrio tra la valorizzazione delle attività prodotte dalle UO di degenza ed i costi delle risorse impiegate per realizzarle, tanto per rispettare la necessità di equilibrio tra costi e ricavi aziendali.

La maggiore *alea* in merito alla qualità e disponibilità dei dati aziendali, sia centralizzati che distribuiti, legata ai tempi della transizione dei sistemi informativi impone un *downgrading* degli obiettivi da negoziare con le UO. Resta chiaro che dal 2022 verrà nuovamente "*alzata l'asticella*" e

ripristinati gli *standards* preesistenti. In particolare, la gestione degli armadietti informatizzati di reparto andrà realizzata attraverso l'utilizzo della piattaforma SIAC su tutti i tre ospedali.

L'impatto della pandemia, assoluto per quanto riguarda l'Ospedale Cotugno, ma con riverberi anche sugli altri due ospedali, necessariamente ha avuto come conseguenza l'abbassamento del peso medio dei ricoveri e, di conseguenza, della loro minore valorizzazione economica. Anche di questo è indispensabile tener conto nella fissazione degli obiettivi sanitari e degli obiettivi derivati anno 2022, riparametrando un lieve ribasso relativamente alle soglie ed agli standard a cui tendere per il raggiungimento pieno. Si auspica che dal 2022 l'Azienda avrà assorbito le modifiche introdotte dall'apertura del Pronto Soccorso e dall'adozione del SIAC, oltre che superato la pandemia e che potrà nuovamente tendere a *standard* più elevati.

Le risorse umane

Le risorse umane dell'Azienda costituiscono l'elemento su cui si basa ogni attività e parte della *vision* dell'Azienda dei Colli è la formazione costante ed il miglioramento non solo delle conoscenze tecnico-professionali, ma anche della condivisione della conoscenza delle strategie e dei piani aziendali definiti in sede di negoziazione di budget, al fine di migliorare i processi trasversali definiti dal *management*.

Lo sviluppo del processo di aziendalizzazione, la crescente complessità organizzativa dei servizi, il livello delle attrezzature e dei sistemi sia elettromedicali che informatici in uso comportano una sempre più pressante attenzione alla formazione costante ed alla diffusione, a tutti i livelli, dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione del personale, oltre che della conoscenza delle misure di sicurezza e di trasparenza previste dai regolamenti e dalle procedure aziendali.

Per quanto riguarda lo stato della gestione delle risorse umane si riporta, di seguito, la tabella illustrante la consistenza del personale in servizio al 31/12/2020, confrontata con la previsione di dotazione organica definita dall'Atto Aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 1192 del 12/12/2011) che evidenzia i dati relativi alle diverse tipologie di addetti.

Denominazione regione	CAMPANIA			
Denominazione azienda/ente				
Periodo di rilevazione	01/01/2020 - 31/12/2020			
	Totale presenti al 31.12.2019 (A)	Assunti al 31.12.2020 (B)	Cessati al 31.12.2020 (C)	Totale presenti al 31.12.2020 (1)= (A)+(B)-(C)
<i>(valori in migliaia di euro)</i>				
Personale dipendente a tempo indeterminato	1.748	300	142	1.906
- Medici	499	93	29	563
- Dirigenti non medici	55	18	4	69
- Personale non dirigente	1.194	189	109	1.274
- Personale contrattista				0
Personale a tempo determinato	549	393	217	725
Restante personale	87	101	40	148
Totale	2384	794	399	2.779

I termini di confronto evidenziano incrementi nel personale a tempo determinato (a seguito di avvisi pubblici di in particolare per consentire di fronteggiare l'emergenza Covid-19).

Il Codice di Comportamento

Come previsto dall'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, modificato dall'art. 1, comma 44, della L. n. 190, è stato approvato il DPR n. 62 del 2013 recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Le singole amministrazioni, ai sensi del citato art.54, devono quindi adottare un proprio "Codice di Comportamento" le cui indicazioni ed azioni vanno ad integrare e specificare quelle contenute nel DPR . 32 del 16 aprile 2013. Per il personale in regime di diritto pubblico le disposizioni del codice assumono la valenza "di principi di comportamento" in quanto compatibili con le disposizioni speciali.

Questa Azienda, con deliberazione 339 del 27/04/2020 ha disposto l'Aggiornamento Codice di Comportamento dell'Azienda Ospedaliera dei Colli(Monaldi-Cotugno-CTO) ai sensi della delibera ANAC n. 358/2017 ``Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale``. La bozza di codice è stata oggetto di consultazione pubblica sul sito web aziendale e sottoposta al parere preventivo dell'OIV. Il documento approvato è stato divulgato a tutti i dipendenti, per il tramite dei Direttori/responsabili di struttura, oltre ad essere stato pubblicato nella sezione "amministrazione trasparente" e sul "portale dipendenti".

Il sistema, così come rappresentato nelle sue componenti, costituisce il punto di riferimento etico-comportamentale inteso come strumento di prevenzione di eventuali condotte illecite o comunque contrarie a quei principi cui l'azienda ha inteso ispirare la propria azione, dettagliando altresì comportamenti perseguibili nelle aree di rischio specifiche per la sanità. In un simile contesto la stesura del codice costituisce il momento iniziale di un percorso nel quale l'impegno dell'Azienda è rivolto alla costante implementazione delle regole di condotta esposte ed alla vigilanza sulla loro corretta interpretazione, nonché sulla loro condivisione ed applicazione da parte dei dipendenti.

All'osservanza del codice sono tenuti tutti i dipendenti; inoltre, alla Direzione Strategica dell'Azienda ed ai suoi Dirigenti è fatto onere di conformare tutte le azioni al rispetto dei valori e dei principi di condotta enunciati, diffonderne la conoscenza e di favorirne la condivisione da parte di tutti i dipendenti e collaboratori.

In maniera del tutto innovativa, gli obblighi di condotta sono estesi anche nei confronti di tutti i collaboratori dell'amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della direzione, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzino opere in favore dell'amministrazione.

Il controllo sull'attuazione e sul rispetto dei codici è, innanzi tutto, assicurato dai dirigenti responsabili di ciascuna struttura, dagli organismi di controllo interni e dall'ufficio di disciplina. I dirigenti dovranno promuovere ed accertare la conoscenza dei contenuti del codice di comportamento – sia generale che specifico – da parte dei dipendenti della struttura di cui sono titolari.

In questa prospettiva, è necessario che i dirigenti si preoccupino, di informare adeguatamente i dipendenti assegnati alle proprie strutture in materia di conoscenza dei principi di trasparenza ed integrità, soprattutto con riferimento ai contenuti del codice di comportamento, assicurando la partecipazione anche alle relative iniziative formative.

I dirigenti devono inoltre provvedere alla costante vigilanza sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti assegnati, tenendo conto delle violazioni accertate e

sanzionate ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo dipendente.

Per quanto attiene al controllo sul rispetto dei codici di comportamento da parte dei dirigenti, nonché alla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione e sul rispetto dei codici presso le strutture di cui sono titolari, esso è svolto dal soggetto sovraordinato.

Tanto premesso, tra gli obiettivi della negoziazione di *budget* è stato inserito stabilmente l'obbligo di informativa al personale e di vigilanza sul rispetto delle previsioni in materia.

Sicurezza nei luoghi di lavoro

Ad assicurare la sicurezza nei luoghi di lavoro, è preposto il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) quale supporto alla Direzione Generale, nella figura del Datore di Lavoro. L'obiettivo prioritario è quello di tutelare la sicurezza e la salute di tutti gli operatori (sanitari, amministrativi e tecnici, dipendenti e assimilati) ed affiancare tutte le strutture aziendali nell'attuazione dei processi di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e dei pazienti fruitori.

Al Servizio Prevenzione e Protezione spettano quindi gli adempimenti previsti dall'art. 33 del DLgs 81/2008 e s.m.i. ed in particolare l'individuazione dei fattori di rischio, la valutazione dei rischi e l'individuazione delle misure necessarie a garantire la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale.

Allo stesso Servizio spetta l'elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, e quindi la predisposizione dei sistemi di controllo di tali misure e la proposta dei programmi di formazione, informazione ed addestramento.

L'attività si articola fondamentalmente su due grandi linee operative:

- attività istituzionale in collaborazione con il Datore Di Lavoro, in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli n° 31 e n° 33 del D. Lgs. 81/08;
- attività promozionale e di supporto ad altre U.O. aziendali.

Tra gli obiettivi strategici per l'anno 2022 viene trasfuso lo sforzo organizzativo per superare le residue problematiche inerenti:

- la non completa diffusione della cultura della sicurezza;
- la non completa comprensione del ruolo e della necessaria integrazione degli attori del processo preventivo (Servizio di Prevenzione e Protezione, dirigenti, preposti, lavoratori, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico Competente);
- la non sufficiente integrazione tra questi attori e le altre funzioni aziendali coinvolte nei percorsi della prevenzione e della sicurezza (Ufficio Tecnico, Ufficio Economato e Provveditorato, Ufficio Gestione del Personale, Direzione Sanitaria, etc.);
- la non strutturale condivisione delle nuove complesse procedure che un sistema organico di prevenzione deve prefigurare e che investe:
 - la mobilità interna del personale;
 - gli acquisti e gli appalti;
 - gli ampliamenti e le ristrutturazioni edilizie o impiantistiche;

- l'introduzione di nuove tecnologie;
- le manutenzioni degli impianti e delle attrezzature.

La Direzione strategica, che intende garantire la massima efficacia alla politica di prevenzione negli ambienti di lavoro ricerca la sistematicità nelle seguenti azioni:

- costante monitoraggio negli ambienti di lavoro;
- efficiente e puntuale *audit* delle situazioni che hanno determinato infortuni o *near miss*;
- formazione;
- informazione.

Le azioni sono trasfuse in obiettivi specifici assegnati alle Unità Operative nell'ambito della negoziazione di Budget del 2022.

Gestione del Rischio Clinico

In base a quanto pubblicato sul BURC n. 67 del 19 dicembre 2005, la Regione Campania ha inteso implementare e sviluppare la gestione del Rischio Clinico e dei relativi strumenti attuativi nelle Aziende Sanitarie.

