



## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 805 del 17/4/2015

n. 408 del 31 LUG 2017

### OGGETTO:

APPROVAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2017-2019

Struttura proponente	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
----------------------	--

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	n. pag.

Dichiarazione di immediata esecutività

Spese previste	
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	
Dirigente	

Destinatari dell'atto per conoscenza

<input type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input type="checkbox"/> Struttura Controllo di Gestione	<input type="checkbox"/> Struttura Economico-Finanziaria
<input type="checkbox"/> Struttura Affari Generali e Tutela della Privacy	<input type="checkbox"/> Struttura Politiche del Personale
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

La presente Deliberazione, tenuto conto delle fonti normative relative alla disciplina della privacy ovvero della tipologia degli atti allegati, è pubblicata con le seguenti modalità:

- solo frontespizio  
 integrale  
 solo deliberazione

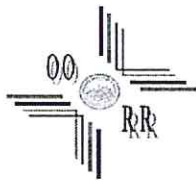


**Premesso che:**

- Con deliberazione del Direttore Generale n. 192 del 16/4/6/2016 questa Azienda provvedeva a predisporre, ai sensi dell'art.15 del D.Lvo n° 150/2009, il Piano Triennale delle Performance (di seguito denominato "Piano") a valere per il triennio 2016-2018, con la previsione del contestuale avvio del processo di budget;
- In ossequio alla normativa vigente è necessario procedere alla rimodulazione del predetto piano, adeguando gli obiettivi in esso contenuti alle esigenze aziendali previsionali, per il triennio 2017–2019;
- Il Piano che si approva prevede, attualizzandoli al triennio di riferimento, le azioni e gli obiettivi strategici e specifici validi per il 2017–2019, con l'indicazione dello step da raggiungere nel 2017;
- Come per il precedente piano, anche la presente rimodulazione prevede, in allegato, 5 macroaree che, per specifici settori di attività, prevedono obiettivi, crono programmi di attuazione e criteri di misurazione della performance rispetto agli stessi condivisi con l'O.I.V;
- L'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 341 del 18/12/2015 ha approvato, nelle more, il nuovo piano dei Dipartimenti aziendali, con l'individuazione della tipologia e del numero di strutture aggregate a ciascun dipartimento. Tali strutture costituiranno, in prima battuta, anche l'articolazione dei centri di responsabilità e costo che saranno monitorati nel corso dell'anno ai fini della successiva valutazione delle attività e del personale tutto;
- Costituisce ulteriore importante innovazione, l'attivazione, dal 1° gennaio 2016, del nuovo sistema gestionale informatico che, unitamente alla gestione dei magazzini garantisce la gestione informatica di tutto il processo di rilevazione dell'andamento della spesa e dei ricavi, con la correlata gestione informatizzata della liquidazione delle fatture; a tal fine, l'Azienda con deliberazione n. 65 del 2/3/2016 e con successivi atti ad integrazione, riscriveva ed allineava le codifiche interne aziendali e dei centri di responsabilità e di costo alle previsioni di cui alla citata deliberazione n.341/2015;
- Tale nuova operatività, da portare a regime entro e non oltre il 31/12/2017, consentirà la verifica dei ritmi di consumo dei beni a livello di singoli centri di responsabilità. La procedura di che trattasi formalizza e rende cogenti compiti e percorsi per ciascun centro assegnatario di budget con la conseguente assunzione di tutta la responsabilità gestionale in capo alla dirigenza aziendale coinvolta nel processo descritto;
- Le azioni e gli obiettivi previsti nel documento che si approva con il presente atto saranno ulteriormente specializzati in sede di discussione di budget da concordare con i livelli dipartimentali e con i dirigenti responsabili delle strutture aggregate;
- L'approvazione del Piano Triennale della Performance allegato al presente provvedimento, costituisce concreto avvio del processo di budget per l'anno 2017;
- L'attuazione del Piano costituirà oggetto di specifica relazione semestrale, a norma dell'art.10 comma 1 lettera b) del D.Lvo. n° 150/2009;

**Ritenuto**

- Di dover procedere con la formale approvazione del Piano delle performance 2017-2019, in uno con lo step di specifica competenza del 2017;
- Di dover partecipare l'avvenuta pubblicazione del predetto documento sul sito aziendale, sezione "Trasparenza", a tutti i direttori delle strutture individuate quali C.d.C.



Visto

- L'art. 15 comma 2 lett.b) del D.L.vo n° 150/2009,
- Viste le delibere della CIVIT:

- DELIBERA CIVIT N° 88/2010: Linee guida per la definizione degli standard di qualità;
- DELIBERA CIVIT N° 89/2010: Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 112/2010: STRUTTURA E MODALITÀ DI REDAZIONE del Piano della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 1/2012: Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 113/2010: APPLICABILITÀ agli enti del SSN del D.Lgs. 150/2009;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di rispettiva competenza;

#### DELIBERA

- 1) Di approvare il Piano delle Performance triennale relativo al periodo 2017 – 2019 che, allegato al presente atto ne costituisce parte integrante;
- 2) Di disporre che lo stesso documento sia pubblicato nell'apposita sezione "Trasparenza" del sito aziendale;
- 3) Di dare mandato alla competente Struttura Programmazione e Controllo di Gestione, di avviare, sulla scorta delle previsioni contenute nel documento che qui si approva, il processo di budget relativo al 2017;
- 4) Di confermare che quanto contenuto nel Piano triennale delle Performance, approvato con il presente atto, costituisce specifica direttiva aziendale nei confronti di tutti gli operatori i quali dovranno uniformare la propria attività al raggiungimento degli obiettivi generali e operativi contenuti nel piano stesso, anche ai fini della successiva valutazione di Struttura e individuale;

Il presente provvedimento, non essendo soggetto al controllo previsto dalla vigente normativa, è esecutivo ai sensi di legge.

Il Dirigente Proponente  
dott. Michele Abbaticchio

Il Direttore della Struttura  
Programmazione e Controllo di Gestione  
dott. Giuseppe Cordisco

Il Direttore Sanitario  
dott.ssa Laura Liliana Moffa

Il Direttore Amministrativo  
dott. Michele Ametta

Il Direttore Generale  
dott. Antonio Pedota



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente atto viene posto in pubblicazione in data odierna sull'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia.

Foggia, 31 LUG 2017

F.to IL FUNZIONARIO ADDETTO



## PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2017- 2019





# Piano triennale della Performance 2017 -2019

## Indice

<b>Fonti normative e documentali</b>	<b>pag. 3</b>
<b>Presentazione</b>	<b>pag. 4</b>
Chi siamo e cosa facciamo	pag. 8
L'organizzazione dipartimentale	pag. 10
<b>L'analisi della produzione</b>	<b>pag. 12</b>
A) Produzione drg ordinari	pag. 12
B) Numero ricoveri	pag. 13
C) Peso medio dei drg prodotti	pag. 14
D) Degenza media	pag. 14
E) Degenza media preoperatoria	pag. 15
F) Tasso di mortalità aziendale	pag. 15
G) Utilizzo posti letto	pag. 16
H) Mobilità attiva e passiva	pag. 16
I) Tasso di ospedalizzazione	pag. 19
J) Spesa farmaceutica	pag. 19
K) Percentuale ricoveri diurni diagnostici	pag. 19
L) Percentuale ricoveri con drg chirurgico	pag. 21
M) Percentuale drg inappropriati	pag. 21
N) Percentuale parti cesarei	pag. 22
O) Fratture femore operate in seconda giornata	pag. 22
P) Altri indicatori PNE	pag. 23
Q) Produzione drg extraregionali	pag. 24
R) Produzione ambulatoriale	pag. 26
S) Accessi al Pronto Soccorso	pag. 27
<b>Quadro di sintesi aziendale</b>	<b>pag. 28</b>
<b>Considerazioni</b>	<b>pag. 29</b>
<b>Macroaree</b>	<b>pag. 30</b>



## FONTI NORMATIVE E DOCUMENTALI

### ***Norme di riferimento***

- D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.
- Legge Regionale n. 19 del 31.12.2010, avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione 2011 e del Bilancio Pluriennale 2011-2013;
- Delibera di Giunta Regionale n. 1388 del 21.06.2011;
- Delibera di Giunta regionale n° 2198/2016
- DIF 2015 approvato con Delibera 867 del 29/04/2015
- Protocollo d'Intesa Regione-Università approvato con Delibera regionale n. 2235 del 31.10.2012.

### ***Documentazione di riferimento***

- LINEE GUIDA DELLE PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI
- DELIBERA CIVIT N° 88/2010: Linee guida per la definizione degli standard di qualità;
- DELIBERA CIVIT N° 89/2010: Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 112/2010: STRUTTURA E MODALITÀ DI REDAZIONE del Piano della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 1/2012: Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 113/2010: APPLICABILITÀ agli enti del SSN del D.Lgs. 150/2009;
- Determinazione ANAC del 28 ottobre 2015 n. 12

**CIVIT:** *La Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (con acronimo CIVIT) è un'[autorità amministrativa indipendente](#), istituita con la cosiddetta "riforma Brunetta" nel decreto legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150.*



## PRESENTAZIONE

Con il presente documento si rimodula il Piano Triennale della Performance 2016 – 2018 per allinearlo al triennio 2017 – 2019, confermando la centralità dell'atto ai fini della programmazione aziendale per il triennio di riferimento, in ossequio alle disposizioni contenute nell'art. 15 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150.

Il Piano, che costituisce il punto di avvio del ciclo di gestione della performance in base all'art. 4 dello stesso decreto, è predisposto coerentemente con i contenuti della programmazione finanziaria e di bilancio aziendale.

Anche il presente riallineamento, in coerenza con le risorse disponibili, esplicita gli obiettivi e gli indicatori con i relativi outcome, sulla scorta dei quali si baserà la successiva rendicontazione, misurazione e valutazione delle prestazioni aziendali.

E' allegato al presente provvedimento l'elenco di tutti gli obiettivi previsti dalla Direzione aziendale. Dall'elenco generale sono stati individuati e selezionati quelli attribuiti per singola struttura alla quale risulterà assegnato uno specifico set di obiettivi.

Ogni obiettivo risulta numerato e parametrato ai fini della successiva valutazione della performance della Struttura e alla attribuzione del relativo punteggio.

Si confermano gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative previste nel Piano 2016 – 2018 e che qui si riportano:

- un livello istituzionale di ordine strategico ove vengono definite le Aree di intervento correlate agli indirizzi a natura pluriennale ed annuale di programmazione regionale;
- un livello direzionale e operativo dove trovano collocazione gli strumenti di programmazione di livello aziendale e la sua connessa rendicontazione (relazione sulla performance).

E', altresì, confermata la struttura ad "albero", il cui percorso prevede il passaggio dagli indirizzi generali di programmazione regionale ed aziendale agli obiettivi strategici, fissati nel documento di direttive, ed ai relativi piani operativi.

