

ALLEGATO 2

Obiettivi operativi, indicatori e target/valore atteso

Triennio 2022-2024

AORN Santobono Pausilipon – Piano triennale della Performance 2022-2024 – Anno 2022

COD.	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TARGET/VALORE ATTESO		
			ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
1.1.1	1.1.1.1 Attività di supporto alla Direzione strategica nella predisposizione, adozione e implementazione dell'atto aziendale e dei documenti di programmazione regionale.	Predisposizione e formalizzazione dell'atto aziendale; n. di documenti di programmazione aziendale adottati /n. documenti di programmazione richiesti dalla Regione	predisposizione e formalizzazione dell'atto aziendale entro il II semestre	80%	100%
	1.1.1.2 Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese	n. di registrazioni effettuate oltre i 10 gg /totale di registrazioni (Differenza tra data registrazione e data acquisizione attestazione DEC/data ddt)	≤ 10%	≤ 8%	≤ 5 %
	1.1.1.3 Riduzione dello stock dei debiti scaduti al 31/12	Debiti commerciali scaduti riduzione rispetto all'anno precedente (Dato PCC)	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%
	1.1.1.4 Rispetto tempo dei pagamenti	ITP ANNUO < - 25 gg (Dato PCC)	≤ -25 gg	≤ -25 gg	≤ -25 gg
	1.1.15. Riduzione dei tempi procedurali di liquidazione delle spese per l'acquisizione dei servizi	n. di attestazioni effettuate oltre i 15 gg /totale delle attestazioni [Differenza tra data attestazione DEC/RUP e data ultima periodo di riferimento	≤ 10%	≤ 8%	≤ 5%
2.1.1	2.1.1.1 Sviluppo ed efficientamento complessi operatori	Rispetto tempi di attesa massimi interventi ch.	≥ 80% del totale interventi	≥ 85% del totale interventi	≥ 90% del totale interventi
	2.1.1.2 Governo dell'offering in funzione della domanda assistenziale espressa (liste di attesa)	n. di report/anno su analisi domanda/offerta e su interventi di rimodulazione dell'offering	≥ 6	≥ 9	≥ 11
2.1.2	2.1.2.1 Rispetto della tempistica di trasmissione delle SDO in ottemperanza alla normativa vigente	n. di contestazioni ricevute dal referente aziendale SDO	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni
	2.1.2.2 Correttezza, completezza e e rispetto della tempistica in materia di compilazione/e trasmissione flussi informativi amministrativo-gestionali e sanitari di competenza	n. contestazioni ricevute dal referente aziendale flussi	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni
	2.1.2.6 Monitoraggio Liste di Attesa	n. contestazioni ricevute dai referenti regionali dei rispettivi flussi	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni
	2.1.2.12 Rispetto della tempistica di invio del monitoraggio ex ante (volume/sospensioni ALPI ed istituzionale)	n. di contestazioni da parte dei referenti della Regione Campania	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni	= 0 contestazioni

AORN Santobono Pausilipon – Piano triennale della Performance 2022-2024 – Anno 2022