Secondo tale analisi, vanno presidiate le funzioni che presentano elevati livelli di rischio, non solo a seguito di *malpractice* sanitaria, ma anche quelle causa di eventi conseguenza di disservizi gestionali che, pur riflettendosi sull'utenza, non derivano direttamente da una lacuna tecnica. Ci si riferisce alle liste di attesa, alla qualità delle strutture, all'aggiornamento del personale, alla gestione del personale sanitario non medico, ai trasporti, alla degenza, al rispetto dei diritti del malato ed altro.

La qualità delle cure, pertanto, viene ad essere una dimensione operativa dell'assistenza, misurabile, osservabile nel tempo, riferita ad un numero di aree opportunamente selezionate e prioritarie, non più genericamente declinabile.

L'evoluzione dei sistemi di governo aziendale si va concretizzando con l'impiego della metodologia del *Risk Management* per prevenire gli effetti dei rischi che comportano conseguenze negative all'utenza ed all'organizzazione.

La gestione del profilo di rischio di una Azienda Sanitaria presuppone la definizione di un intervento consapevole, sistematico e continuo che coniughi allo stesso tempo attività e decisioni di natura strategica con una fase di gestione operativa. Il documento pubblicato sul BURC anzi citato, recita: *"Le Aziende Sanitarie campane devono promuovere, quindi, all'interno degli Ospedali, la cultura della prevenzione del Rischio Clinico, che dovrà costituire uno degli obiettivi da inserire nella scheda di budget delle proprie strutture, quale segnale forte sia nei confronti dei professionisti che dell'utenza, dell'impegno a sviluppare programmi finalizzati a realizzare Ospedali sicuri mediante una metodologia che, attraverso un approccio sistemico e progettuale del rischio, in pratica attraverso l'identificazione, analisi, valutazione, comunicazione, eliminazione ed il monitoraggio continuo, esamini i fattori che influenzano la pratica clinica fornendo indicazioni per appropriati interventi."*

Quanto indicato nel documento pubblicato è stato poi recepito in toto dalla Legge n. 24/2017.

Gli obiettivi da integrare quale parte sostanziale e fondante nel processo di budget aziendale possono quindi essere schematizzati come segue:

Definizione e applicazione degli strumenti per l'analisi degli eventi avversi e delle *malpractice* quali

- *Audit*
- *Root Cause Analysis*
- *FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)*
- *FMECA (Failure Mode and Effect and Criticalities Analysis)*
- Diffusione della cultura e della pratica della riduzione del rischio clinico, anche attraverso l'utilizzo di specifico *software (Talete Web)*.

Nella consapevolezza che la tematica non ha ad oggi un radicamento effettivo nel tessuto organizzativo aziendale, anche per la relativamente recente coscienza collettiva del problema, l'azione prevista dovrà necessariamente compiersi lungo un orizzonte temporale almeno triennale.

Secondo tale visione, nel 2020 è stato costituito il Gruppo Coordinamento Gestione *Rischio clinico*, con la deliberazione n. 436 del 27/05/2020. Attraverso tale strumento l'azienda potrà dotarsi di appositi strumenti regolatori e applicativi. Nel corrente anno andranno contestualizzate alla realtà attuale dei singoli Ospedali aziendali tutte le raccomandazioni ministeriali per la **prevenzione degli eventi sentinella**. Ad oggi, sono state già deliberate sette procedure aziendali per i corrispondenti eventi sentinella (delibera n. 157 del 15/03/2019, delibera n. 289 del 16/05/2019, delibera n. 290 del 16/05/2019, delibera n. 291 del 16/05/2019, delibera n. 462 del 24/05/2021), delibera n° 994 del 16/11/2021, delibera n° 995 del 16/11/2021.

Le procedure inerenti alle restanti raccomandazioni verranno aggiornate tra le annualità 2022-2024, proseguendo secondo le priorità stabilite nei successivi Piani Annuali di Risk Management (PARM).

A partire dal 2022 e proseguendo nel triennio, andranno quindi effettuate sessioni di formazione e successivamente sessioni di approfondimento, coinvolgendo il personale non solo medico e dirigenziale, ma anche quello appartenente al comparto sanitario e degli ulteriori ruoli contrattuali.

Nel triennio andranno messe in campo tutte le attività legate alla riduzione del rischio strutturale, che emergessero nel corso delle analisi di dettaglio.

Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

I principali risultati conseguiti nell'annualità precedente sono estesamente stati indicati nello specifico paragrafo, tuttavia è significativo riassumere quanto segue.

L'Azienda Ospedaliera dei Colli:

- è in pareggio di bilancio economico ininterrottamente sin dalla sua costituzione;
- rappresenta un indubbio centro di riferimento per l'utenza campana e manifesta una consolidata attrattiva anche per utenti provenienti da fuori Regione, in particolare per la patologie cardiovascolari (in particolare pediatriche), polmonari e infettivologiche;
- impiega nella cura dei pazienti trattati le migliori tecnologie disponibili, sia per quanto riguarda i devices impiantabili attivi, sia gli impianti cocleari, sia per le tecnologie robotiche e di laparoscopia 3D.

Per il dettaglio dei risultati conseguiti si rimanda comunque alla sezione indicata in precedenza.

Albero della performance

La struttura portante dell'albero della performance adottato dall'Azienda deve necessariamente rappresentare le azioni intraprese e quelle previste in prospettiva.

L'albero deve rispecchiare l'articolazione della negoziazione di *budget*, che a sua volta declina gli obiettivi che la Direzione Strategica definisce come prioritari per lo sviluppo della *mission* attraverso la *vision*.

Le aree di intervento sono rappresentate dalle differenti sezioni della scheda di negoziazione di *budget*, che prevede :

- Obiettivi di appropriatezza basati sugli indicatori Siveas/AGENAS
- Obiettivi comportamentali (tra i quali sono ricompresi quelli inerenti gli adempimenti per la Trasparenza e l'Integrità, sicurezza sul lavoro e gestione del rischio clinico)
- Obiettivi formativi
- Obiettivi economici
- Obiettivi derivati, che esprimono la correlazione tra la misurazione della produzione e quella dei costi necessari a renderla possibile.

Tale organizzazione declina le seguenti prospettive prioritarie:

- Prospettiva dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure, misurate in funzione degli esiti
- Prospettiva della definizione di processi e protocolli condivisi tra le UO di diagnosi e cura per offrire la migliore qualità di assistenza possibile
- Prospettiva del corretto utilizzo delle risorse, non solo economiche
- Prospettiva della trasparenza e l'Integrità
- Prospettiva della sicurezza sul lavoro della riduzione del Rischio Clinico

L'A.O. dei Colli di Napoli delinea linee strategiche per il governo dei servizi sanitari nel rispetto degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale. La *vision* adottata è volta ad offrire, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente, secondo la *good practice* delle conoscenze mediche e tecnologiche

L'albero della performance si sostanzia attraverso le seguenti prospettive

Prospettiva dell'appropriatezza e dell'efficacia di cure di alta qualità, misurate in funzione degli esiti

(Esprime la capacità di fornire assistenza sanitaria a livelli nazionali, misurando l'*outcome* attraverso il monitoraggio degli esiti)

Prospettiva della definizione di processi e protocolli condivisi tra le UO di diagnosi e cura per offrire la migliore qualità di assistenza possibile

(Esprime la necessità di offrire servizi efficaci, appropriati e di qualità)

Prospettiva del corretto utilizzo delle risorse, non solo economiche

(Esprime la necessità di un vincolo di compatibilità economica delle proprie attività e di economicità della gestione, e di efficiente utilizzo del personale)

Prospettiva della Trasparenza e, l'Integrità

(Esprime il vincolo del rispetto della normativa in merito alla trasparenza ed integrità delle attività sanitarie, amministrative e gestionali e concretizza gli adempimenti in materia di anticorruzione)

Prospettiva della sicurezza sul lavoro e della riduzione del Rischio Clinico

(Esprime l'attenzione sulla analisi organizzativa, formazione, informazione ed addestramento del personale in materia di sicurezza sul lavoro e rischio clinico e realizzazione di misure idonee ad aumentare la sicurezza del personale e degli utenti)

Obiettivi strategici

Quanto esplicitato nell'albero della *performance* viene di seguito declinato in obiettivi di macroarea:

L'A.O. dei Colli di Napoli delinea linee strategiche per il governo dei servizi sanitari nel rispetto degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale. La *vision* adottata è volta ad offrire, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente, secondo la *good practice* delle conoscenze mediche e tecnologiche

Gli obiettivi strategici vengono declinati attraverso le seguenti prospettive

Prospettiva dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure, misurate in funzione degli esiti

- Analisi degli esiti di ciascuna UO di Degenza e confronto con gli specifici parametri AGENAS per benchmarking
- Misurazione delle prestazioni erogate dalle diagnostiche e confronto con tempi negoziati per il rispetto dei parametri AGENAS
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (**prestazioni traccianti**) per prestazioni ambulatoriali
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa per prestazioni di ricovero
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione di tempi di erogazione prestazioni diagnostiche a ricoverati (**prestazioni traccianti**)
- Condivisione, implementazione e diffusione del processo di budget quale strumento di

Prospettiva della definizione di processi e protocolli condivisi tra le UO di diagnosi e cura per offrire la migliore qualità di assistenza possibile

- Analisi dei processi interni
- Stesura di protocolli trasversali e condivisi al fine di garantire il rispetto dei parametri AGENAS
- Realizzazione di percorsi assistenziali per la presa in carico globale del paziente, dalla diagnostica alla riabilitazione
- Razionalizzazione dei processi organizzativi, con riduzione dei tempi massimi di attesa
- Implementazione e capillare diffusione dell'utilizzo del nuovo sistema informativo sanitario
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di coordinamento aziendale
- Utilizzo di sistemi elettronici per rendere completa la dematerializzazione ("Paper-less")

Prospettiva del corretto utilizzo delle risorse, non solo economiche

- Rispetto della compatibilità economica indicata dalla Regione Campania
- Rispetto della sostenibilità dell'equilibrio aziendale tra offerta e risorse impiegate
- Verifica del corretto trasferimento di informazioni tra i livelli gerarchici
- Utilizzo pervasivo di *budgeting* e *reporting*
- Aumento del senso di appartenenza all'Azienda, con incremento della motivazione e della soddisfazione degli operatori
- Implementazione e capillare diffusione dell'utilizzo del sistema informativo sanitario ed amministrativo per migliorare la *governance* economica
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di coordinamento aziendale
- Ampliamento gestione e monitoraggio informatizzata armadietti farmaceutici di reparto
- Ripartizione singoli dipendenti sulle linee di attività (Ricoveri in Regime Ord. DH/DS, ambulatoriale)