In questi ultimi sono declinati gli obiettivi di gestione assegnati alle varie strutture aziendali ed ai quali sono stati collegati gli indicatori di verifica volti alla misurazione dei risultati raggiunti, sì da consentire la valutazione della performance del personale di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Si confermano, nelle schede allegate al presente documento, le cinque *macroaree* di interesse strategico individuate già con il precedente Piano. In ciascuna di esse si rappresentano e si sviluppano:

- le specifiche aree progettuali, indicando i riferimenti (siano essi di natura normativa che atti di indirizzo, direttive etc.), gli obiettivi di carattere generale che si intendono perseguire;





- gli indicatori stabiliti per ogni obiettivo;
- le modalità di verifica e, ove ritenuto, le specifiche modalità attuative;
- i tempi di attuazione ed i risultati attesi;
- le strutture responsabili dell'attuazione e le eventuali ulteriori strutture aziendali coinvolte nel perseguimento dell'obiettivo;
- la previsione di una funzione di controllo e verifica complessiva, generalmente indicata nella Direzione Amministrativa o Sanitaria ed a cui è demandata anche la fondamentale funzione di coordinamento tra le varie strutture, nei casi in cui l'attuazione dell'obiettivo preveda la partecipazione di più attori.

La Direzione Generale ha ridefinito l'organizzazione aziendale, aggregando le attività e le Strutture Complesse e Semplici nei nuovi Dipartimenti, rivisitati sia in termini numerici che organizzativi. Tale riorganizzazione, sebbene provvisoria (in attesa della sottoscrizione del nuovo Protocollo d'Intesa Regione/Università e dell'adozione e approvazione del conseguente Atto Aziendale), costituisce oggettiva premessa per un approccio più dettagliato alle problematiche aziendali onde giungere ad analisi sempre più appropriate, finalizzate al miglioramento della performance complessiva.

Nel presente documento sono stati inseriti parte degli indicatori individuati dalla Regione Puglia nell'ambito del network gestito dall'Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa, i cui report sono stati ufficializzati dalla stessa Regione e sui quali, la stessa, procederà con le valutazioni delle attività delle Aziende regionali e delle Direzioni aziendali, finalizzando, il tutto, alla valutazione degli adempimenti LEA da parte della stessa Regione Puglia.

Il completamento degli indicatori in questione, in uno con i relativi risultati registrati nel 2016 e gli obiettivi attesi per gli anni 2017, 2018 e 2019, sono inseriti nelle apposite schede elaborate dalla Struttura Programmazione e Controllo di Gestione. Queste ultime schede individuano, su indicazione della Direzione Strategica, gli obiettivi specifici assegnati alle diverse articolazioni aziendali sulla scorta dei quali si dovrà procedere alla successiva valutazione dei risultati.

*Le schede riportano gli obiettivi univocamente individuati con un numero e risultano tutti parametrati ai fini della quantificazione del risultato finale. Nell'ultima parte del presente documento si riporteranno i criteri per l'attribuzione dei relativi punteggi.*

Gli indicatori in questione costituiscono riferimenti, per l'Azienda, sulla scorta dei quali procedere con azioni continue di miglioramento organizzativo e assistenziale.

In tale contesto, pertanto, l'Azienda – nell'ambito delle possibilità offerte dal sistema EDOTTO – continuerà con il monitoraggio delle attività al fine di migliorare le proprie performance assistenziali e



contribuire, così, al mantenimento dei livelli qualitativi delle performance regionali (che consentano alla Regione Puglia di risultare in linea con i citati adempimenti LEA).

L'Azienda procederà con le varie misurazioni di tutti gli indicatori i cui dati siano oggettivamente disponibili in relazione alle specificità aziendali. Laddove l'indicatore implichi dati per i quali l'Azienda non ha la disponibilità (nemmeno attraverso l'utilizzo di Edotto), pur cercando di monitorare al meglio le connesse attività, non potrà considerare gli stessi utili alle successive valutazioni sia delle attività delle Strutture, sia dei dirigenti delle stesse.

Restano confermate tutte le ulteriori valutazioni delle attività aziendali, operate alla luce del Programma Nazionale Esiti ( PNE ). Anche in questo caso, disponendo di dati assestati di riferimento dopo molto tempo, l'obiettivo, per le Strutture sarà quello di migliorare le specifiche performance correlate a detti indicatori, con la riserva di aggiornare il raffronto con la banca dati PNE man mano che questa sarà disponibile per i vari anni di riferimento.

Si confermano le strategie che si intendono attuare, coincidenti, in massima parte, con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale che, direttamente collegati alla programmazione regionale, sono fissati (sia nella loro individuazione che nella relativa incidenza ai fini valutativi) sia nella delibera regionale di nomina del Direttore Generale che nel successivo addendum (DGR n. 2163 del 21 dicembre 2016), sia nella D.G.R. n. 2198 del 28 dicembre 2016, avente ad oggetto *"Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa"*.

Detti obiettivi sono, secondo le regole basilari sottese all'individuazione degli obiettivi delle singole strutture, trasfusi, con altri obiettivi e indicatori, nelle schede allegate.

Per le strutture dell'area APT si considereranno con particolare attenzione, attribuendo un adeguato peso, i seguenti obiettivi:

- a) la definitiva messa a regime, entro il 2017, di un sistema gestionale che consenta alla Direzione e, in generale, alla Dirigenza coinvolta, il controllo della spesa. Tale attività, già garantita in passato dall'Azienda in relazione ai macrolivelli di costi, dovrà, ora, essere garantita dinamicamente, onde rilevare tempestivamente non solo i ritmi di assorbimento di risorse, ma anche le eventuali, conseguenti azioni correttive da porre in essere. Tale modalità, possibile con l'attivazione del nuovo gestionale attivato dal 1° gennaio 2016, garantirà meglio e più puntualmente i conseguenti adempimenti correlati agli obblighi di trasparenza e legalità, nonché le tempistiche di pagamento ai fornitori. Tutti i Direttori/Dirigenti dei centri di responsabilità coinvolti nel processo sono sollecitati a



verificare il corretto adempimento e il corretto utilizzo delle procedure da parte dei propri collaboratori;

b) la massima attenzione agli adempimenti imposti dalla normativa in tema di trasparenza e legalità, con particolare riferimento alle ultime determinazioni dell'ANAC rivolte in particolare al settore sanitario.

Il processo di sviluppo del Piano continuerà ad essere frutto di un percorso di coinvolgimento di gli stakeholder, garantendo che tutte le azioni poste in essere dall'Azienda siano uniformate al principio della massima trasparenza, attraverso la pubblicazione delle informazioni necessarie, sul sito aziendale: [www.ospedaliriunitifoggia.it](http://www.ospedaliriunitifoggia.it), sezione "Trasparenza".



## Chi siamo e cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Foggia, costituita nel 1997, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ed è dotata di tre stabilimenti ospedalieri; il "Col. D'Avanzo", la "Maternità" e gli "OO.RR". Il suo patrimonio è composto da tutti i beni mobili ed immobili ad essa trasferiti dalla Regione Puglia con l'atto di costituzione.

L'Azienda garantisce l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria attraverso il ricovero urgente, il ricovero programmato, anche in day hospital, nonché prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali, di prevenzione e di cura, comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché le altre prestazioni sanitarie non tariffate concordate con la Regione Puglia.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Foggia è stata classificata dalla Regione Puglia tra i Presidi a più elevata complessità assistenziale e garantisce, altresì, la integrazione delle attività di assistenza sanitaria necessaria per le attività di didattica e di ricerca, proprie della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia.

Il Piano di riordino, approvato da ultimo con la DGR n. 239 del 28 febbraio 2017, ha classificato l'Azienda come DEA di II livello.

La classificazione è stata operata in base a quanto stabilito dal DM n. 70 del 2 aprile 2015, ove è previsto che *"Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessità crescente"*. In particolare la classificazione introdotta è la seguente, secondo un criterio di complessità crescente: ospedali di base, ospedali di I livello e ospedali di II livello.

Questi ultimi, posti quindi all'apice di una gerarchia basata su una via via maggiore capacità di rispondere a alle complessità assistenziali, devono essere in grado di garantire una ampia ogni possibile intervento di natura diagnostica o terapeutica nonché di fungere da Hub di varie reti cliniche.

Allo stato l'Azienda Ospedaliera è carente – pur essendo discipline previste come necessarie in un Dea di II livello – delle discipline di Cardiochirurgia e di Chirurgia Vascolare ed è abbinabile di un potenziamento della Radiologia Interventistica.

Il territorio di riferimento è, prevalentemente, quello provinciale.

La Provincia di Foggia è la seconda Provincia italiana per estensione, con 6.965 Km<sup>2</sup> e con una popolazione di 638.532 abitanti (censimento 2012).

Il territorio ha caratteristiche economiche e orografiche che rendono particolarmente problematica l'organizzazione delle attività assistenziali territoriali e, quindi, l'accessibilità ai servizi sanitari-ospedalieri. All'ampiezza del territorio si deve aggiungere la estrema diversificazione dello stesso, con



zone montane caratterizzate da una viabilità assolutamente carente e zone rivierasche nelle quali, durante il periodo estivo, si registrano presenze altissime di turisti.

Tali difficoltà fanno registrare un elevato livello di domanda assistenziale inappropriata, migliorabile all'interno con una decisa azione di definizione di protocolli tra le varie strutture e, soprattutto, attraverso una maggiore sinergia con i medici di medicina generale, al fine di definire linee guida comuni su patologie che prevedono la integrazione definendo obiettivi criteri di accesso ospedaliero.

Con particolare attenzione alla gestione dell'attività assistenziale integrata con l'Università ed al coinvolgimento di questa e della Facoltà di Medicina e Chirurgia in tutte le attività di programmazione, l'Azienda persegue obiettivi di efficacia e qualità delle prestazioni e dei servizi da rendere. Promuove l'integrazione con le strutture sanitarie del riferito territorio di riferimento (provinciale ed extraprovinciale), utilizzando gli strumenti giuridici messi a disposizione dalla normativa nazionale e regionale in vigore, con particolare riferimento all'organizzazione dipartimentale ad attività integrata e a quella dipartimentale - assistenziale intra aziendale e interaziendale.

Sono ormai operativi i nuovi Dipartimenti così come ridisegnati dalla Direzione nel dicembre 2015 che ha tenuto conto dei criteri e limiti posti in tale materia dalla normativa regionale.

Si è inciso fortemente sul setting organizzativo di alcune strutture, come ad esempio avvenuto con le Ortopedie per migliorare i tempi di trattamento delle fratture di femore in seconda giornata. In generale, con la nuova organizzazione dipartimentale approvata si sono poste le basi per un generale miglioramento dei livelli prestazionali anche in relazione alle verifiche che l'Azienda dovrà subire in relazione ai parametri e indicatori individuati dalla Regione Puglia con il network di Regioni monitorate dal Sant'Anna di Pisa.

Tali azioni non hanno mancato di far registrare, a parità di prestazioni, livelli di spesa che risultano più razionali.