			TARGET/VALORE ATTESO		
COD.	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
2.1.3	2.1.3.1 Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso attuazione del percorso certificabilità (PAC) - Efficientamento gestionale delle procedure interne	n. di procedure/anno amministrativo-contabili predisposte in collaborazione altre UUOO	≥ 8	≥ 8	≥ 8
	2.1.3.2 Programmazione annuale delle acquisizioni di beni, servizi e lavori pubblici	Documento di programmazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
	2.1.3.3 Dematerializzazione delle procedure di gara attraverso utilizzo piattaforme informatiche	n. di gare effettuate in modalità telematica/n. di gare totali	≥ 40%	≥ 60%	≥ 80%
	2.1.3.4 Azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali attraverso la puntuale attuazione del percorso di certificabilità - rispetto dei tempi di pagamento - rendicontazione attività	n. di procedure/anno amministrativo-contabili predisposte in collaborazione altre UUOO	≥ 10	≥ 10	≥ 10
	2.1.3.5 Ottimizzazione delle procedure di reclutamento nel rispetto del PTFP	n. procedure di reclutamento conformi al PTFP/totale delle procedure di reclutamento attivate	>=90%	>=90%	>=90%
	2.1.3.6 Area Sistemi Informativi- Sicurezza informatica	Incremento/miglioramento della sicurezza informatica	= 100% delle attività	= 100% delle attività	= 100% delle attività
	2.1.3.7 Attivazione di percorsi finalizzati all'ottenimento o al rinnovo di accreditamenti regionali/nazionali/ISO 9001-2015 secondo linee guida GMP e GPG .	n. di percorsi di accreditamento attivati o di certificazioni rinnovate	come da programmazione aziendale	come da programmazione aziendale	come da programmazione aziendale
2.1.4	2.1.4.1 Incremento offerta ambulatoriale	Incremento % vs 2020	≥ 10-15%	≥15-20%	≥15-20%
	2.1.4.2 Riduzione accessi di DH diagnostici	N. accessi	Tra 3000-3200 accessi DH diagnostico	Tra 3000-3200 accessi DH diagnostico	Tra 3000-3200 accessi DH diagnostico
	2.1.4.3 Riduzione del numero di accessi medici per ricoveri a ciclo diurno	N. accessi	Tra 29000-31000 accessi medici	Tra 29000-31000 accessi medici	Tra 29000-31000 accessi medici
	2.1.4.4 Riduzione ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 aa) per asma e gastroenterite	N. accessi	Tra 200 - 250	Tra 200 - 250	Tra 200 - 250
	2.1.4.5 Riduzione degenza media preoperatoria ricoveri ordinari in elezione	Degenza media preoperatoria	<1,4	<1,4	<1,4
	2.1.4.6 Ottimizzazione % ricoveri medici ordinari in reparti chirurgici	N. ric. med. su tot x100	<= 25%	<= 25%	<= 25%

AORN Santobono Pausilipon – Piano triennale della Performance 2022-2024 – Anno 2022

COD.	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TARGET/VALORE ATTESO		
			ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
2.2.1	2.2.1.1 Monitoraggio costante sia degli ambienti sia dello stato di manutenzione dei dispositivi nell'AORN Santobono Pausilipon	Implementazione nelle UU.OO dell'AORN Santobono Pausilipon delle Check list	n.8 UU.OO	≥ 60% del totale delle UU.OO	≥ 90% del totale delle UU.OO
		N°1 valutazione dei rischi ambientale/dispositivi/presidi implementate			
		N°2 valutazione dei rischi ambientali/strutturali implementate nelle UU.OO dell'AORN Santobono Pausilipon			
	2.2.1.2 Prevenire e controllare l'evento infezioni correlate alle pratiche assistenziali nei pazienti ricoverati nel Dip. Area Critica dell'AORN Santobono Pausilipon	Adozione ed implementazione delle buone pratiche infermieristiche basate sull'evidence based medicine e sull'evidence based nursing	2 UU.OO. Area Critica	≥ 80% del totale delle UU.OO Area Critica	≥ 90% del totale delle UU.OO Area Critica
	2.2.1.3 Farmacovigilanza: sviluppo delle attività di segnalazione delle sospette ADR	Incremento segnalazioni vs anno precedente	>= +10%	>= +10%	>= +5%
	2.2.1.4 Prevenzione delle cadute nei pazienti ricoverati nell'AORN Santobono Pausilipon attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute.	N° pazienti eleggibili valutati nella UOC per il rischio caduta nell'anno solare/N° pazienti ricoverati (regime ordinario + regime di DH) nella UOC anno solare	>=90%	>=95%	>=98%
	2.2.1.5 Prevenzione dell'errore in area critica	Attivazione ed implementazione di una procedura per la gestione del carrello di emergenza e monitoraggio check list carrello e defibrillatori	Attivazione procedura	60% UU.OO. aderenti alla procedura	90% UU.OO. aderenti alla procedura
	2.2.1.6 Prevenire e controllare l'evento infezione correlate alle pratiche assistenziali nei pazienti ricoverati nelle Aree Critiche dell'AORN Santobono Pausilipon	Attivazione e implementazione di una procedura per il monitoraggio delle specie batteriche con profili di antibiotico resistenza "Enterobatteri resistenti ai carbapenemi"	Attivazione procedura	60% UU.OO. aderenti alla procedura	90% UU.OO. aderenti alla procedura
	2.2.1.7 Prevenzione dell'errore in area clinica	N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss	n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico	n.5/anno verbali inviati al Rischio Clinico	n.7/anno verbali inviati al Rischio Clinico
	2.2.1.8 Efficacia nella tempistica della definizione diagnostica nel percorso COVID- 19 dei pazienti sospetti in area filtro emergenza accettazione	% tamponi naso faringei in RT-PCR dell'area urgenza (PS Area, Area Filtro e Area Covid) processati con risultato entro 7 ore dal check in di arrivo	≥ 90% del totale tamponi	nd	nd
	2.2.1.9 Attivazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie	% Questionari somministrati su totale Ricoveri>2 gg.	Implementazione del sistema di rilevazione	60%	75%
	2.2.1.10 Prevenzione dell'errore in area clinica	N° Audit effettuati su correttezza e completezza della documentazione sanitaria, eventi avversi e near miss	n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico	n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico	n.3/anno verbali inviati al Rischio Clinico
2.2.1.11 Efficacia nella tempistica della definizione diagnostica nel percorso COVID- 19 dei pazienti sospetti in area filtro emergenza accettazione	% tamponi naso faringei in RT-PCR dell'area urgenza (PS Area, Area Filtro e Area Covid) processati con risultato entro 7 ore dal check in di arrivo	≥ 90% del totale tamponi	nd	nd	
2.2.1.12 Attivazione ed implementazione di un sistema di rilevazione della qualità percepita riguardante la comunicazione dei sanitari, attraverso somministrazione di questionari alle famiglie	Realizzazione del sistema di rilevazione e % Questionari somministrati su totale Ricoveri>2 gg.	Attivazione sistema di rilevazione entro il II semestre del 2022	60%	75%	