Prospettiva della Trasparenza e Integrità

- Rispetto delle previsioni normative in materia di trasparenza e integrità
- Rispetto del codice di Comportamento Aziendale
- Diffusione della cultura della trasparenza come prassi operativa trasversale
- Adozione di comportamenti concludenti tesi alla trasparenza nei confronti dell'utenza
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di prevenzione della corruzione
- Redazione del bilancio di genere
- Analisi del benessere organizzativo

Prospettiva della sicurezza sul lavoro e riduzione del rischio clinico

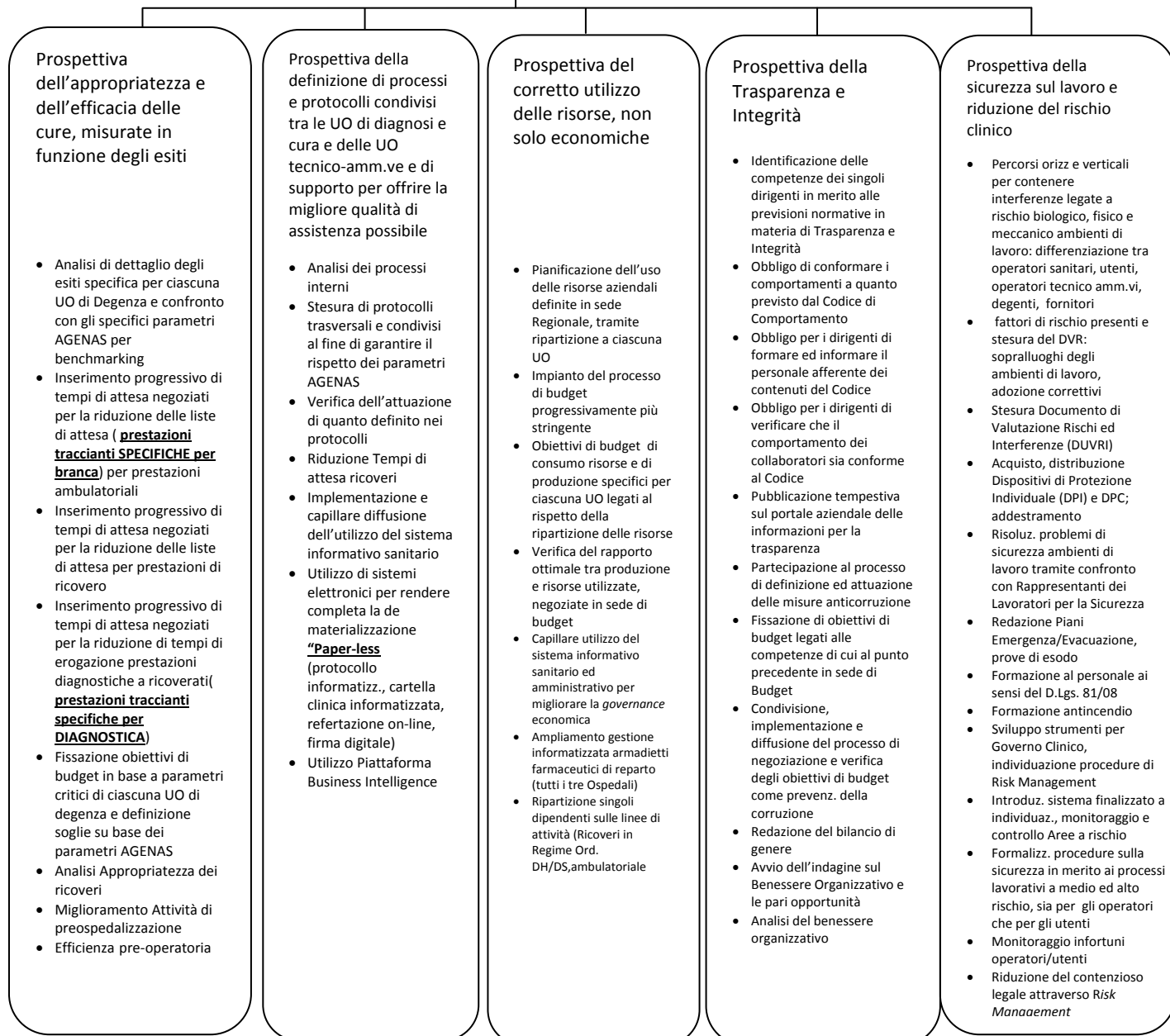
- Individuazione fattori di rischio e stesura Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)
- Stesura Documento di Valutazione Rischi ed Interferenze (DUVRI),
- Formazione del personale ai sensi del D.Lgs. 81/08 in materia di sicurezza
- Informazione a tutti gli operatori (dipendenti e non) sui rischi presenti negli ambienti di lavoro ospedalieri
- Individuazione di percorsi per contenere interferenze legate al rischio biologico, fisico e meccanico
- Sviluppo strumenti per Governo Clinico, individuazione soluzioni operative di Risk Management
- Introd. Sistema finalizzato a individuazione, monitoraggio e controllo Aree a rischio
- Formalizzazione di procedure sulla sicurezza in merito ai processi lavorativi a medio ed alto rischio, sia per gli operatori che per gli utenti
- Monitoraggio infortuni operatori/pazienti

Obiettivi e Piani Operativi

Utilizzando la metodologia multilivello della negoziazione budgetaria, gli obiettivi strategici indicati nella sezione precedente vengono declinati nei seguenti obiettivi operativi, oggetto delle schede di budget Dipartimentale, Delle singole Unità Operative e, al livello più atomico, di ogni Dirigente.

L'A.O. dei Colli di Napoli declina le linee strategiche per il governo dei servizi sanitari nel rispetto degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale nei seguenti obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi vengono declinati attraverso le seguenti prospettive



Per ciascun obiettivo operativo sono stati individuati uno o più indicatori, specifici e misurabili. Ciascun indicatore viene commisurato a valori ritenuti di riferimento (*standards* nazionali e/o regionali, *benchmarking*). Il *set* di indicatori e le soglie minime ammissibili ed i valori di obiettivo massimo sono oggetto di selezione annuale, attraverso la specifica analisi dei risultati raggiunti l'anno precedente, secondo la regola che gli obiettivi debbano essere ragionevoli ma sfidanti. Secondo tale principio, quando un obiettivo è raggiunto con buoni margini, il risultato va considerato tendenzialmente stabile ed eliminato dal *set* di obiettivi per l'anno successivo. In alternativa e in funzione dell'importanza dell'obiettivo stesso, la negoziazione dell'anno successivo può prevedere la modifica dei parametri soglia e valore massimo così da rendere più stringente la prestazione.

L'introduzione della metodica di *budget*, a sua volta legata alle continue novazioni dei Sistemi Informativi di supporto alla verifica dei risultati, rende il processo in parte sperimentale, soprattutto per gli aspetti legati alla individuazione dei processi oggetto di analisi ed alla capacità dei sistemi informativi stessi di supportare le analisi ed il monitoraggio degli obiettivi.

Per le motivazioni espresse, man mano che il sistema informativo renderà pienamente disponibili le funzionalità previste sarà possibile estrinsecare in dettaglio il piano definitivo annuale.

Con la deliberazione n. 762 del 10/07/2013 l'Azienda ha adottato tuttavia modelli specifici dei scheda di negoziazione e di valutazione budgetaria, dove sono indicate le sezioni relative alla pianificazione attuale. Nelle effettive schede di budget, a conclusione della corretta negoziazione, vengono definiti:

- l'obiettivo operativo di riferimento
- l'indicatore relativo
- la definizione dell'indicatore
- la formula di costruzione dell'indicatore
- il *benchmarking* di soglia minima, al di sotto del quale la prestazione è considerata del tutto insufficiente. Il valore di *benchmarking* è individuato attraverso un confronto con un elemento, di solito esterno all'Azienda, ritenuto il "migliore" o comunque riconosciuto come *standard* a cui tendere
- il *benchmarking* di obiettivo massimo, cui corrisponde la prestazione massima
- la formula di calcolo del risultato conseguito, sia nel caso di prestazione sotto soglia minima, sia di prestazione tra minimo e massimo
- la direzione a cui deve tendere l'indicatore
- Le serie storiche di valori conseguiti negli anni precedenti l'anno di riferimento.

Periodicamente viene trasmessa reportistica personalizzata per ciascuna UO, così da rendere possibile l'auto valutazione dei risultati intra annuali.

Obiettivi Individuali

In quanto segue, per ciascuna delle UO di degenza sono utilizzati obiettivi, parametri, soglie e DRG sentinella specifici per ognuna, come già effettuato nelle negoziazioni di budget fin dal 2011, provvedendo a raffinare ulteriormente il modello di sorveglianza in sede di negoziazione effettiva.

Precisamente, ciascuna scheda di budget presenta le seguenti sezioni:

- Dati strutturali, relativi ai posti letto ed altre informazioni generali
- Dati di attività, che riportano i valori degli indicatori delle serie storiche e dell'annualità in corso, comprendendo gli indicatori sanitari classici, oltre ai dati sull'attività di ricovero.
- Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS, contenente gli obiettivi, in parte generali, in parte legati ai DRG critici (che non sono considerati ottimali in base ai valori degli anni precedenti) specifici per ciascuna UO.
- Dati di dettaglio dell'assegnazione del personale all'atto della negoziazione ed all'atto della valutazione, comprensivi della matricola, della qualifica e della percentuale di assegnazione alla UO.
- Obiettivi qualitativi : comportamenti organizzativi, legati ai percorsi, ai processi, alla compliance alle direttive aziendali
- Obiettivi formativi, legati all'acquisizione di particolari *skills* individuati come strategici in sede di negoziazione
- Obiettivi Economico-quantitativi, legati al contenimento dei costi del personale e dei principali consumi diretti
- Obiettivi Economico-quantitativi derivati, che correlano la produzione ai consumi.
- Obiettivi legati alla riduzione del rischio clinico
- Obiettivi legati alla sicurezza sul lavoro
- Obiettivi legati al rispetto della normativa in materia di Trasparenza e Anticorruzione

Le schede sono suddivise in categorie, precisamente:

- Direttore di Dipartimento
- Direttore di UOC, Responsabile di UOSD
- Dirigente senza incarico di struttura
- Personale di comparto titolare di Posizione Organizzativa o Coordinamento
- Personale di comparto privo di Posizione Organizzativa o Coordinamento

Gli obiettivi individuali dei dirigenti di ciascuna UO sono comuni alla medesima UO per quanto attiene alla sezione degli Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS e degli obiettivi Economico-quantitativi e degli obiettivi economico quantitativi derivati, mentre sono personalizzati per quanto attiene alle sezioni degli obiettivi formativi e quelli dei comportamenti organizzativi.