Tutto ciò se coniugato con il miglioramento, come si accennava in precedenza, di alcuni indicatori di attività, lascia sperare in un ulteriore miglioramento dei risultati già ottenuti come obiettivo da perseguire con la presente rimodulazione del Piano triennale.



## L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza. Con delibera del Direttore Generale n. 341 del 18 dicembre 2015 è stata approvata la nuova organizzazione dipartimentale aziendale la quale ha tenuto conto delle disposizioni regionali miranti alla riduzione e alla razionalizzazione dei servizi.

L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, ai sensi dell'art. 17bis del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., rappresenta il modello di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Tale organizzazione è finalizzata ad assicurare, oltre che una migliore gestione amministrativa e finanziaria, la concreta attuazione alle politiche di governo clinico e a garantire il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni.

In particolare la strutturazione dipartimentale di una Azienda sanitaria favorisce il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituendo per tal quisa l'assetto nell'ambito del quale debbono contestualizzarsi le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni, ovvero la misurazione degli esiti, la gestione e la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

Per tali finalità l'art. 12 della Legge Regione Puglia n. 25 del 3/8/2006 prevede che ogni Azienda sanitaria si doti del modello di organizzazione dipartimentale.

Orbene tale "modello base" di organizzazione dal novembre 2014 risultava non attivo nell'ambito degli Ospedali Riuniti, essendo cessati dall'incarico e non prorogati tutti i titolari delle funzioni di direzione dei Dipartimenti (fino all'ottobre 2014 erano attivi n. 16 Dipartimenti).

Anche a seguito di opportuni solleciti regionali miranti a riattivare le fondamentali funzioni organizzative, con apposita Deliberazione del dicembre 2015 si è provveduto ad una provvisoria e temporanea riorganizzazione aziendale e, quindi, ad attivare n. 13 Dipartimenti (in luogo dei precedenti 16, con una conseguente contrazione di costi per le previste indennità dipartimentali attribuite ai Direttori)

La nuova organizzazione è attiva dal 1° gennaio 2016.

A seguito dell'individuazione dei Direttori dei Dipartimenti, con gli stessi sono stati stipulati appositi contratti, accessivi al contratto principale di lavoro, nell'ambito dei quali:

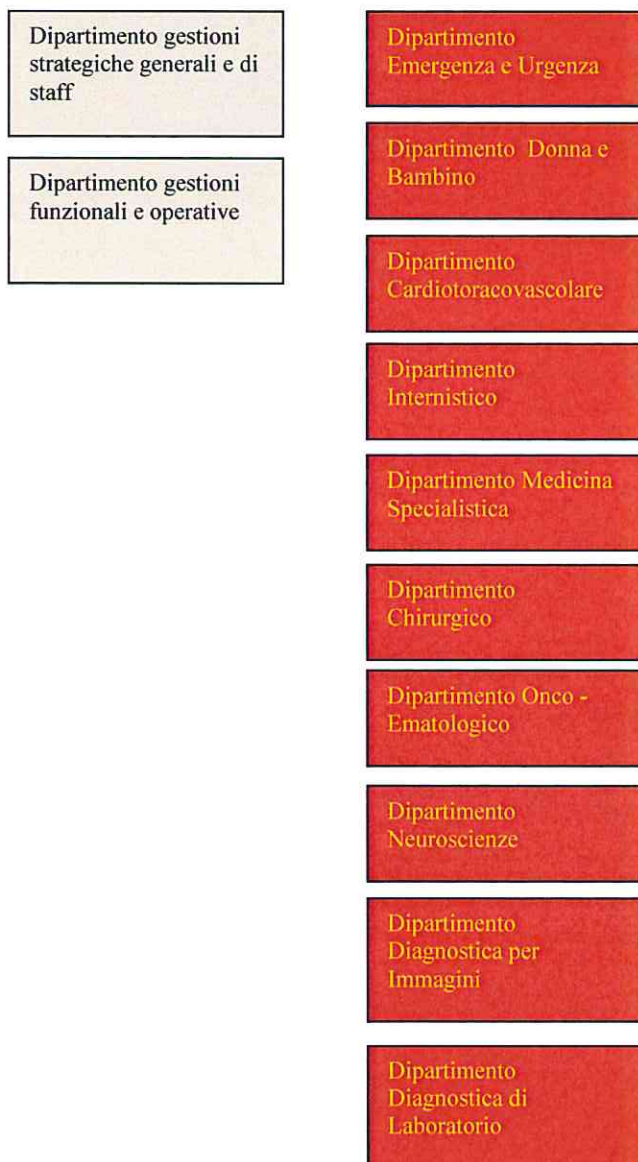
- sono state individuate le specifiche responsabilità e le funzioni proprie dei Direttori di Dipartimento;



- sono stati elencati gli obiettivi da perseguire;
- ai fini delle valutazioni sull'operato svolto e sui risultati raggiunti, sono state indicate le modalità ed i criteri di valutazione.

Il riavvio dell'organizzazione dipartimentale ha consentito un più continuo e proficuo confronto su diverse tematiche di interesse aziendale.

Allo stato, ed in attesa di una più puntuale e stabile organizzazione (che sarà possibile a seguito dell'adozione del nuovo Protocollo d'Intesa) la macroorganizzazione dell'AOU è la seguente :



## L'ANALISI DELLA PRODUZIONE

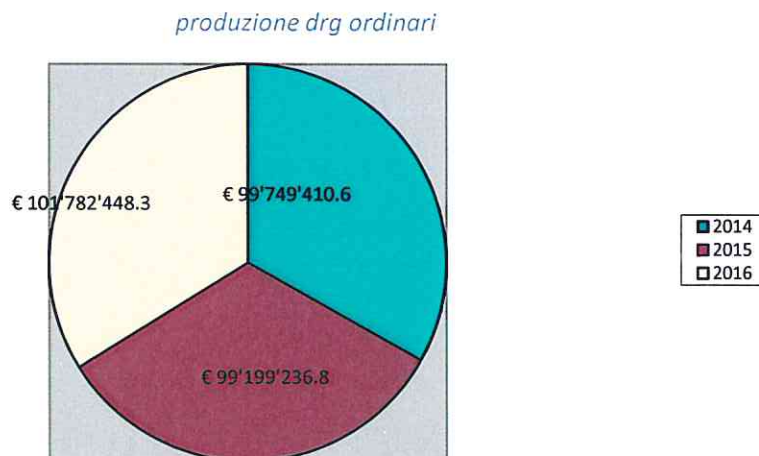
Risultano tutt'ora manchevoli strumenti che consentano il continuo controllo della produzione (consentendo, per tal guisa un pronto adeguamento e l'adozione di correttivi) sia dal punto di vista quantitativo (i dati inseriti nel sistema Edotto sono oggetto di validazione con una periodicità trimestrale) che qualitativo (i dati PNE e quelli del Sant'Anna di Pisa – MES – sono conosciuti dopo oltre un anno), l'Azienda ha dimostrato la capacità di migliorare le proprie prestazioni sia in termini di efficacia che di efficienza organizzativa.

Invero risultano quasi integralmente in miglioramento i principali indici di misurazione che, ove non rispettati, determinerebbero per l'Azienda l'obbligo (imposto dalla L. n. 208/2015) di predisporre piani di rientro sia in relazione ai profili economico-finanziari che a quelli qualitativi

### A) Produzione DRG ordinari

Dal 1° ottobre 2015 la Direzione ha imposto l'utilizzo del sistema informatico EDOTTO, messo a disposizione dalla Regione e necessario per la registrazione dell'accettazione, trasferimento e dimissione dei pazienti (ADT). Con l'utilizzo di tale sistema e con la riapertura dei termini utili all'invio dei ricoveri registrati nel periodo precedente, è superata la criticità connessa con il tardato o mancato invio dei dati alla Regione. Per il 2016 la produzione ha fatto registrare il seguente andamento:

Indicatore 2016 



**Figura 1 produzione economica drg ordinari**





Il dato evidenzia un trend in crescita, ancorché da consolidare, del valore economico della produzione. In realtà le azioni intraprese dalla Direzione sul finire del 2015, hanno determinato i primi risultati solo nel 2016. Si attendono ulteriori miglioramenti nell'esercizio in corso, da coniugare, comunque, con l'esigenza di assolvere ad un costante miglioramento delle appropriatezza assistenziali anche mirando ad un aumento della complessità trattata. Gli interventi sui quali la Direzione ha insistito anche nel corso del 2016 hanno riguardato, come già precisato nel precedente Piano Triennale, i seguenti settori:

- Miglioramento dell'utilizzo delle sale operatorie;
- Miglioramento di alcuni indicatori di attività assistenziale.

La colorazione dell'indicatore è attribuita anche sulla scorta di tali complessive valutazioni che si cercheranno di esplicitare di volta in volta. Nello specifico, infatti, per i livelli di produzione di drg ordinari, si deve confermare, per tutto il 2016, un aumento complessivo dei drg chirurgici rispetto al 2015. I dati relativi al 2016 indicano un aumento di drg chirurgici che passano, su base annua, da 10.303 a 10.738, con un incremento produttivo pari ad € 942.148,76. L'inversione di tendenza si è registrata dal secondo semestre 2015, epoca in cui la nuova direzione è subentrata.

## B) Il numero dei ricoveri

Indicatore 2016 

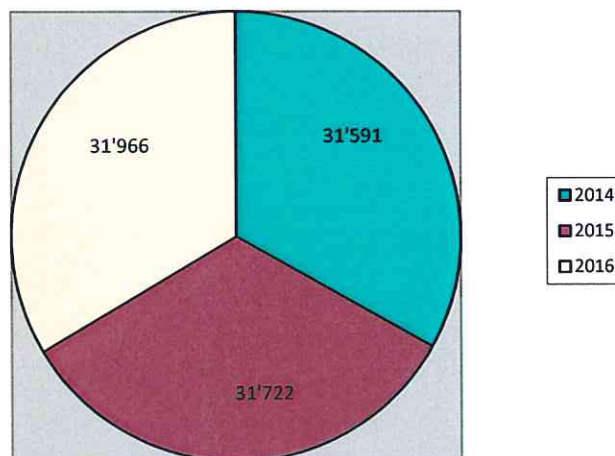


Figura 2 n. drg ordinari



Si conferma il concorso al tendenziale raggiungimento dell'obiettivo di riduzione dei ricoveri al fine di un generale abbattimento del tasso di ospedalizzazione per 1.000.

Dovrà costituire azione prioritaria l'aumento del peso medio dei drg e del tasso di utilizzo.