AORN Santobono Pausilipon – Piano triennale della Performance 2022-2024 – Anno 2022

			TARGET/VALORE ATTESO		
COD.	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
2.2.2	2.2.2.1 Mantenimento/incremento di accreditamenti di eccellenza internazionale (EFI, Jacie) e ISO 9001:2015	n. di percorsi di diagnosi e cura elaborati/implementati/aggiornati per mantenimento/incremento di accreditamenti di eccellenza internazionali (EFI, Jacie) e ISO 9001-2015	n.≥ 1 percorsi	n.≥ 1 percorsi	n.≥ 1 percorsi
	2.2.2.2 Attivazione di modalità di assistenza in TELEMEDICINA	Report attività sviluppate n. teleconsulti ambulatoriali /anno	Attivazione sperimentazione teleconsulto in PS	n.>= 2 report	n.>= 2 report
2.3.1	2.3.1.2 Attivazione e implementazione di strumenti di partecipazione del cittadino-utente alla valutazione della performance organizzativa	Report sulle attività	Identificazione del modello di valutazione partecipativa entro il II semestre 2022	n.>= 2 report	n.>= 2 report
	2.3.1.3 Percentuale di riscontro ai reclami presentati	n. riscontro su totale reclami	70%	80%	95%
	2.3.1.4 Attività di valutazione della soddisfazione dell'utenza	n. di UU.OO. coinvolte nella somministrazione di questionari di customer satisfaction realizzati ed erogati durante l'anno	n.>= 2	30%	60%
2.3.2	2.3.2.1 Progettare e implementare attività atte a promuovere l'umanizzazione, l'accoglienza, il comfort, l'informazione e la partecipazione alle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari	n. di attività formalizzate attraverso la redazione di progetti/percorsi aziendali	n.>= 2	n.>= 4	n.>= 4
2.4.1	2.4.1.1 Rispetto obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni	% UU.OO. adempimenti agli adempimenti relativi alla trasmissione della documentazione conforme ai requisiti richiesti per la pubblicazione	60%	70%	95%
	2.4.1.2 Predisposizione Regolamento per la disciplina dell'attività di volontariato con gli Enti del Terzo Settore	Adozione del regolamento e condivisione con le Associazioni	Formalizzazione entro il II semestre 2022	80% Associazioni informate	100% Associazioni informate
	2.4.1.3 Trasmissione per pubblicazione su sito internet aziendale: comunicati inerenti attività ed iniziative dell'AORN di particolare rilevanza/impatto mediatico-comunicativo	Pubblicazione su sito aziendale	Report semestrali	Report semestrali	Report semestrali
2.4.2	2.4.2.1 Assolvimento adempimenti procedure in materia di trattamento dei dati e tutela privacy	Attività svolte dall'Ufficio Trattamento dati e numero registri trattamento dati attivati con il relativo supporto	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
	2.4.2.2 Aggiornamento Carta dei servizi	Delibera di aggiornamento e pubblicazione sul sito internet	entro II semestre 2022	entro II semestre 2023	entro II semestre 2024
3.1.1	3.1.1.1 Sviluppo produzione scientifica	Incremento % di pubblicazioni indicizzate vs anno precedente	4%	6%	8%
3.1.2	3.1.2.1 Attività di ispezione per la verifica delle condizioni igienico-sanitarie negli spazi del P.O.	n. di ispezioni/anno	n. ≥ 12	n. ≥ 12	n. ≥ 12
	3.1.2.2 Appropriatelyzza dei giudizi di idoneità emessi dal Medico competente a seguito della sorveglianza sanitaria periodica dei lavoratori	n. dei ricorsi avverso il giudizio accolti dalla ASL territorialmente competente	n.< 3 annui	n.< 3 annui	n.< 2 annui
	3.1.2.3 Adozione di un protocollo sanitario per il follow-up sui dipendenti affetti da Sars-Cov2 attraverso la somministrazione di questionari anamnestici ed attivazione della sorveglianza sanitaria straordinaria	Follow up dipendenti	n.1 Report su almeno 50% dei lavoratori colpiti da C-19	nd	nd