Il Direttore di UOC o il Responsabile di UOSD hanno, in aggiunta a quelli dei dirigenti privi di incarico, alcuni obiettivi nella sezione dei comportamenti organizzativi legati alla funzione di coordinamento delle attività dei dirigenti collaboratori.

Il Direttore di Dipartimento, in aggiunta agli obiettivi di Direttore di UOC ha ulteriori obiettivi legati alla funzione di coordinamento delle attività dei Direttori delle UO allocate nel Dipartimento.

In alcuni casi, in particolare per il Dipartimento Diagnostico, in presenza di estrema specializzazione dei compiti dei dirigenti valutati, la personalizzazione degli obiettivi è estremamente spinta e legata ai compiti individuali.

Le schede dei Dirigenti Tecnico Amministrativi sono ovviamente specifiche per ciascuno, in relazione all’incarico od alla posizione funzionale ricoperta.

Ciascun obiettivo è caratterizzato dai seguenti parametri:

- *Trend*, che indica se l’obiettivo deve avere un senso crescente o decrescente, ad esempio, la degenza media di un particolare DRG è migliore se diminuisce e peggiore se aumenta, pertanto il trend sarà “∇”.
- Valore soglia, che indica la prestazione minima oltre la quale la prestazione diviene apprezzabile e sotto la quale viene considerata nulla.
- Valore obiettivo, che rappresenta la prestazione da rendere per ottenere il risultato atteso
- Peso, che rappresenta il valore percentuale del singolo obiettivo nel complesso degli obiettivi; la somma dei pesi legati agli obiettivi è pari a 100.

Ciascun obiettivo ha poi ulteriori parametri, calcolati in sede di valutazione:

- consuntivo annuale, che è costituito dalla prestazione resa
- risultato calcolato, che è dato dalla valorizzazione del peso conseguito, attraverso una formula di calcolo
- valutazione, che è pari al risultato calcolato, salvo i casi in cui particolari contingenze non portino a modificare tale valore a seguito di eventi specifici negoziati in anticipo.

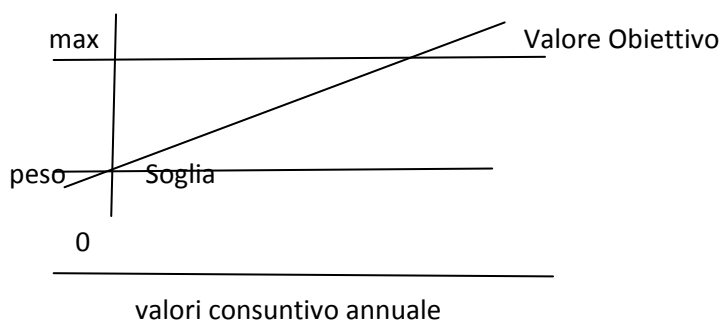
I valori degli indicatori possono essere di differenti categorie:

- valori Sì/No, legati alle prestazioni da rendere in modo unitario (esempio, definizione di un flusso operativo o di un protocollo)
- valori numerici legati allo specifico obiettivo (es: degenza media misurata in giorni)
- valori normalizzati, generalmente valori da 3 a 5 dove 3 rappresenta il Valore Soglia e 5 è la prestazione massima, generalmente da rendersi a cura del Valutatore di 1° istanza. Il valore 3 per la prestazione minima è fissato dal regolamento per la valutazione.

Le formule di calcolo sono indicate a margine di ciascuna scheda e per ciascuna delle sezioni delle schede di Negoziazione e di Valutazione, così da essere conoscibili e condivise tramite la firma per accettazione sia dal Valutato che dai Valutatori di Prima e di seconda Istanza.

Il calcolo del risultato conseguito è così definito:

- per valori di consuntivo annuale \leq del valore soglia (se il *trend* è Δ), il risultato calcolato è =0;
- per valori di consuntivo annuale \geq Valore Obiettivo (se il *trend* è Δ), il risultato calcolato è = Peso;
- per valori di consuntivo annuale \geq Valore Soglia e $<$ Valore Obiettivo (se il *trend* è Δ), il risultato calcolato è ottenuto attraverso una proporzione lineare dell'intervallo tra valore soglia e valore obiettivo.



Se il *trend* ha verso opposto, i termini verranno invertiti, rispettando il principio della proporzionalità.

Sono allo studio criteri di calcolo del valore risultato ottenuti con una funzione a gradini, corrispondente, cioè, a differenti soglie cui vengono assegnati pesi crescenti. Tali criteri verranno eventualmente formalizzati per tempo nelle annualità di competenza ed in funzione dei regolamenti di valutazione adottati.

Quanto indicato è integralmente esplicitato dalla deliberazione n. 762 del 10/07/2013 che ha adottato i modelli di schede di budget utilizzate in Azienda e pubblicate sul sito web istituzionale.

Il calcolo del punteggio finale si effettua sommando il valore numerico di tutte le singole valutazioni contenute nella scheda individuale.

Per ciascuna scheda valutativa, un punteggio inferiore a 60 (sessanta) verrà considerato INSUFFICIENTE.

In particolare, per le Unità Operative che svolgono attività di ricovero, gli obiettivi di *performance* sono stati fissati sulla scorta dei classici indicatori di assistenza ospedaliera e degli indicatori ministeriali messi a punto dal Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVEAS) e dall' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

Gli indicatori classici (tabella 1), che consentono di valutare l'efficienza di erogazione delle prestazioni, sono stati utilizzati per il monitoraggio dell'attività di tutti i Dipartimenti Strutturali dell'Azienda e delle Unità Operative che ad essi afferiscono.

TABELLA 1: INDICATORI CLASSICI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
Numero totale di dimessi
Numero totale di giornate di degenza
Numero di ricoveri di 0-1 giorno
Degenza media
Peso medio dei DRG
Indice di occupazione (I.O.)
Indice di rotazione (I.R.)
Indice di turn over

Si riportano di seguito il significato e le modalità di calcolo dei suddetti indicatori:

- la degenza media: si misura come rapporto tra il numero totale di giornate di degenza erogate (GD) ed il numero di dimessi in un dato intervallo temporale, solitamente in un anno (D): GD/D .
- l'indice di occupazione: indica la percentuale media di posti letto utilizzati nella struttura e si calcola dividendo le giornate totali di degenza per le giornate di degenza che teoricamente si cumulerebbero se tutti i posti letti fossero occupati per l'intero periodo di riferimento. Questo "valore teorico", a sua volta, si determina moltiplicando il numero dei posti letto per il numero di giorni di cui si compone l'intervallo temporale considerato (30 o 365 giorni a seconda che si tratti di un mese o di un anno) ($GD/PL \times 365$). Sono considerati ottimali valori dell'indice di occupazione compresi fra il 75 e il 95%. Valori superiori al 100% sono indicativi della presenza di posti aggiunti (barelle).
- l'indice di rotazione del posto letto: indica il numero di ricoveri effettuati per ciascun posto letto in un dato tempo e si calcola come rapporto tra il numero di dimessi ed il numero di posti letto (D/PL).

- l'indice di *turn over*: misura quanto tempo mediamente trascorre tra la liberazione di un posto letto e la sua successiva riutilizzazione e si calcola dividendo la differenza tra giornate di degenza teoriche ed effettive [(PLx365) - GD] per il numero di dimessi dalla struttura in un dato intervallo di tempo: [(PLx365) - GD]/D.
- il peso medio dei DRG: descrive la complessità media dei ricoveri della struttura e si calcola moltiplicando il peso relativo di ciascun DRG per il numero di ricoveri effettuati in un anno per quel DRG nella struttura considerata. I valori ottenuti vengono poi sommati e la somma ottenuta divisa per il numero totale dei dimessi.

Gli indicatori riferiti all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, monitorati nell'ambito del PNE e riportati nella griglia del Nuovo Sistema di Garanzia e negli allegati A) e B) della DGRC n. 365/2019, sono stati selezionati per ciascuna struttura in relazione al suo case mix specifico.

TABELLA 2: PRINCIPALI INDICATORI MINISTERIALI RIFERITI ALL'EROGAZIONE DEI LEA
% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC
% Day Hospital medico con finalità diagnostica
Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
% pazienti dimessi con DRG di tipo medico da reparti chirurgici
Ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite
Ricoveri ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso cardiaco
Proporzione di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero
Rapporto ARI/non ARI in regime ordinario
Ricoveri ordinari medici oltre soglia tra gli anziani
Percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione con degenza oltre soglia
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Day Surgery o ricovero ordinario di 0-1 giorno
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 giorni
% fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
% interventi di protesi d'anca e di ginocchio eseguiti entro 60 giorni dal ricovero

Per il calcolo dei suddetti indicatori sono state utilizzate le schede esplicative redatte per ciascun indicatore dal Sistema di Verifica dell'Agenas nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE)

Come per il 2021, gli obiettivi in materia di trasparenza - ovvero l'obbligo per tutti i dirigenti di UOC di elaborare e pubblicare i dati di competenza nella sezione "Amministrazione Trasparente", come dettagliati nell'allegato del PTPCT - saranno monitorati attraverso la piattaforma LAPIS .

Gli obiettivi in materia di anticorruzione – ovvero obbligo per tutti i dirigenti di UOC di contribuire al processo di definizione ed implementazione delle misure anticorruzione – saranno assolti attraverso la partecipazione/riscontro alle sessioni di audit. L'obbligo sarà monitorato attraverso le schede di monitoraggio, a cura del RPCT.