### C) Peso medio dei DRG prodotti

Indicatore 2016

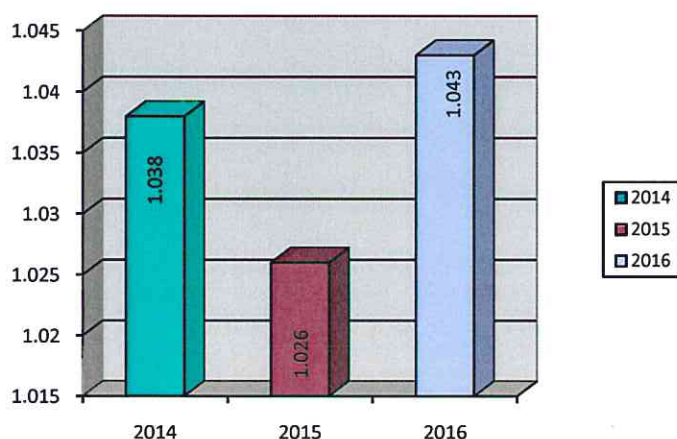


Figura 3 Peso medio drg ordinari

Il peso medio dei drg è uno degli indicatori analizzati dal network di regioni di cui si è fatto cenno.

### D) La degenza media

Indicatore 2016

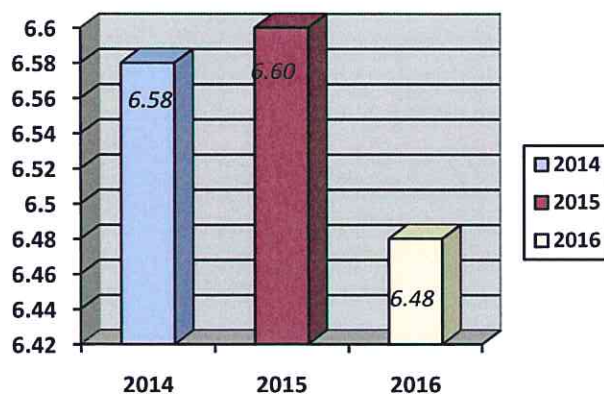


Figura 4 Degenza media per drg ordinari



Il rapporto MeS espone la degenza media della Regione Puglia, sia per drg medici che chirurgici, individuando un indice di performance per i due dati determinato dal raffronto della degenza media per ciascun ricovero, con la degenza media fatta registrare da tutte le Regione del network. Sulla scorta di tali indicatori la Regione Puglia ( colorazione verde ) registra dati positivi per i drg medici e l’Azienda Ospedaliera conferma tale colorazione. *Diversamente la d.m. per drg chirurgici risulta in aumento.* Tale caratteristica riguarda anche l’andamento dei dati della nostra Azienda. Il report rappresentato nella figura 4) rappresenta la degenza media registrata in Azienda non calcolata per singolo drg come da protocollo del Mes. Ciò in quanto i dati di raffronto in termini di degenza attesa per singolo drg non consente all’Azienda una elaborazione oggettiva per mancanza di dati.

### **E) Degenza media preoperatoria**

Indicatore 2016

Considerando i reparti chirurgici indicati dal MeS e ritenendo trascurabili i ricoveri di durata di 1 giorno.

2014	2015	2015
0.44	0.43	0.43

L’obiettivo è rappresentato da un indicatore inferiore o uguale all’unità.

### **F) Tasso di mortalità aziendale**

Indicatore 2016

Media nazionale 3.3 (2015 Min. Salute)

Media regionale 2.5 (2015 Min. Salute)

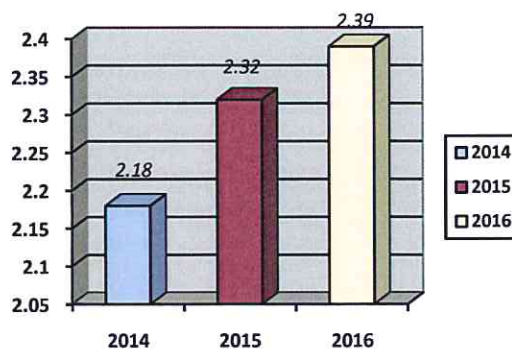


Figura 5 tasso di mortalità aziendale

Pur essendo al di sotto della media nazionale, il dato supera quella regionale.




## G) Utilizzo posti letto

Indicatore 2016  non confrontabile con gli anni precedenti

In attesa della definitiva rimodulazione organizzativa aziendale a seguito del nuovo piano dei dipartimenti, si espongono gli indicatori correlati ai posti letto. I dati si basano sui posti letto che l'Azienda ha comunicato e condiviso con la Regione Puglia e con il sistema EDOTTO, in attesa della completa attuazione del Protocollo d'intesa Regione – Università.

Anno	Indice occup.	Indice di rotazione	Intervallo Turnover
2015	92%	50.8	0.6
2016	90%	51.2	0.7

## H) Mobilità attiva e passiva

Indicatore 2016 

Si ritiene di poter riportare, per la mobilità passiva, le reportistiche già evidenziate nel precedente Piano triennale in quanto, al momento, non sono disponibili sul sistema direzionale regionale, dati più aggiornati. Si evidenzieranno, per contro, dati più aggiornati in relazione alla mobilità attiva. Per la mobilità attiva i dati assestati del triennio risultano essere:

### Mobilità attiva

	2014		2015			2016		
	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2015/2014</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2016/2015</i>
<i>DH</i>	462	362.049,16	500	434.906	16,75%	446	330.145	-24,09%
<i>Ordinari</i>	1.229	4.358.977,85	1.221	4.098.524	-6,35%	1.396	4.632.125	+13%
<b><i>Totale</i></b>	<b>1.691</b>	<b>4.721.027</b>	<b>1.721</b>	<b>4.532.975</b>	<b>-3,98%</b>	<b>1.842</b>	<b>4.962.270</b>	<b>+9,47%</b>

Le azioni da porre in essere per migliorare la performance possono così di seguito sintetizzarsi:

- incremento dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- miglioramento dell'adeguatezza prescrittiva e conseguente recupero delle attività per la riduzione dei tempi di attesa;

- attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati a specifiche patologie;
- ampliamento dell'offerta clinico-diagnostica;
- aumento della qualità comunicativa

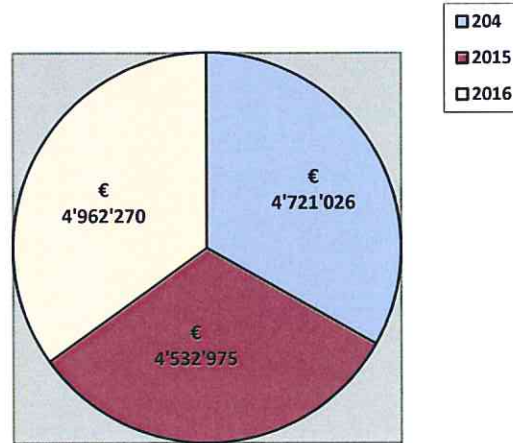
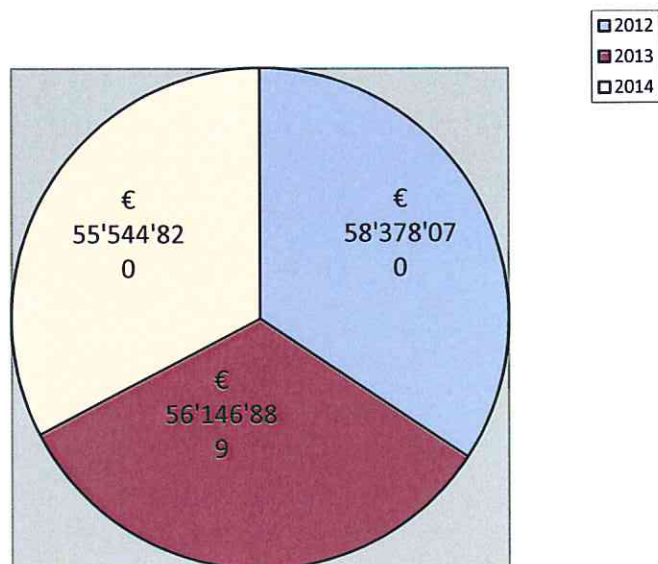


Figura 6 Produzione attiva per ricoveri ordinari e in d.h.

### Mobilità passiva

#### *La mobilità passiva dalla Provincia di Foggia: i numeri*

	2013		2014			2015		
	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2014/2013</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2015/2014</i>
<i>DH</i>	3.849	4.833.481	2.763	3.385.823	-30%	2.783	3.321.505	2%
<i>Ordinari</i>	11.212	51.313.407	9.096	43.705.676	-15%	8.152	40.451.482	-7%
<b><i>Totale</i></b>	<b>15.061</b>	<b>56.146.888</b>	<b>11.859</b>	<b>47.091.499</b>	<b>-16%</b>	<b>10.935</b>	<b>43.772.987</b>	<b>-7%</b>

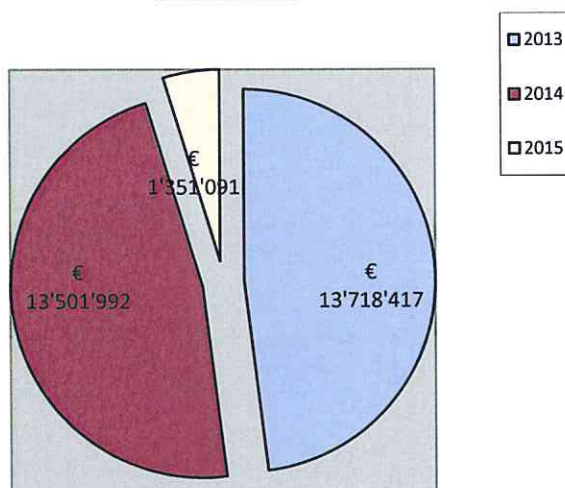


**Figura 7 Mobilità passiva Provincia di Foggia**

**La mobilità passiva della popolazione residente nel Comune di Foggia: i numeri**

	2013		2014			2015*		
	n. ricoveri	importo	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2014/2013	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2015/2014
DH	943	1.137.558	699	869.679	-23,55%	97	12.225	-98,59%
Ordinari	2.603	12.580.859	1.936	9.750.093	-22,50%	260	1.228.834	-87,40%
<b>Totale</b>	<b>3.546</b>	<b>13.718.417</b>	<b>2.635</b>	<b>10.619.772</b>	<b>-22,59%</b>	<b>357</b>	<b>1.351.091</b>	<b>-87,28%</b>

\*i dati del 2015 sono elaborati dal database di EDOTTO non consolidato



**Figura 8 Mobilità passiva Comune Foggia**



## **I) Tasso di ospedalizzazione**

La posizione dell’Azienda, evidenziata più volte in precedenti documenti di programmazione, è tale da consentire solo un parziale governo del fenomeno. L’Azienda costituisce il riferimento pubblico più importante della Capitanata. Ciò comporta la pressione di una domanda assistenziale cui dare, obbligatoriamente, risposta. In questa situazione l’Azienda persegue l’obiettivo di migliorare, comunque, i dati relativi ai livelli di ospedalizzazione in un’ottica di miglioramento della performance con l’erogazione di prestazioni equivalenti, erogate con altri setting assistenziali.