AORN Santobono Pausilipon – Piano triennale della Performance 2022-2024 – Anno 2022

COD.	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TARGET/VALORE ATTESO		
			ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
3.2.1	3.2.1.1 Implementazione processi informatizzati di accettazione, dimissione, richiesta esami e refertazione con firma digitale, delle attività diagnostico – terapeutico – assistenziali; implementazione processi informatizzati delle procedure amministrative e contabili;	Informatizzazione protocollo e delibere.	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
	3.2.1.2 Aggiornamento periodico dello scadenario delle gare di propria competenza	Scadenario gare	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
	3.2.1.3 Ottimizzazione procedure: digitalizzazione e archiviazione documentale convenzioni	Archiviazione digitale dell'intero processo istruttorio finalizzato alla stipula delle convenzioni	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
	3.2.1.4 Aggiornamento periodico scadenziario convenzioni	Scadenziario convenzioni	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
	3.2.1.5 Potenziamento delle attività di comunicazione istituzionale attraverso l'utilizzo dei social media	n. di canali social attivati n. di post /anno gestiti attraverso i canali social attivati/mese	attivazione di almeno 2 canali social	> 50 post	> 50 post
	3.2.1.6 Attuazione PFA 2021/2022, implementazione di progetti/eventi in modalità formazione a distanza	n. progetti/eventi attivati in modalità FAD	n. ≥ 2	n. ≥ 2	n. ≥ 2
	3.2.1.7 Implementazione delle attività di formazione a aggiornamento obbligatorio	n. di corsi attivati	n. ≥ 2	n. ≥ 3	n. ≥ 4
	3.2.1.8 Implementazione del percorso per la Qualità delle attività formative ECM	n. di processi, procedure/audit interni	≥ 4	≥ 4	≥ 4
	3.2.1.9 Supporto alla Direzione Strategica per la predisposizione di atti ed attività in coerenza ai provvedimenti di programmazione regionale	Monitoraggio atti deliberativi correttamente processati in PRAXI (sistema informatizzato aziendale per deliberazioni); Scadenziario gare	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione	ESITO POSITIVO da relazione
		% UU.OO. su totale aziendale in cui è certificato esito positivo dei processi di informatizzazione attivati	30%	60%	85%
Riscontro documentale azioni sviluppate nell'ambito del progetto regionale DW e BI aziendale		Passaggio da ambiente test ad ambiente produzione	Utilizzo DW ai fini della reportistica gestionale	Utilizzo DW ed estratti report ai fini della reportistica gestionale	
3.2.1.10 Ottimizzazione processi di informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e contabili finalizzate al potenziamento delle attività di pianificazione e controllo direzionale e alimentazione piattaforma regionale dati COVID	Avvio/gestione informatizzata richieste e refertazione da e per PS	Gestione informatica referti al 40%	Gestione informatica referti al 70%	Gestione informatica referti al 90%	