I suddetti obiettivi, sono riferibili esclusivamente ai Direttori di struttura come individuati nel PTPCT vigente (AREA APT, DD.MM.OO. e Farmacie)

Gli obiettivi inerenti la sicurezza sul lavoro saranno valutati in base alle attestazioni fornite dal Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione. Gli indicatori saranno progressivi in base al raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto attiene agli obiettivi legati alla riduzione del Rischio Clinico, l'orizzonte temporale è necessariamente esteso sul triennio e prevede una fase iniziale di mappatura dei processi, di definizione delle procedure e della loro implementazione presso il personale tutto, includendo la categoria dei dirigenti medici e sanitari, oltre che al personale di comparto sanitario e dei restanti ruoli. Nel corso del 2022 la azione prioritaria è declinata attraverso il miglioramento dell'uso pervasivo del software di gestione del rischio *Taleta Web*, installato presso tutti i reparti dei tre Ospedali ed al cui utilizzo andrà ulteriormente formato il personale assegnato a ciascuna Unità Operativa, prescindendo da ruoli e mansioni, seppur nel rispetto di adeguata profilazione che garantisca l'aspetto della tutela della *privacy*.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi verrà effettuata dalla Responsabile della UOS di Monitoraggio ed organizzazione dei percorsi di cura e del Rischio clinico, incardinata nella Direzione Sanitaria Aziendale. Gli indicatori saranno progressivi in base al livello di raggiungimento degli obiettivi.

Obiettivi Individuali legati alla progettualità del comparto

Come indicato in precedenza, sono stati formalizzati per l’anno 2022 cinque progetti relativi al personale di comparto dell’Azienda, oggetto di negoziazione tra la Delegazione Trattante e la Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), così come da verbale del 16/03/2021. Per l’anno 2022, si è pervenuti ad una rivisitazione delle progettualità finanziate con i fondi contrattuali ed alla predisposizione di cinque macro progetti, redatti secondo criteri che garantiscono la tracciabilità degli stessi e che prevedono l’inserimento di tutto il personale del comparto impegnato nei tre presidi aziendali. Nell’ambito di ciascun progetto, è garantito il pari trattamento economico del personale e la determinazione di specifici obiettivi con relativi criteri di misurazione e valutazione. In base a quanto concordato tra la Direzione Strategica e le OO.SS. ciascun progetto è caratterizzato da un proponente, da un valutatore, dall’elenco del personale afferente comprensivo di matricola, dalla declaratoria dell’obiettivo e delle azioni da sottoporre a verifica. I progetti verranno comunque articolati per Unità Operativa, comprendendo quindi per transitività i dipendenti ad essa assegnati. I nuovi progetti sostituiscono quelli in essere ante 2021 e le somme legate alla produttività saranno corrisposte mensilmente con una quota di acconto. Semestralmente verrà effettuata la verifica da parte del responsabile di ciascun progetto e se positiva, darà luogo alla corresponsione del saldo semestrale. I progetti hanno durata annuale e vanno confermati o rivalutati alla scadenza. Per completare il percorso di trasparenza, tracciabilità ed equità, nel caso in cui un dipendente venisse trasferito da una Unità Operativa ad un’altra, lo stesso dipendente resterà nel progetto di partenza se la nuova UO afferisce allo stesso, mentre parteciperà al progetto previsto per la nuova UO di destinazione se differente.

La trattativa tra le parti ha consolidato quanto in essere negli anni precedente in merito alla voce stipendiale **191 “Acc. Incentivazione Salvo Conguaglio”** che rappresenta la quota incentivante per il comparto relativa alla **performance organizzativa**, da erogarsi nei modi e nei termini già storicizzati, ovvero differenziata per qualifica e fascia;

In considerazione del perdurare dello stato emergenziale, i progetti definiti per l’anno 2021 sono stati sostanzialmente riproposti e risultano quindi:

- 1) Umanizzazione COVID -19, che coinvolge tutte le strutture presenti nell’Ospedale Cotugno e Monaldi impegnati in ambito COVID e proposto dal Direttore della UOC URP
- 2) Umanizzazione e Comfort alberghiero Ospedali Monaldi (escluso le unità COVID) e CTO, che coinvolge tutte le UO presenti nei due plessi e proposto dal Direttore della UOC URP
- 3) Supporto COVID Area Laboratori, afferente all’area delle diagnostiche e della UOC Medicina trasfusionale, proposto dal Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari
- 4) Supporto COVID, afferente alle UO amministrativo tecniche e proposto dal Direttore Amministrativo
- 5) Medicina del Lavoro e Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa per l’anno 2021, proposto dal Direttore Sanitario Aziendale

Collegati alle indispensabili azioni di contrasto per la pandemia in atto di virus SARS-Covid, nel corso del 2022 potranno essere identificati ulteriori progetti specifici considerati strategici dall’Azienda e meritevoli di approvazione. Per assicurare la congruità dei fondi aziendali destinati all’istituto della progettualità di comparto, il totale dei progetti afferenti a tale ultima area non potrà superare quanto

residua dal fondo, una volta sottratto il totale di quanto destinato alla corresponsione della citata voce 191 ed il totale delle progettualità dei cinque progetti precedentemente esplicitati;

Per garantire la necessaria tracciabilità, la UOC Gestione Risorse Umane provvederà mensilmente, come già attuato nel 2021, ad adottare una **Determina Dirigenziale** attestante per ciascun progetto la puntuale composizione dei partecipanti a ciascun progetto, completa di matricola, nome, cognome, unità di afferenza.

Risorse, Efficienza ed Economicità

Si riassume quanto indicato nelle sezioni precedenti.

Per quanto riguarda lo stato della gestione delle risorse umane si riporta, di seguito, la tabella illustrante la consistenza del personale in servizio al 31/12/2020, confrontata con la previsione di dotazione organica definita dall'Atto Aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 1192 del 12/12/2011) che evidenzia i dati relativi alle diverse tipologie di addetti.

Denominazione regione	CAMPANIA			
Denominazione azienda/ente				
Periodo di rilevazione	01/01/2020 - 31/12/2020			
	Totale presenti al 31.12.2019 (A)	Assunti al 31.12.2020 (B)	Cessati al 31.12.2020 (C)	Totale presenti al 31.12.2020 (1)= (A)+(B)-(C)
<i>(valori in migliaia di euro)</i>				
Personale dipendente a tempo indeterminato	1.748	300	142	1.906
- Medici	499	93	29	563
- Dirigenti non medici	55	18	4	69
- Personale non dirigente	1.194	189	109	1.274
- Personale contrattista				0
Personale a tempo determinato	549	393	217	725
Restante personale	87	101	40	148
Totale	2384	794	399	2.779

I termini di confronto evidenziano incrementi nel personale a tempo determinato (a seguito di avvisi pubblici di in particolare per consentire di fronteggiare l'emergenza Covid-19).

Nel corso degli anni si è riscontrato un costante equilibrio tra costi e ricavi, pur in presenza di notevole riduzione del finanziamento regionale. Nonostante tale riduzione, la produzione in DRG e prestazioni, valorizzata secondo la tariffazione regionale, ha registrato notevoli e costanti incrementi, legati alla corretta gestione delle tre realtà ospedaliere, conseguita attraverso la riorganizzazione dei processi aziendali e l'eliminazione delle duplicazioni strutturali, sia in ambito tecnico amministrativo che sanitario.

Il Processo di redazione della Relazione sulla Performance e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance

Fasi, soggetti, tempi e responsabilità del processo di redazione del Piano

Il Processo di redazione del presente Piano si inserisce nell’ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell’Azienda ed è stato redatto tenendo conto di quanto segue:

- da un punto di vista dei contenuti, dalla pianificazione strategica nazionale dalla pianificazione strategica regionale, rappresentata principalmente dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale;
- da un punto di vista procedurale, delle fasi di programmazione aziendale definite dalla Regione Campania, in particolare:
 - DCA n. 14/2009 “Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale”, in cui, tra l’altro, sono stati fissati i principi a cui ciascuna Azienda deve ispirarsi per la redazione dei propri documenti di programmazione, di gestione, di rendicontazione e controllo attraverso la definizione delle “Linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Regione Campania”;
 - DCA n. 60/2011 “Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale – Processi di supporto alle attività aziendali, adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo *planning*, *budget* e *reporting* – Modifica al Piano dei Conti di contabilità generale unico regionale”.
 - Realizzazione del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014

Le fasi del processo sono le seguenti:

1. definizione delle linee strategiche, realizzata nei mesi di novembre-gennaio di ogni anno.
2. Stesura ed adozione del Piano della Performance e della Direttiva Annuale del Direttore Generale nel mese di gennaio
3. Conclusione della valutazione dell’anno precedente nei mesi di marzo-aprile di ciascuna annualità
4. Avvio della negoziazione budgetaria a partire dal mese di gennaio-febbraio e da concludersi entro il mese di marzo di ciascuna annualità suddiviso in due fasi, la prima legata alla negoziazione iniziale per Dipartimento, la seconda ad un ulteriore giro di negoziazione legato alla tenuta degli obiettivi trans-dipartimentali. Tale metodica a due fasi rallenta il processo

ma garantisce migliore trasversalità tra gli obiettivi ed evita obiettivi confliggenti, significativi in ambito dei singoli Dipartimenti ma non proficui a livello globale Aziendale.

5. Rendicontazione trimestrale del raggiungimento infra annuale degli obiettivi negoziati
6. Rendicontazione mensile dei consumi e delle prestazioni tendenzialmente erogate a mero scopo informativo
7. Redazione della Relazione Annuale sulla Performance da predisporre entro il 30 giugno
8. Supporto, verifica, garanzia dell'applicazione delle metodologie predisposte da parte dell'ORGANISMO INDIPENDENTE di VALUTAZIONE
9. Trasmissione della relazione di cui al punto 7 entro il 15 settembre, unitamente al Documento di Validazione predisposto dall'O.V. alla CIVIT, ora ANAC, al MINISTERO dell'Economia e delle Finanze.

L'attore della Fase 1. è la Direzione Strategica, che ha la completa responsabilità dell'azione.

Gli attori della Fase 2. Sono la Direzione Strategica e la UOC Programmazione Controllo di Gestione e Valutazione, che redige il Piano e la Direttiva Annuale del Direttore Generale, su indicazione dell'Organo di vertice.

Gli attori della Fase 3. sono il Direttore Generale e il Comitato di Budget, i valutati (a livello di Direttori di Dipartimento, Direttori di UO e dirigenti senza incarico di struttura), oltre all'O.I.V., ciascuno secondo proprie prerogative e ruoli legati alla funzione di valutatore di prima e seconda istanza e di valutato, ai fini della sottoscrizione delle schede di valutazione annuale.