E’ impossibile, per l’Azienda, sulla scorta dei dati disponibili, stabilire quali strutture, in ambito provinciale, incidono maggiormente sul dato. Resta il fatto, però, che sussistono margini di intervento aziendali per contribuire a migliorare tale performance, incidendo sul proprio livello di ospedalizzazione attraverso l’erogazione dell’assistenza con diversi modalità assistenziali e a parità di garanzie di efficacia terapeutica per il paziente.

## **J) La spesa farmaceutica**

Indicatore 2016 

Il valore è dato dal rapporto tra il costo dei farmaci per i ricoverati e il peso totale dei drg ordinari e in d.h. prodotti dall’Azienda.

Il dato aziendale è evidenziato qui di seguito:

2014 totale pesi drg = 42.866,00 spesa per farmaci = € 11.785.709; indicatore = **€ 274,94**

2015 totale pesi drg = 43.044,90 spesa per farmaci = € 10.967.546; indicatore = **€ 254,79**

2016 totale pesi drg = 42.205,42 spesa per farmaci = € 10.465.040,8; indicatore = **€ 247,95**

Il dato fa registrare una diminuzione del costo per peso drg.

2014		2015		2016	
Peso drg	Costo per peso drg	Peso drg	Costo per peso drg	Peso drg	Costo per peso drg
42.866	€ 274,94	43.044,90	€ 254,79	42.205,42	€ 247,95

I dati riportati dal Mes, in vero, non sono coincidenti con quelli elaborati autonomamente dall’Azienda e che, si ritiene, sulla scorta della metodica utilizzata, di dover confermare.

## **K) Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico**

Indicatore 2016 



Un ricovero diurno di tipo diagnostico, salvo i casi giustificati da particolari esigenze assistenziali, individua un comportamento definito "opportunistico" in quanto sintomatico di prestazioni assistenziali erogabili con altre modalità organizzative.

Il parametro di riferimento LEA è  $\leq 7$  per 1.000 residenti.

Anche in questo caso si conferma il ruolo indiretto dell'Azienda ai fini del raggiungimento dell'obiettivo che resta territoriale.

Per mancanza di dati più atomizzati si considererà la popolazione provinciale che è pari a n. 638.532 unità (ultime rilevazione). Sulla scorta di tale approssimazione si rileva che il tasso di ricovero per 1.000 abitanti registrato dall'Azienda per questa tipologia è pari a:

anno	n. abitanti	n. dimissioni	Incidenza x 1.000 ab.
2014	638.532	7.149	11,20
2015	638.532	6.624	10,37
2016	638.532	5.241	8,2

L'indicatore risulta direttamente assegnato all'Azienda per la valutazione dei ricoveri registrati nel periodo e non in relazione al numero di abitanti.

I risultati aziendali relativi alle percentuali di drg medici in d.h. con finalità diagnostiche sono evidenziati nel grafico che segue:

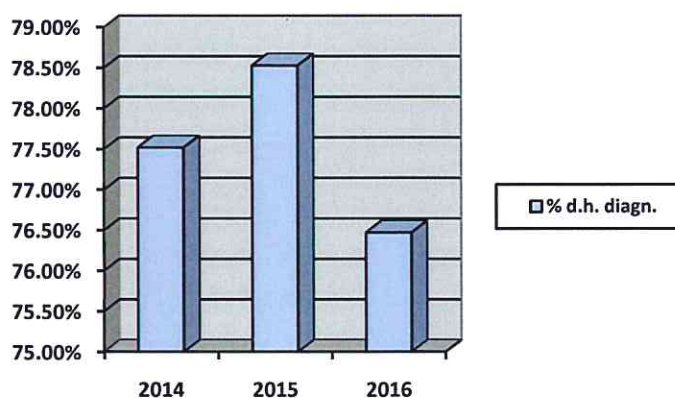


Fig. 9 - % drg in day hospital di tipo diagnostico



### L) Percentuale di ricoveri con drg chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari

Indicatore 2016

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: =>42%.

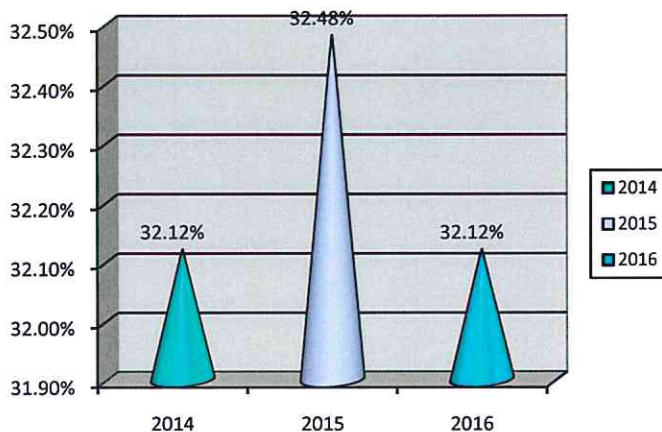


Figura 9- % drg chirurgici su totale drg ordinari

E' necessario precisare però che rispetto a questo indicatore l'azione dell'Azienda è fortemente condizionata dalla domanda assistenziale proveniente dal territorio.

### M) Rapporto tra drg a rischio di inappropriata e drg appropriati

Indicatore 2016

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: <=29%

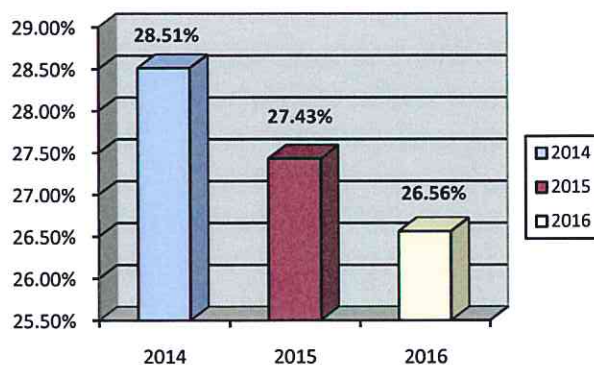


Figura 10 - % drg inappropriati su appropriati



## N) Percentuale parti cesarei

Indicatore 2016

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura:  $\leq 20\%$

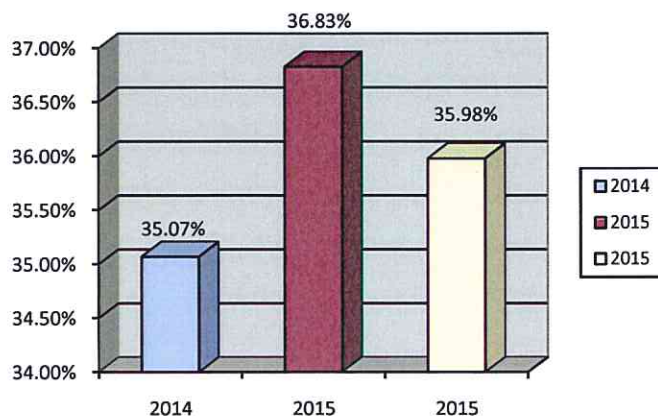


Figura 11 - % parti cesarei

Il PNE ( Programma Nazionale Esiti ), che considera i soli parti primipari rileva, per l’Azienda (2015), una percentuale pari al 25,24% a fronte di un dato di riferimento nazionale pari al 25,11%. Si ritiene, pertanto, di considerare il dato positivamente.

Invero, elaborando i dati aziendali, così come riportati nel sistema regionale EDOTTO DIREZIONALE, si rilevano le seguenti percentuali Aziendali:

Anno	Percentuale cesarei
2014	16,07%
2015	21,16%
2016	23,51%

## O) Fratture femore operate in seconda giornata

Indicatore 2016

Parametro LEA  $\geq 55\%$ . (si considerano i drg 210, 211, 485 e 544 in pazienti ultrasessantacinquenni).

Il dato aziendale è esposto nel grafico seguente:

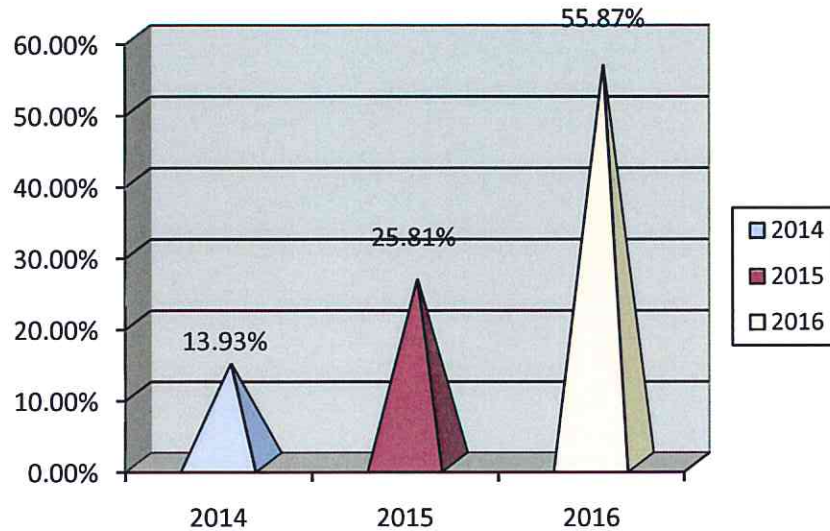


Figura 12 - % interventi femore in seconda giornata

E' apprezzabile il costante trend positivo. Nel secondo semestre 2015 la percentuale ha raggiunto il 30,88% a fronte di un 20,51% del primo semestre.

Nel report MeS la Puglia è quasi al 50% e si posizione terzultima tra le regione del network

## P)Altri indicatori programma nazionale esiti(P.N.E.)

**Tasso di mortalità a 30 giorni per infarto miocardico acuto ( IMA ).**

Indicatore 2016 

Valore PNE 2015 nazionale = 9,03%

Valore PNE 2015 aziendale = 13,16%

Elaborando il dato da sistema interno e considerando tutte le diagnosi principali inserite nel protocollo PNE ( 410.xx e tutte le altre riportate come compatibili), per una popolazione di pazienti di età tra i 18 e i 100 anni, si ottiene un tasso di mortalità a 30 gg pari a:

2015 9,86%

2016 5,49%

L'andamento nel triennio 2014-2016 è riportato nel seguente grafico:

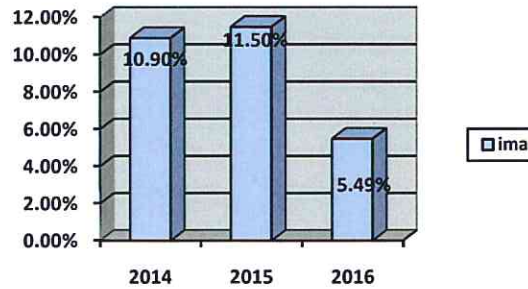


Figura 13 - Mortalità a 30 giorni per IMA

Tasso di mortalità a 30 giorni per bronco pneumopatia cronica ostruttiva ( BPCO ).