Gli attori della Fase 4. sono il Direttore Generale e il Comitato di Budget, i valutati (a livello di Direttori di Dipartimento, Direttori di UO e dirigenti senza incarico di struttura), oltre all'O.I.V., ciascuno secondo proprie prerogative e ruoli nella funzione di negoziazione multilivello.

Gli attori della Fase 5. sono la UOC Programmazione Controllo di Gestione e Valutazione e la Direzione Sanitaria Aziendale, che forniscono secondo competenza, i dati di raffronto trimestrale tra gli obiettivi negoziati ed i consuntivi (ancorché tendenziali) correnti.

L'attore della Fase 6. è la UOC Programmazione Controllo di Gestione e Valutazione, che predispone e trasmette la reportistica desunta dal Sistema Informativo Aziendale.

Gli attori della Fase 7. sono l'OIV e la Direzione Strategica

L'attore delle Fase 8 e 9 è l'Amministrazione che effettua gli adempimenti previsti.

I principali attori nel processo di definizione del presente Piano sono quindi:

- La Direzione Strategica aziendale: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario;
- La Unità Operativa Complessa Programmazione, Controllo e Valutazione.

Punti di forza e punti di Debolezza del ciclo di gestione della performance

I principali punti di forza del ciclo descritto sono costituiti dalla trasversalità dell'azione che riesce a mettere in campo, utilizzando il percorso a due fasi indicato nella sezione relativa al processo di negoziazione budgetaria.

La metodica della discussione, del confronto e della trasversalità tra le strutture operative, i dipartimenti e le funzioni centrali dell'Azienda fa emergere le criticità apparentemente nascoste e che limitano l'efficienza, l'efficacia o la qualità delle prestazioni erogate, individuando percorsi condivisi e pensati per risolvere conflittualità ed inefficienze.

Il processo di negoziazione e di verifica incrementa nei valutati la percezione delle criticità legate alle proprie attività e, attraverso la veste di negoziatori, sprona alla riprogettazione di numerosi processi trasversali che identificano *trade-off* tra le esigenze delle singole UO e quelle dell'intera Azienda o del singolo Dipartimento.

I principali punti di debolezza sono rappresentati dalle incognite legate alla incertezza legata alla data di conclusione della pandemia da COVID-19 ad oggi ancora in corso, alla effettiva operatività del Pronto Soccorso di recente istituzione presso l'Ospedale CTO, sia relativamente alle effettive risorse economiche aggiuntive che verranno assorbite, sia sugli effettivi contraccolpi sulla organizzazione sanitaria complessiva dell'Azienda.

Anche l'attuale assetto dei Sistemi Informativi aziendali potrebbe rallentare il processo, in quanto la transizione alla piattaforma SIAC non è stata ad oggi completamente completata, principalmente per quanto riguarda le integrazioni con la piattaforma di controllo del budget SPAGO-BI.

Ulteriore criticità è legata alla lentezza del processo di budget esteso a tutte le numerose Unità presenti in azienda. Il processo riveste tutt'ora carattere di sperimentality, soprattutto per la necessità di velocizzare le fasi di negoziazione, totalmente cartacee e quindi legate alla necessità di raggiungere circa 800 valutati. Le attività sono ulteriormente rallentate dalla necessità di effettuare più tornate di consultazioni, indispensabili per amalgamare i processi interdipartimentali ed inter unità. Tale criticità rappresenta, tuttavia, un parziale punto di forza, perché consente di rendere omogenee le UO dei tre ospedali, rendendo, come doveroso, un unico corpo adagiato su tre posizioni fisiche distinte. L'evoluzione continua delle informazioni di volta in volta aggiunte alle negoziazioni rendono inoltre necessario consolidare nel tempo le innovazioni progressivamente introdotte.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Il Presente documento è stato redatto in coerenza con il Bilancio di Previsione 2022, approvato dall'Azienda con Deliberazione n° 1111 del 23/12/2021.

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

Per tutto quanto indicato in precedenza, l'intero processo di gestione della *performance* è tutt'ora sperimentale e suscettibile di modificazioni in corso d'opera, a seguito delle risultanze annuali della verifica degli scostamenti tra gli obiettivi fissati ed i consuntivi rilevati.

Napoli , 27 gennaio 2022

Il Direttore Generale

Dr. Maurizio Di Mauro

Tabella Obiettivi Strategici

Prospettiva dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure, misurate in funzione degli esiti

- Analisi degli esiti di ciascuna UO di Degenza e confronto con gli specifici parametri AGENAS per benchmarking
- Misurazione delle prestazioni erogate dalle diagnostiche e confronto con tempi per rispetto dei parametri AGENAS
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali e gestione dei ricoveri
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione di tempi di erogazione prestazioni diagnostiche a ricoverati (prestazioni traccianti)
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di coordinamento aziendale

Prospettiva della definizione di processi e protocolli condivisi tra le UO di diagnosi e cura per offrire la migliore assistenza possibile

- Analisi dei processi interni
- Stesura di protocolli trasversali e condivisi al fine di garantire il rispetto dei parametri AGENAS
- Realizzazione di percorsi assistenziali per la presa in carico globale del paziente, dalla diagnostica alla riabilitazione
- Razionalizzazione dei processi organizzativi, con riduzione dei tempi massimi di attesa
- Implementazione e capillare diffusione dell'utilizzo del sistema informativo sanitario
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di coordinamento aziendale
- Utilizzo di sistemi elettronici per rendere completa la dematerializzazione "Paper-less"

Prospettiva del corretto utilizzo delle risorse, non solo economiche

- Rispetto della compatibilità economica indicata dalla Regione Campania
- Rispetto della sostenibilità dell'equilibrio aziendale tra offerta e risorse impiegate
- Verifica del corretto trasferimento di informazioni tra i livelli gerarchici
- Utilizzo pervasivo di *budgeting* e *reporting*
- Aumento del senso di appartenenza all'Azienda da parte del personale dipendente, con incremento della motivazione e della soddisfazione degli operatori
- Implementazione e capillare diffusione dell'utilizzo del sistema informativo sanitario ed amministrativo per migliorare la *governance* economica
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di coordinamento aziendale
- Ampliamento gestione e monitoraggio informatizzato armadietti farmaceutici di reparto utilizzando la piattaforma SIAC
- Ripartizione singoli dipendenti sulle linee di attività (Ricoveri in Regime Ord. DH/DS, ambulatoriale)

Prospettiva della Trasparenza e Integrità

- Rispetto delle previsioni normative in materia di Trasparenza e Integrità
- Rispetto del codice di Comportamento Aziendale, dei regolamenti e delle direttive aziendali
- Diffusione della cultura della trasparenza come prassi operativa trasversale
- Adozione di comportamenti concludenti tesi alla trasparenza nei confronti dell’utenza
- Condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di budget quale strumento di coordinamento aziendale
- Redazione del bilancio di genere
- Analisi del benessere organizzativo

Prospettiva della sicurezza sul lavoro e della riduzione del Rischio Clinico

In merito alla riduzione del Rischio Clinico, l’azione iniziale riguarda l’utilizzo pervasivo della piattaforma software Talete Web.

Occorre distinguere due sezioni di obiettivi, quella relativa ai componenti del Team di Rischio Clinico Aziendale e quella del restante personale allocato presso le UO di diagnosi e cura.

La prima componente è deputata alla definizione dei contenuti (documenti, procedure, definizione dei ruoli e dei profili di utenza) e quant’altro costituisce la configurazioni iniziale dei contenuti accessibili, consultabili, delle modalità di segnalazione degli eventi avversi o comunque utile al monitoraggio del rischio. Al Team, unitamente alla UOC Formazione, compete la formazione della rete dei “Facilitatori di Reparto”, individuati dai direttori di UOC/UOSD su richiesta del Direttore Sanitario di Azienda.

Il restante personale, allocato presso le Unità Operative di diagnosi e cura, è tenuto all’utilizzo effettivo del software, in base all’addestramento legato al profilo di assegnazione di ciascuno.

A tali figure spetta l’accesso alla documentazione disponibile sulla piattaforma e l’inserimento di ogni evento avverso, secondo le modalità definite in fase di configurazione.

In sintesi, gli obiettivi per il personale allocato presso le UO di Diagnosi e Terapia possono essere riassunti come segue:

- Partecipare alla formazione specifica sulla piattaforma Talete Web (modalità FAD)
- Accedere sistematicamente alla piattaforma per verificare la progressiva emanazione di direttive, raccomandazioni e procedure in materia di risk management
- Segnalare attraverso la piattaforma (non in modalità cartacea) gli eventi secondo la tipologia di *near miss*, evento avverso, evento sentinella, secondo modalità e percorsi preimpostati dalla piattaforma stessa.
- Utilizzo nel corso del triennio di tutti e tre i moduli previsti dalla piattaforma Talete Web (Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento).
- Riduzione del contenzioso legale attraverso *Risk Management*

Per quanto attiene agli aspetti della sicurezza sul lavoro, i principali obiettivi sono riassunti come segue:

- Identificazione e creazione di Percorsi orizzontali e verticali per contenere le interferenze legate a rischio biologico, fisico e meccanico ambienti di lavoro: differenziazione tra operatori sanitari, utenti, operatori tecnico amministrativi, degenti, fornitori
- Identificazione fattori di rischio presenti e stesura del DVR (Documento Valutazione Rischi); effettuazione di sopralluoghi degli ambienti di lavoro, adozione correttivi
- Stesura Documento di Valutazione Rischi ed Interferenze (DUVRI)
- Acquisto, distribuzione Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC); addestramento all'utilizzo
- Risoluzione problemi di sicurezza ambienti di lavoro tramite confronto con Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza
- Redazione Piani Emergenza/Evacuazione; esecuzione di prove di esodo
- Formazione al personale ai sensi del D.Lgs. 81/08
- Formazione antincendio
- Introduzione di idoneo sistema finalizzato alla individuazione, monitoraggio e controllo Aree a rischio
- Formalizzazione procedure sulla sicurezza in merito ai processi lavorativi a medio ed alto rischio, sia per gli operatori che per gli utenti

Tabella sulla valutazione individuale

Di seguito si indicano i principali obiettivi utilizzati:

Resta ovviamente inteso che l'obiettivo primario e fondamentale è quello di assicurare il miglior livello di assistenza in relazione al contrasto della pandemia in corso, almeno sino alla conclusione dello stato emergenziale definito dalla normativa ad oggi vigente. Tale obiettivo è condiviso da tutte le componenti aziendali, sia sanitarie che amministrative, tecniche e professionali.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento Pneumologico ed Oncologico:

- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Giornate di Degenza media totale RO \leq Giornate di Degenza media totale RO Valore Soglia
- degenza media di specifici DRG sentinella
- peso medio DRG \geq Valore Soglia
- peso medio DRG di specifici DRG sentinella
- indice di Occupazione (IO) $>$ Valore Soglia
- % DRG medici inappropriati (LEA)
- Mantenimento obiettivo di cui al punto 1.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (BPCO)
- Raggiungimento obiettivi di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Riduzione ricoveri diurni e accessi di tipo medico)
- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 3 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Rapporto ricoveri ARI/non ARI)
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC $<$ Valore Soglia
- Consegna mensile del modello HSP22bis - HSP24 secondo protocollo aziendale
- Applicazione del documento aziendale per esecuzione di broncoscopie a pazienti interni
- Applicazione del documento aziendale esecuzione di broncoscopie a pazienti in regime di DH
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto

- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso. Secondo specifiche fasce di miglioramento, in modo che il totale del miglioramento (maggiori ricavo o minori costo o mix tra le due misure) sia pari all'obiettivo aziendale di miglioramento del rapporto totale.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento Medico e Cardiologico:

- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali
- Giornate di Degenza media totale RO \leq Giornate di Degenza media totale RO Valore Soglia
- degenza media di specifici DRG sentinella
- peso medio DRG \geq Valore Soglia
- peso medio DRG di specifici DRG sentinella
- indice di Occupazione (IO) $>$ Valore Soglia
- % DRG medici inappropriati (LEA)
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC $<$ Valore Soglia
- Mantenimento obiettivo di cui al punto 1.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Scopimento cardiaco)
- Raggiungimento obiettivi di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Riduzione ricoveri diurni e accessi di tipo medico)
- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 3 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Rapporto ricoveri ARI/non ARI)
- Consegna mensile del modello HSP22bis - HSP24 secondo il protocollo aziendale
- % RICOVERI ORDINARI MEDICI OLTRE VALORE SOGLIA PER ANZIANI $<$ valore soglia
- Numero prefissato di coronografie per pazienti inviati UO specifiche secondo percorso di preospedalizzazione

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso. Secondo specifiche fasce di miglioramento, in modo che il totale del miglioramento (maggiori ricavo o minori costo o mix tra le due misure) sia pari all'obiettivo aziendale di miglioramento del rapporto totale.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento di Chirurgia Cardio-Vascolare e dei Trapianti:

- % Drg medici da reparti chirurgici \leq valore soglia (ad esclusione pazienti trasferiti per patologie dilatative)
- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali
- Giornate di Degenza media totale RO \leq Giornate di Degenza media totale RO Valore Soglia
- degenza media di specifici DRG sentinella
- Degenza media preoperatoria inferiore alla soglia
- peso medio DRG \geq Valore Soglia
- % pazienti preospedalizzati sul totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico programmato.
- peso medio DRG di specifici DRG sentinella
- indice di Occupazione (IO) $>$ Valore Soglia
- % DRG medici inappropriati (LEA)
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC $<$ Valore Soglia
- Mantenimento obiettivo di cui al punto 1.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (scompenso cardiaco)
- Raggiungimento obiettivi di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Riduzione ricoveri diurni e accessi di tipo medico)
- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 3 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Rapporto ricoveri ARI/non ARI)
- Consegna mensile del modello HSP22bis - HSP24 secondo il protocollo aziendale
- Attuazione del protocollo di revisione delle prescrizioni antibiotiche con rivalutazione sistematica a 48 72 ore dall'inizio del trattamento

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Formazione di nuovi Primi Operatori per particolari tecniche chirurgiche (attestato dal registro operatorio)
- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento di AREA CRITICA:

- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Revisione ed applicazione del protocollo per il monitoraggio dell'utilizzo delle sale operatorie,
- Sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza secondo procedura aziendale
- Adozione protocollo di revisione delle prescrizioni antibiotiche con rivalutazione sistematica a 48/72 ore dall'inizio del trattamento
- Tasso di risposta sorveglianza germi sentinella - fase 1
- Tasso di risposta sorveglianza germi sentinella - fase 2
- Trasmissione alla DMPO schede sorveglianza emocolture/liquor positivi Enterobatteri MDR
- % schede di sorveglianza trasmesse alla DMPO
- Adozione protocollo terapia delle polmoniti associate a *devices* respiratori,
- Adozione protocollo terapia delle infezioni urinarie associate a catetere vescicale
- Adozione protocollo terapia delle infezioni sostenute da organismi multi resistenti ,MDR
- Consegna mensile modello HSP22bis- HSP24 secondo il protocollo aziendale

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso. Secondo specifiche fasce di miglioramento, in modo che il totale del miglioramento (maggiori ricavo o minori costo o mix tra le due misure) sia pari all'obiettivo aziendale di miglioramento del rapporto totale.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica:

- % Drg medici da reparti chirurgici \leq valore soglia
- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali
- Giornate di Degenza media ricoveri programmati totale RO \leq Giornate di Degenza media totale RO Valore Soglia
- degenza media di specifici DRG sentinella
- Degenza media preoperatoria inferiore alla soglia
- peso medio DRG \geq Valore Soglia
- % pazienti preospedalizzati sul totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico programmato.
- Raggiungimento obiettivi di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Riduzione ricoveri diurni e accessi di tipo medico)
- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 3 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Rapporto ricoveri ARI/non ARI)
- peso medio DRG di specifici DRG sentinella
- indice di Occupazione (IO) $>$ Valore Soglia
- % DRG medici inappropriati (LEA)
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC $<$ Valore Soglia
- Consegna mensile del modello HSP22bis - HSP24 secondo protocollo aziendale
- Attuazione del protocollo di revisione delle prescrizioni antibiotiche con rivalutazione sistematica a 48 72 ore dall'inizio del trattamento

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Formazione di nuovi Primi Operatori per particolari tecniche chirurgiche (attestato dal registro operatorio)
- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso. Secondo specifiche fasce di miglioramento, in modo che il totale del miglioramento (maggiori ricavo o minori costo o mix tra le due misure) sia pari all'obiettivo aziendale di miglioramento del rapporto totale.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO Malattie Infettive ed urgenze Infettivologiche:

- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 3 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Rapporto ricoveri ARI/non ARI)
- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali
- Giornate di Degenza media totale RO \leq Giornate di Degenza media totale RO Valore Soglia
- degenza media di specifici DRG sentinella
- peso medio DRG \geq Valore Soglia
- peso medio DRG di specifici DRG sentinella
- indice di Occupazione (IO) $>$ Valore Soglia
- % DRG medici inappropriati (LEA)
- Ridurre il numero dei DH diagnostici con particolare indicazione per patologie HIV e HCV correlate, proporzionalmente all'attivazione di percorsi di Day service/PAC come alternativa al ricovero in regime di Day Hospital; Raggiungimento obiettivi di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Riduzione ricoveri diurni e accessi di tipo medico)
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC $<$ Valore Soglia
- Consegna mensile del modello HSP22bis - HSP24 secondo il protocollo definito in sede aziendale
- % RICOVERI ORDINARI MEDICI OLTRE VALORE SOGLIA PER ANZIANI $<$ valore soglia
- Attuazione del protocollo di revisione delle prescrizioni antibiotiche con rivalutazione sistematica a 48 72 ore dall'inizio del trattamento

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- **Attivazione** gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento Orto-Neuro-Motorio:

- % Drg medici da reparti chirurgici \leq valore soglia
- Raggiungimento obiettivi di cui al punto 2.1 e 2.2 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Riduzione ricoveri diurni e accessi di tipo medico)
- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 3 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (Rapporto ricoveri ARI/non ARI)
- Raggiungimento obiettivo di cui al punto 5 dell'allegato A) alla DGRC n. 365/2019 (% di fratture femore operate entro 2 giorni in pazienti over 65 \geq 60,00%)
- % SDO chiuse entro i tempi previsti dalla normativa regionale
- Inserimento progressivo di tempi di attesa negoziati per la riduzione delle liste di attesa (prestazioni traccianti) per prestazioni ambulatoriali
- Giornate di Degenza media ricoveri programmati totale RO \leq Giornate di Degenza media totale RO Valore Soglia
- degenza media di specifici DRG sentinella
- Degenza media preoperatoria inferiore alla soglia
- peso medio DRG \geq Valore Soglia
- % preospedalizzati su totale pazienti sottoposti ad intervento chirurgico programmato.
- peso medio DRG di specifici DRG sentinella
- indice di Occupazione (IO) $>$ Valore Soglia
- % DRG medici inappropriati (LEA)
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC $<$ Valore Soglia
- Consegna mensile del modello HSP22bis - HSP24 secondo protocollo aziendale
- Attuazione protocollo revisione prescrizioni antibiotiche con rivalutazione sistematica a 48-72 ore inizio trattamento
- Riduzione % ricoveri ripetuti
- Rapporto tra ricoveri ARI e ricoveri non ARI in regime ordinario $<$ valore soglia

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- **Attivazione** Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Formazione di nuovi Primi Operatori per particolari tecniche chirurgiche (attestato dal registro operatorio)
- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di farmaci
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi Economico Quantitativi DERIVATI:

- Costo Farmaci/numero Dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Giornate di Degenza (RO) < del valore soglia negoziato
- Costo Farmaci/Punti DRG
- Costo Farmaci/Tariffa DRG
- Incidenza presidi su dimessi (RO+DH+DS) < del valore soglia negoziato
- Costo totale personale (escluso medici)/ numero dimessi (RO+DH+DS)
- Rapporto tra valorizzazione attività (Ricoveri in regime ordinario, in regime di Day Hospital/Day Surgery, ambulatoriale, prestazioni intermedie erogate) e costi diretti in miglioramento rispetto al pregresso.

Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS per UO del Dipartimento dei Servizi Diagnostici:

- Monitoraggio dell'applicazione dei protocolli condivisi tra la radiodiagnostica e le UO di ricovero per la riduzione dei **tempi di attesa medi totali**
- Esecuzione esami entro il numero di giorni (in media) indicato nel valore obiettivo.
- Monitoraggio dell'applicazione dei protocolli condivisi tra la radiodiagnostica e le UO di ricovero per la riduzione dei **tempi di attesa** specifiche **prestazioni traccianti per pazienti ricoverati**
- Mantenimento o acquisizione certificazioni di qualità
- Monitoraggio protocolli aziendali condivisi per l'effettuazione di procedure diagnostiche (es: uso dei mezzi di contrasto, definizione profili di richiesta esami, differenziazione richieste in funzione dell'urgenza)
- Monitoraggio protocolli per l'effettuazione di procedure diagnostiche associate a FNAB
- Dematerializzazione referti sottoscritti con firma digitale dalle UO diagnostiche alle UO di degenza
- Definizione ed introduzione in uso di nuovi protocolli diagnostici
- Monitoraggio dell'applicazione delle procedure elaborate per la radioprotezione
- Miglioramento dei sistemi di controllo qualità interna del *Software risk Management*
- Miglioramento della codifica della valorizzazione in base al tariffario Burc per prestazioni intermedie sulla piattaforma SpagoBI
- Miglioramento dei livelli di qualità ed efficienza in concomitanza alla realizzazione del nuovo Lab. Di alta automazione
- Integrazione della Procedura *software* di gestione Anatomia Patologica con il Software Gestione Cartella Clinica, con firma digitale referti, estesa a tutte le UO
- Monitoraggio dei protocolli sui pezzi operatori per la definizione del *grading* delle neoplasie
- Monitoraggio attraverso strumenti informatici della gestione da parte dei responsabili di settore, delle anomalie segnalate dalla strumentazione diagnostica

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi formativi

- Conseguimento di nuovi skills da parte dei dirigenti assegnati alla UO

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di diagnostici
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi di appropriatezza per UO Area della Direzione Medica:

- Monitoraggio raggiungimento da parte delle UO afferenti ai singoli Ospedali degli obiettivi contenuti negli allegati A) e B) della DGRC n. 365 del 06/08/2019, costituenti gli obiettivi del Direttore Generale ed attuazione di eventuali azioni correttive o di indirizzo;
- Monitoraggio applicazione protocollo aziendale sulle infezioni ospedaliere da parte delle UO
- Monitoraggio del rispetto dei tempi di consegna e sulla congruità dei flussi HSP 22 bis da parte delle UO
- Monitoraggio del rispetto dei tempi di consegna delle SDO da parte dell'UO
- Adeguamento e monitoraggio protocolli condivisi tra le UO Diagnostiche e le UO di ricovero per la riduzione dei tempi di attesa
- Adeguamento e monitoraggio protocolli Aziendali o dipartimentali per la riduzione dei costi legati ad indagini diagnostiche
- Adeguamento e monitoraggio protocolli Aziendali o dipartimentali per la riduzione dei costi legati agli interventi chirurgici
- Relazioni in merito agli adempimenti previsti dal Decreto n. 33 ed indicati nella procedura operativa aziendale
- Monitoraggio del rispetto della qualità dei flussi informativi obbligatori verso Ministero e Regione
- Adeguamento e monitoraggio dei protocolli atti a definire la matrice dei prodotti (Farmaci, dispositivi, ecc) utilizzabili dalle UO sanitarie Aziendali allo scopo di evitare consumi impropri

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Rispetto dei tempi di liq. del fatturato come da regolamento di amm. e contab. o eventuale tempestività delle contestazioni (vedi prot. 2017 - 0010391/UDCP/GAB/LG del 11/4/2017) inviata dal Pres. Giunta Regione Campania
- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Definire con il Direttore di UO la propria percentuale di assegnazione alle varie linee di attività assistenziali (Ricoveri Ord, DH, Amb, ecc.)
- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Osservanza delle direttive organizzative di reparto (Rispetto turni, reperibilità, puntualità orario inizio Ambulatorio)
- Utilizzo della Piattaforma Spago BI per il monitoraggio dell'andamento della propria UO
- Monitoraggio gestione Armadietti Farmaceutici di Reparto
- Partecipazione alla formazione sulla piattaforma TALETE WEB per riduzione Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli
- Verifica trimestrale del personale assegnato alla propria UO, attraverso controlli periodici con la UOC Gestione Risorse Umane e cura di eventuali modifiche nella base dati aziendale.

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento consumo di presidi chirurgici/materiale sanitario
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi per UO Area di Staff e della Direzione Amministrativa:

In particolare per tali UO, il presente documento tiene conto degli obiettivi strategici in merito al PTPCT 2022-2024 delineati dal Direttore Generale con il documento di cui al protocollo AOC/0002175/2022 del 19/01/2022 e precisamente:

1. Adeguamento della normativa di cui alla L-113/2021 “*misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A...*” e relativi provvedimenti attuativi;
2. Implementazione ulteriore dei percorsi formativi in materia di trasparenza ed anticorruzione, al fine di innalzare il livello di consapevolezza della Dirigenza e degli operatori;
3. Potenziamento dei processi di informatizzazione dei flussi informativi per alimentare la sottosezione “Amministrazione Trasparente”;
4. Innalzamento dei livelli di legalità nell’area “Contratti Pubblici”, attraverso la definizione di Protocollo di Vigilanza Collaborativa, anche al fine dell’attivazione di protocolli di legalità per l’area contratti pubblici (art. 1 comma 17 L. 190/2012).

Obiettivi Comportamenti Organizzativi:

- Utilizzo del **Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale** di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014
- Attuazione delle azioni specifiche per la realizzazione del Piano di Efficientamento
- Obbligo per tutti i dirigenti di UOC di elaborare e pubblicare i dati di competenza nella sezione “Amministrazione Trasparente”, come dettagliati nell’allegato del PTPCT
- Attuazione delle verifiche in materia di contenimento dei costi da parte delle UO aziendali
- Sostenere il processo di negoziazione e gestione del percorso di budget aziendale
- Garantire il corretto flusso di dati verso il sistema dei Flussi Informativi
- **Completamento dei processi di dematerializzazione documentale (gestione delibere e protocollo informatizzato)**
- Adozione del modello procedurale per realizzare la reale pervasività della contabilità analitica nativa
- Garantire la coerenza dei dati presenti nelle basi dati del sistema informativo aziendale così da poter fornire attendibilità ai bilanci economico patrimoniali, ai flussi informativi verso l’esterno e supporto alle scelte strategiche e tattiche della Direzione Aziendale
- Avvio dell’indagine sul Benessere Organizzativo e le pari opportunità attraverso ricognizione dell’esistente
- Analisi del benessere organizzativo e somministrazione del questionario per la rilevazione
- Monitoraggio stringente del rispetto della qualità dei flussi informativi obbligatori verso Ministero e Regione
- Misurazione del comportamento in servizio, ai sensi dell’art. 11 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Misurazione della qualità dei rapporti con il pubblico, ai sensi dell’art. 12 del D.P.R. n.62/2013 del Codice di Comportamento Aziendale
- Obbligo per i dirigenti di formare ed informare il personale afferente dei contenuti del Codice
- Obbligo per i dirigenti di verificare che il comportamento dei collaboratori sia conforme al Codice
- Osservanza delle direttive aziendali e delle norme di comportamento

- Supporto all'Ampliamento gestione informatizzata armadietti farmaceutici di reparto utilizzando la piattaforma SIAC
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

Obiettivi Economico-Quantitativi:

- contenimento costo del personale strutturato
- contenimento costo del personale non strutturato
- contenimento costi per consumo di materiale non sanitario

Obiettivi comuni a tutte le UO:

Tutte le Unità Operative, sia sanitarie che tecnico amministrative hanno poi l'obiettivo di :

- Avvio ed implementazione delle misure tecniche ed organizzative finalizzate a garantire che il trattamento dei dati personali sia conforme alle disposizioni del GDPR ed alla Delibera del Commissario straordinario n. 258 del 30/11/2018 ad oggetto "Regolamento UE/679/2016 – GDPR – provvedimenti applicativi".
- assolvere agli specifici compiti legati al rispetto della normativa in materia di trasparenza e Integrità, sia in modalità informatica che in modalità cartacea.
- Favorire la conoscenza e la formazione del personale afferente alle strutture loro affidate del Codice di comportamento e di vigilare sulla sua applicazione
- contribuire attivamente alla implementazione ed alla capillare diffusione dell'utilizzo del sistema informativo sanitario ed amministrativo, nonché alla loro integrazione funzionale ed operativa, misurabile attraverso la sostituzione effettiva dei sistemi pregressi, con specifico riferimento al sistema SIAC.
- Partecipare alla condivisione, implementazione e verifica degli obiettivi del processo di negoziazione e verifica di budget.
- Produrre risultati misurabili nelle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi
- Produrre risultati misurabili nelle Azioni promosse per la semplificazione e razionalizzazione dei procedimenti e la riduzione dei tempi di attesa
- Partecipazione alle azioni messe in campo per la riduzione del Rischio Clinico
- Partecipazione alle attività in materia di sicurezza sul lavoro definite dall'AO dei Colli

In particolare, si dettagliano alcuni degli adempimenti previsti nelle schede di negoziazione di budget:

- Per l'area medica, porre in essere il costante monitoraggio raggiungimento da parte delle UO afferenti ai singoli Ospedali degli obiettivi contenuti negli allegati A) e B) della DGRC n. 365 del 06/08/2019, costituenti gli obiettivi del Direttore Generale ed attuazione di eventuali azioni correttive o di indirizzo (per l'aspetto non inerente attività chirurgica);
- Per l'area chirurgica, porre in essere il costante monitoraggio raggiungimento da parte delle UO afferenti ai singoli Ospedali degli obiettivi contenuti negli allegati A) e B) della DGRC n. 365 del 06/08/2019, costituenti gli obiettivi del Direttore Generale ed attuazione di eventuali azioni correttive o di indirizzo (per l'aspetto non inerente attività medica);
- Obbligo di vigilanza per i responsabili di UO in merito al rispetto del codice
- Obbligo di rispetto delle prescrizioni normative in merito alla trasparenza e Integrità per il responsabile referente della materia.
- Obbligo per i dirigenti delle UOC individuate nel PTPCT di elaborare e pubblicare i dati di competenza.
- Obbligo per i dirigenti delle UOC individuate nel PTPCT di partecipare/riscontrare le sessioni di audit.
- Obbligo per i dirigenti della segreteria della Direzione Strategica di pubblicare gli atti deliberativi e la restante documentazione oggetto di pubblicazione sul sito web istituzionale.
- Obbligo per i dirigenti dell'UOC URP di eseguire e pubblicare analisi di *customer satisfaction su input* della Direzione Sanitaria Aziendale