Indicatore 2016



Il dato aziendale del 2015, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 11.50%

L'andamento nel triennio 2013-2015 è riportato nel seguente grafico:

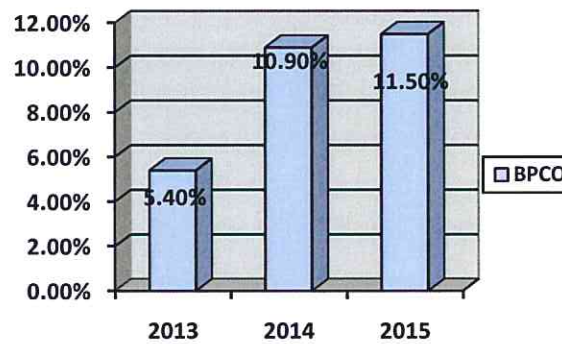


Figura 14 - Mortalità a 30 giorni per BPCO

## Q) Produzione extraregionale

La produzione per drg ordinari extraregionali presenta i seguenti dati:

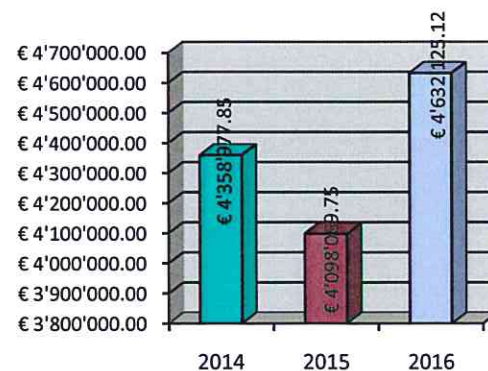


Figura 15 - produzione extraregionale drg ordinari

E' dato rilevare un incremento pari al 13% rispetto al 2015.

In termini numerici i drg extraregionali prodotti registrano la seguente rappresentazione:

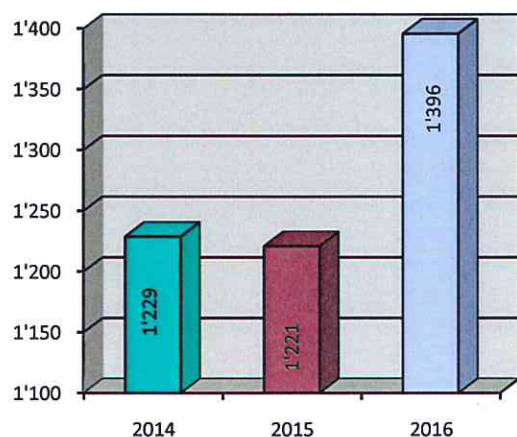


Figura 167 N. drg ordinari extraregionali

L'incremento percentuale è del 14,3%.

L'incremento numerico dei drg extraregionali e percentualmente maggiore rispetto alla percentuale di incremento economico. Il che implica che il peso medio dei ricoveri extraregionali diminuisce. Infatti il peso medio dei drg extraregionali è pari, per annualità considerata, a:

2014	1.11
2015	1.07
2016	1.05

**La produzione complessiva per d.h. e d.s. registra i seguenti dati:**

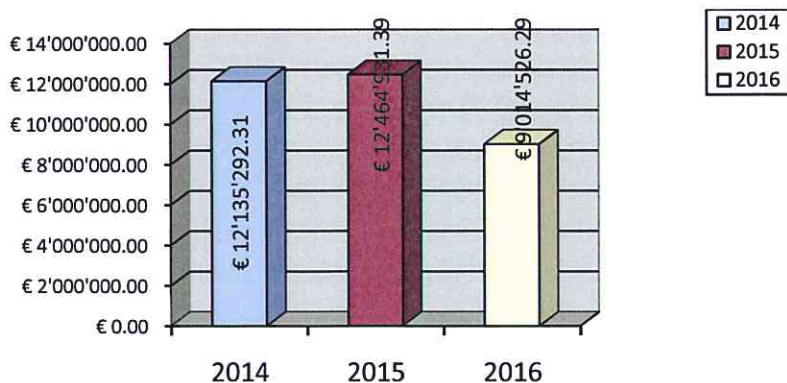


Figura 18 - produzione drg in d.h.



Il decremento è pari al 27,68%.

I ricoveri in day hospital (d.h.) costituiscono una modalità di prestazione sanitaria più appropriata rispetto ai ricoveri. Essa è rivolta alla cura di quelle patologie che, con una adeguata organizzazione, possono trovare soluzione con un solo accesso alla struttura sanitaria ovvero con più accessi giornalieri in periodi diversi.

Il d.h. consente di evitare ricoveri prolungati e, quindi, di avere una maggiore disponibilità di posti letto per quelle patologie che necessitano di un più prolungato periodo di permanenza in ospedale.

Tale tipologia di prestazioni sta subendo una progressiva contrazione derivante dalla evoluzione tendente a ricondurre (come da D.G.R. n. 35 del 27 gennaio 2009) gran parte di esse nell'ambito di pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) ovvero di prestazioni chirurgiche ambulatoriali (PCA)

Rappresenta quindi un dato positivo la loro diminuzione ove, contestualmente, si verifichi un aumento di prestazioni ambulatoriali (come effettivamente avvenuto nell'ambito dell'AOU).

## **R) Produzione ambulatoriale**

Come accennato in precedenza, l'incremento delle prestazioni ambulatoriali rappresenta un dato di miglioramento dell'efficienza del sistema, in quanto varie prestazioni sono erogate non più mediante ricoveri o DH inappropriati.

Il miglioramento qualitativo delle prestazioni è determinato dal fatto che si evita la permanenza del paziente in regime di ospedalizzazione. La fruizione della prestazione è garantita da un percorso assistenziale e da un protocollo standard che evita, per giunta, il ricorso a più impegnative, rendendo quindi più agevole l'accessibilità dell'utente.

Nel corso del 2016 la riconduzione di prestazioni in precedenza rese in regime di DH, ovvero di più e diversi accessi per varie prestazioni ambulatoriali in un unico pacchetto di prestazioni (sia prestazioni ambulatoriali complesse – PAC – ovvero di prestazioni chirurgiche ambulatoriali – PCA –) ha subito un notevole impulso, come evidenziato dalla tabella che segue.

Il decremento numerico delle prestazioni ambulatoriali (a fronte di un incremento dei ricavi) è la conseguenza dell' "accorpamento" in un unico pacchetto di più prestazioni ambulatoriali.

Il prospetto seguente evidenzia i valori sia numerici che di conseguenti importi derivanti dall'attività ambulatoriale svolta dall'Azienda:



PRODUZIONE AMBULATORIALE		
anno	Numero prestazioni	importo
2014	1.628.883	€ 24.592.323,09
2015	1.720.635	€ 25.050.451,69
2016	1.439.219	€ 28.481.724,54
<i>L'Azienda nel 2014 ha garantito prestazioni ambulatoriali per esterni ad un numero pari a 115.293 assistiti, processando 455.056 impegnative.</i>	<i>L'Azienda nel 2015 ha garantito prestazioni ambulatoriali per esterni ad un numero pari a 134.823 assistiti, processando 512.260 impegnative</i>	<i>L'Azienda nel 2016 ha garantito prestazioni ambulatoriali per esterni ad un numero pari a 129.161 assistiti, processando 494.643 impegnative</i>

## S) Accessi al Pronto Soccorso

<i>Numero di accessi in Pronto Soccorso distinti per codici</i>				
Attività di Pronto Soccorso	2014	2015	2016	2017 (1° quadr.)
Codice non specificato	27	9	19	16
Codice bianco	530	226	90	549
Codice verde	24.360	24.700	28.450	8.474
Codice giallo	34.675	34.638	28.093	8.175
Codice rosso	3.563	3.519	3.773	1.391
Codice nero-deceduto	42	35	10	1
<b>Totali</b>	<b>63.197</b>	<b>63.127</b>	<b>60.435</b>	<b>18.606</b>



## QUADRO DI SINTESI AZIENDALE

INDICATORE	PIANO 2016 - 2017	PIANO 2016 - 2018	PIANO 2017 - 2019
Produzione drg ordinari			
Numero dimissioni			
Peso medio drg			
Degenza media			
D.M. preoperatoria			
Tasso mortalità az.			
Utilizzo p.l.			
Mobilità attiva			
costo farmaci per punto drg			
% ricov. diurni di tipo diagnostico			
% ricoveri chirurgici su totale ricoveri ordinari			
Rapporto tra drg inappropriati e appropriati			
% parti cesarei			
% interventi femore in seconda giornata			
% di mortalità a 30 gg. Per IMA			
% mortalità a 30 giorni per BPCO			





## CONSIDERAZIONI

**La disamina sopra svolta rappresenta il necessario presupposto per l'individuazione degli obiettivi da conseguire nel periodo di cui al presente Piano**

**Pur registrandosi evidenti miglioramenti rispetto a rilevanti ed anche strategici obiettivi, permangono aree di criticità rispetto alle quali sono state conseguentemente individuate le performance attese per l'attuale annualità e per quelle successive.**

Tra i risultati positivi si evidenziano in particolare i miglioramenti rispetto ad indicatori rilevanti ai fini dell'inserimento dell'AUI tra le strutture che debbono redigere o meno un piano di rientro qualitativo (così come stabilito dalla L. n. 208/2015).

Il peso medio dei drg risente sia della domanda indotta dal territorio e della conseguente impossibilità di incidere da parte dell'Azienda, sia della mancanza all'interno dell'Azienda di discipline (in via di attivazione) quali la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare, in grado di produrre drg di rilevante peso. Nonostante tale carenza l'azione interna svolta ha consentito di realizzare un miglioramento dell'indicatore nel 2016.

Migliora altresì la spesa farmaceutica per punto drg. Le azioni programmate dalla Direzione, tendenti al migliore utilizzo delle sale operatorie, pur in un quadro di estrema difficoltà dovuta alla carenza di personale, non mancheranno di determinare effetti positivi anche sulle percentuali di drg chirurgici. L'indicatore sarà particolarmente monitorato nella consapevolezza che la domanda indotta non consentirà di comprimere il dato oltre certi limiti. Un aumento dei drg chirurgici, ancorché nei limiti esposti, determinerà sicuramente una ricaduta positiva sul livello di complessità della casistica trattata. Si confermano, a questo punto, tutti i riferimenti riportati nel vigente Piano triennale e relativi alla situazione del personale, alla percorso di valutazione riportato in quel documento.

Si confermano le Macroaree riportate nel vigente Piano, significando, però, che nell'ambito delle stesse sono stati inseriti una serie di obiettivi specifici individuati con DGR n° 2198/2016 e utili ai fini della valutazione del Direttore Generale.

Tutti gli obiettivi specifici così individuati sono stati numerati e inseriti, di volta in volta, nelle schede specifiche valide per ogni centro di responsabilità individuato dagli atti organizzativi aziendali.

Per ogni struttura si individuano così due schede. La prima riportante tutti gli elementi di carattere economico della struttura (scheda delle valorizzazioni economiche e dei margini), così come registrati fino al 31 dicembre 2016. Nella seconda scheda si specializzano gli obiettivi di attività estrapolati dall'elenco generale di cui sopra e assegnati alla struttura in coerenza con le specifiche attività garantite dalla stessa.



Ai fini della valutazione e dell'attribuzione del relativo punteggio, la scheda 1) inciderà per il 30% sul totale del punteggio attribuibile. Il restante 70% è attribuibile sulla scorta degli obiettivi contenuti nella scheda 2).

Le concrete modalità di attribuzione dei punteggi per singolo outcome sono riportate nell'allegata scheda che è parte integrante del presente documento, in uno con l'elenco complessivo degli obiettivi nell'ambito del quale, di volta in volta e mantenendo la stessa numerazione, sono estrapolati e assegnati quelli individuati per le singole Strutture.

## MACROAREE

- 1. Legalità, trasparenza, performance, organizzazione*
- 2. Appropriatelyzza e accessibilità*
- 3. Risk management*
- 4. Servizi*
- 5. Strutture Tecnico/amministrative*

Per ciascuna delle 5 Macroaree di intervento individuate, sono riportati, nelle schede allegate al presente Documento:

- a) le finalità e gli indicatori;
- b) le modalità di verifica e/o di attuazione;
- c) i tempi di attuazione;
- d) le responsabilità;
- e) la struttura delle verifiche e dei controlli

La sessione di budget si attiverà a seguito dell'approvazione del presente documento, sulla scorta delle azioni previste e sulla base delle disponibilità rilevabili dal bilancio economico di previsione 2017.

La sessione di budget si attiva con l'invio delle schede per la predisposizione della relativa proposta di budget da parte dei vari centri di responsabilità.

Con la proposta di budget ogni centro di responsabilità coinvolto dovrà evidenziare:

- 1) punti di forza;



- 2) punti di debolezza;
- 3) fabbisogno strumentale, con l'indicazione dello stato di obsolescenza delle attrezzature;
- 4) proposte di eventuali rimodulazioni organizzative tese a massimizzare l'efficienza e l'efficacia;
- 5) proposte modificative e/o incrementative degli obiettivi specifici individuati nel presente piano;

I vari centri di responsabilità dispongono di tutti i dati di attività relativi al centro di costo di competenza.

Tali dati sono stati inviati dalla Struttura Programmazione e Controllo.

La contrattazione di budget si chiuderà con la sottoscrizione del relativo verbale con il quale si sancisce la validità e l'obbligatorietà degli obiettivi assegnati alla Struttura, in uno con la condivisione delle modalità di valutazione successiva.

Il budget è sottoposto a verifica dinamica con la predisposizione di relazioni trimestrali inviate alle Strutture aziendali.

La verifica formale degli esiti relativi al raggiungimento degli obiettivi previsti per il 2017, che coincidono con quelli indicati nelle allegate schede, formerà oggetto della "relazione sulle performance" da adottarsi a consuntivo di esercizio, appena si rendono disponibili i dati assestati di periodo.

MACRO AREA 1 - Legalità, trasparenza, performance, organizzazione

AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	FINALITÀ E INDICATORI		MODALITÀ DI VERIFICA L/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILI PROGETTO	RESPONSABILITÀ ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
		OBIETTIVI	INDICATORI		2016	PIANO 2017	PIANO 2018	PIANO 2019			
1	Leggità L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	Redazione piano di formazione	Aggiornamento del Piano con le modalità e nei termini previsti	si	entro 15/10	entro 28/2	entro 28/2	Struttura legale e contenutistica	Resp. Azienda, Trasparenza Resp. Aziendale Formazione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
2	Leggità L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	Stipulazione registro protocollo riservato	Relazione conclusiva entro 31/01	si	entro 30/11	entro 30/11	entro 30/11	Struttura legale e contenutistica	Resp. Azienda, Trasparenza Resp. Aziendale Formazione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
3	Leggità L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	Relazione annuale del piano di prevenzione	Adozione della relazione con le modalità e nei termini previsti	no	entro 15/10	entro 31/1	entro 31/1	Struttura legale e contenutistica	Resp. Azienda, Trasparenza Resp. Aziendale Formazione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
4	Leggità L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	Relazione trimestrale al responsabile legale su stato attuazione del piano triennale sulla trasparenza e legalità	Adozione e/o immodulazione del Piano con le modalità e nei termini previsti	no	entro 15/10	entro 31/1	entro 31/1	Struttura legale e contenutistica	Resp. Azienda, Trasparenza Resp. Aziendale Formazione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
5	Leggità L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	Redazione Piano della Prevenzione	Adozione e/o immodulazione del Piano con le modalità e nei termini previsti	no	entro 13/09	trimestrale	trimestrale	Struttura AA GG	Tutte le Strutture APT	Direzione Amministrativa
6	Leggità L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	Redazione Piano della Prevenzione	Adozione e/o immodulazione del Piano con le modalità e nei termini previsti	si	entro 31/10	entro 29/2	entro 29/2	Struttura Tecnica, Struttura Legale e Contenutistica	Tutte le Strutture	Direzione Amministrativa
7	Trasparenza L. 190/12 Direttive regionali D.Lgs. 136/03 D.Lgs. 136/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e tempi previsti dalle fonti di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Aggiornamento tempestivo delle informazioni	Verifica continua dell'avvenuto aggiornamento ed evidenza, nella relazione finale, delle eventuali incongruenze	no	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Resp. Azienda, Trasparenza	Struttura Legale e contenutistica e strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
8	Trasparenza L. 190/12 Direttive regionali D.Lgs. 136/03 D.Lgs. 136/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e tempi previsti dalle fonti di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Verifica e controllo del rispetto delle regole sulla privacy	Verifica, a campione, della corretta applicazione delle regole privacy ed evidenziazione, con apposita relazione, delle eventuali incongruenze, con i necessari provvedimenti migliorativi.	no	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Affari Generali	Controllo di Gestione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
9	Trasparenza L. 190/12 Direttive regionali D.Lgs. 136/03 D.Lgs. 136/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e tempi previsti dalle fonti di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Redazione Bilancio Sociale	Confezione, tra tutte le strutture impegnate, della area di trattazione e dell'input del Bilancio Sociale	si	entro 30/10	entro 20/05	entro 20/05	Affari Generali	Controllo di Gestione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
10	Ciclo della Performance D.L. 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Redazione Piano della Performance triennale e strumenti successivi	La stesura del Documento dovrà garantire la congruenza dello stesso sia con le fonti di riferimento (norme di settore e direttive e obiettivi posti dalla Regione) che con gli obiettivi di miglioramento in relazione alle risorse esistenti.	si	entro 30/6	entro 31/01	entro 31/01	Controllo di Gestione	SA Direzione Sanitaria Strutture di staff	Direzione Amministrativa
11	Ciclo della Performance D.L. 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Controlli intermedi, stato di attuazione Piano della Performance	Il processo di attuazione richiede continui controlli di cui lo stato di avanzamento, al fine di verificare la presenza di fattori critici al perseguimento degli obiettivi e con finalità di miglioramento in merito ai procedimenti, ai quali, in ogni momento, verrà un ulteriore impegno circa il conseguimento degli obiettivi.	si	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	Controllo di Gestione	SA Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa
12	Ciclo della Performance D.L. 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Relazione finale attuazione Piano	Il Documento dovrà evidenziare, con dati numerici chiari e corredati da grafici, il risultato conseguito rispetto agli obiettivi predefiniti.	si	entro 15/03	entro 15/03	entro 15/03	Controllo di Gestione	SA Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa
13	Ciclo della Performance D.L. 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Schede di budget	La fase di concertazione dovrà basarsi su una chiara evidenziazione dei dati riferiti ad almeno 3 annualità precedenti ed indicare i miglioramenti ritenuti possibili.	no	entro 31/1	entro 29/2	entro 29/2	Controllo di Gestione	SA Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa
14	Ciclo della Performance D.L. 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Monitoraggio andamento spesa per c.d.c.	Con l'utilizzo del nuovo sistema gestionale dal 1 gennaio 2016 ogni struttura coinvolta nella programmazione di processi di sviluppo, dovrà verificare periodicamente lo stato di avanzamento dello stesso e sottoporlo alla Direzione Amministrativa per le conseguenti modifiche di budget.	no	entro 31/10 prima verifica relativa al 1° trimestre, entro 31/10	manutenimento.	manutenimento	Controllo di Gestione	Tutte le strutture aziendali	Direzione Amministrativa
15	Organizzazione D.Lgs. 502/92 Atto di Intesa Regione Umbra DGR 279/15	Riduzione tempi di attesa	Adozione Atto Aziendale	Adozione, con una metodica comma, l'attuazione dell'intesa Regione-Umbria e adeguare l'organizzazione ai processi di sviluppo.	no	entro 31/10			Affari Generali	SA	Direzione Amministrativa

MACRO AREA 2 - Appropriately e accessibilità

AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	FINALITÀ E INDICATORI		MODALITÀ DI VERIFICA L/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILI PROGETTO	RESPONSABILITÀ ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
		OBIETTIVI	INDICATORI		2016	2017	2018	2019			
Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Direttive regionali	Reduzione tempi di attesa	n liste di attesa critiche risolte	Controlli almeno bi-settimanali. Miglioramento dei miglioramenti previsti nella colonna "tempi di attuazione"	no	80%	90%	100%	Struttura Prestazioni, onesta con le strutture interessate		Ufficio della Direzione Sanitaria

17	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Directive regionali	Reduzione tempi di attesa	Riduzione tempi di attesa	Riduzione dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Il continuo controllo tra agende di prenotazione, preventi, prestazioni effettivamente erogate e nuove intese, potrà consentire un più sollecito adempimento delle stesse rispetto alla domanda	no	no	no	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Struttura Prestazioni, d'intesa con le strutture interessate	Ufficio della Direzione Sanitaria
18	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Directive regionali	Miglioramento servizi all'utenza	Miglioramento servizi all'utenza	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Utilizzo ricambi per prescrizioni per completamento accertamenti diagnostici	no	no	no	50%	80%	100%	Struttura Prestazioni, d'intesa con le strutture interessate	Ufficio della Direzione Sanitaria
19	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Directive regionali	Miglioramento servizi all'utenza	Miglioramento servizi all'utenza	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Avvio outsourcing gestione personale e attività CUP	no	no	no	a regola regolazione outsourcing	mantenimento	mantenimento	Struttura Prestazioni	Ufficio della Direzione Sanitaria
20	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	5 interventi in 2° giornata totale interventi (struttura al fine di ridurre i ricoveri ASO anni (ind. MES C.S.2)	Valore 2016 Az. 56,11% Valore di Rif. 2015 22,69%	no	no	Valore 2015 30%	Valore 2015 44%	mantenimento	Ortopedia	Controllo di Gestione
21	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione parti cesaree (ind. MES C.7.1)	Valore 2016 Az. 23,31% Valore di Rif. 2015 21,16%	no	no	Valore 2015 30%	Valore 2015 50%	mantenimento	Osteiatria	Controllo di Gestione
22	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Autoregolazione sui risultati di attività in coerenza con il Programma nazionale ESII e i report del network (tra regioni elaborate da MES1, almeno 3 Area di PIA)	no	no	no	Relazioni trimestrali al Controllo di Gestione. l'elaborazione entro il 31/10	relazioni trimestrali al Controllo di Gestione	relazioni trimestrali al Controllo di Gestione	Statistica ed Epidemiologia	Controllo di Gestione
23	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	44 pazienti ricoverati da ES con DRG in attesa di intervento da PS, anche tramite la stipulazione di appositi protocolli con la struttura interessata	18,97%	no	no	< 17%	< 13%	< 10%	PS	Controllo di Gestione
24	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % dimessi con DRG in attesa di ammissione nei reparti chirurgici	59,50%	no	no	65%	35%	28%	tutte le strutture chirurgiche	Controllo di Gestione
25	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % dimessi in PU con DRG in attesa di intervento chirurgico	Valore 2016 Az. 76,34% Valore di Rif. 2015 79,47%	no	no	Valore 2015 30%	Valore 2015 50%	mantenimento	tutte le strutture mediche	Controllo di Gestione
26	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % ricoveri brevi (0,1 a 2,3 giorni) con dimissioni premature	0 - 1,4 10,21%	no	no	0 - 1,4 <= 8%	0 - 1,4 <= 7%	0 - 1,4 <= 5%	PS	Controllo di Gestione
27	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % ricoveri brevi (0,1 a 2,3 giorni) con dimissioni premature	2 - 3,44 26,48%	no	no	2 - 3,44 22%	2 - 3,44 20%	2 - 3,44 15%	tutte le strutture mediche	Controllo di Gestione
28	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Trasferimento in setting assistenziale diversi dal ricovero ordinario per tutti i DRG inappropriati. In particolare i trasferimenti riguardano i CRIP (Unità di Terapia Intensiva) e i CRIP (Unità di Terapia Intensiva) e i CRIP (Unità di Terapia Intensiva)	n.d.	no	no	> 70%	<= 80%	<= 100%	tutte le strutture da mediche che chirurgiche	Controllo di Gestione
29	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione giornate media pre-intervento	1,45%	no	no	1,30%	1,20%	1,1	tutte le strutture chirurgiche	Controllo di Gestione
30	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Prescrizione farmaci alla dimissione	3,64%	no	no	40%	50%	60%	tutte le strutture da mediche che chirurgiche	Controllo di Gestione
31	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione DRG inappropriati	10,66%	no	no	riduzione 20% (rispetto al 2014)	riduzione 70% (rispetto al 2014)	eliminazione casistica	Farmacia	Controllo di Gestione
32	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	riduzione drg ad alto rischio inappropriata su totale drg appropriati	27,65%	no	no	<= 20%	<= 10%	eliminazione casistica	tutte le strutture da mediche che chirurgiche	Controllo di Gestione
33	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	prelievi con DRG inappropriati	no	no	no	rispetto % controlli ex D.M. 392/12/2009	miglioramento rispetto al 2016	miglioramento rispetto al 2017	Uffici della Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
34	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	Miglioramento dell'efficienza, sicurezza ed efficienza delle cure	aumento % di drg chirurgici su totale ricoveri ordinari	32%	no	no	>>38%	miglioramento rispetto al 2015	miglioramento rispetto al 2015	tutte le strutture chirurgiche	Controllo di Gestione

35	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n° 1500 del 1/12/2008 e 217/2013	garanzia operativa del registro tumori oncologici di Bari	Invio dati al centro di codifica ed elaborazione dati presso l'Istituto Oncologico di Bari	Relazione trimestrale sull'avvenuto invio redatta dagli Uffici della Direzione Sanitaria al Controllo di Gestione	no	1° Invio entro il 15 ottobre 2015 per i dati relativi al 2015	Invio trimestrale	Struttura di Statistica ed Epidemiologia	Tutte le Strutture sanitarie	Ufficio della Direzione Sanitaria
36	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n° 1409 del 217/2013	garanzia operativa del registro di malformazioni	Invio dati al centro di codifica ed elaborazione dati presso l'I.O.C. di Neonatologia e T.I.N. del Policlinico di Bari	Relazione trimestrale sull'avvenuto invio redatta dalla Struttura di Statistica ed Epidemiologia al Controllo di Gestione	si	1° Invio entro il 15 ottobre 2015 per i dati relativi al 2015	Invio trimestrale	Struttura di Statistica ed Epidemiologia	Tutte le Strutture sanitarie	Ufficio della Direzione Sanitaria
37	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n. 2184/2016	Degenera Media-Dr. micidiosi (M.E. C2-A)	Riduzione della Degenera Media	Report trimestrali		%	%	Tutte le Strutture con posti letto	Ufficio della Direzione Sanitaria	Controllo di Gestione
38	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n. 2184/2016	Degenera Media-Dr. chirurgici (M.E. C2-C)	Riduzione della Degenera Media	Report trimestrali		%	%	Tutte le Strutture con posti letto	Ufficio della Direzione Sanitaria	Controllo di Gestione
39	Appropriatezza chirurgica	DOE n. 2184/2016	% ricoveri in day surgery (ind. M.E. C4-7)	Aumento della casistica	Report trimestrali		valore 2015 -20%	valore 2015 -40%	Tutte le strutture chirurgiche	Ufficio della Direzione Sanitaria	Controllo di Gestione
40	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n. 2184/2016	DOE di abbattimento di inappropriatezza M.E. C13) % di ricoveri in day surgery per ricoveri in day surgery appropriati, compresi quelli da P.S.	Abbattimento casistica	Report trimestrali		%	%	Tutte le Strutture con posti letto	Ufficio della Direzione Sanitaria	Controllo di Gestione
41	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n. 2184/2016	% Ricoveri medicali oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni (ind. M.E. C14-4)	Abbattimento casistica	Report trimestrali		valore 2015 -20%	valore 2015 -30%	Tutte le Strutture con posti letto	Ufficio della Direzione Sanitaria	Controllo di Gestione
42	Appropriatezza clinica e organizzativa Emergenza-Urgenza	DOE n. 2184/2016	Abbattimenti da Pronto Soccorso (ind. M.E. C14-4)	Abbattimento casistica	Report trimestrali		valore 2015 -30%	valore 2015 -50%	Struttura Pronto Soccorso	Struttura Pronto Soccorso	Struttura Pronto Soccorso
43	Appropriatezza clinica e organizzativa Emergenza-Urgenza	DOE n. 2184/2016	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso (ind. M.E. C16-11)	Riduzione intervallo	Report trimestrali		valore 2015 -20%	valore 2015 -30%	Centrale Operativa 118	Centrale Operativa 118	Centrale Operativa 118
44	Appropriatezza clinica e organizzativa Emergenza-Urgenza	DOE n. 2184/2016	% Accessi in P.S. con codice giallo vitalità oltre 30 min. (ind. M.E. C16-1)	Incremento	Report trimestrali		valore 2015 -15%	valore 2015 -20%	Struttura Pronto Soccorso	Struttura Pronto Soccorso	Struttura Pronto Soccorso
45	Appropriatezza clinica e organizzativa Emergenza-Urgenza	DOE n. 2184/2016	% Ricoveri da P.S. in reparti chirurgici con DRG chirurgico alle dimissioni (ind. M.E. C16-7)	Incremento	Report trimestrali		valore 2015 -30%	valore 2015 +40%	Struttura Pronto Soccorso	Struttura Pronto Soccorso	Struttura Pronto Soccorso
46	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOE n. 2184/2016	% di attrazione extra regionale per DRG ad alta complessità (ind. M.E. C16-2.2)	Incremento	Report trimestrali		valore 2015 -20%	valore 2015 +50%	Tutte le Strutture con posti letto	Tutte le Strutture con posti letto	Controllo di Gestione
47	Completezza della casistica	DOE n. 2184/2016	Indice di case mix (ind. M.E. C15)	Incremento	Report trimestrali		valore 2015 -20%	valore 2015 +40%	Tutte le Strutture con posti letto	Tutte le Strutture con posti letto	Controllo di Gestione
48	Miglioramento qualità percepita	DOE n. 2184/2016	% dimissioni volontarie	decremento	Report trimestrali		valore 2015 -30%	valore 2015 -50%	Tutte le Strutture con posti letto	Tutte le Strutture con posti letto	Controllo di Gestione

MACRO AREA 3 - Risk management

AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	FINALITÀ E INDICATORI	INDICATORI	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILITÀ	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
				2016	2017	2018	2019			
Formazione		Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	Realizzazione e attuazione piano di formazione	no	entro 30/9	entro 30/6	entro 30/6	Medicina Legale	Resp. Aziendale / formazione	Direzione Amministrativa o struttura all'uso delegata
Procedure		Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Redazione regolamento	no	entro 31/10	report trimestrale dal 30/6 in poi	report trimestrale dal 30/6 in poi	Affari Generali	Struttura Legale e contenz. Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa o struttura all'uso delegata
Procedure		Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Verifica attuazione regolamento	no	report trimestrale dal 30/6	report trimestrale dal 30/6	report trimestrale dal 30/6	Presidente organismo interno gestione sinistri	Medicina Legale Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa o struttura all'uso delegata
Procedure		Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Definizione di procedura operativa di verifica della cartella clinica e gestione delle non conformità	no	entro 30/09	Relazione al 30/6	Relazione al 30/6	Ufficio della Direzione Sanitaria	Medicina Legale	Direzione Amministrativa o struttura all'uso delegata
Procedure		Analisi dei miglioramenti	n. soccombenti/numero contestazioni	no	Relazione al 30/10	Relazione al 30/6	Relazione al 30/6	Struttura legale e contenz.		Direzione Amministrativa o struttura all'uso delegata
Procedure		Analisi dei miglioramenti	Corretta compilazione 500/riduzione 500 non validate	si	riduzione 500 non validate rispetto a 2015	eliminazione casistica	eliminazione casistica	Ufficio della Direzione Sanitaria		Direzione Sanitaria o struttura all'uso delegata
Procedure	Regolamenti aziendali	Piena attuazione i regolamenti CO.VA.S.I.	Produzione nei termini previsti degli atti correlati ai contenuti trattati dagli atti CO.VA.S.I.	no	no	prima relazione 31/10	relazione trimestrali	Medicina Legale		Ufficio Direzione Sanitaria

MACRO AREA 4 - Servizi

AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	FINALITA' E INDICATORI		MODALITA' DI VERIFICA I/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILI PROGETTO	ALTRI AREE AZIENDALI CONINVOLTE	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
		OBIETTIVI	INDICATORI		2016	2017	2018	2019			
56	Incremento offerta Direttive aziendali Direttive regionali e aziendali	Incremento e/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni	Stabilità pratica e trattamento completo anche ad un continuo monitoraggio della qualità di erogazione per esami. L'obiettivo deve essere migliorato anche ad eventuale deperimento del volume di attività per esterni.	no	entro i tempi previsti negli obiettivi del Direttore di Dipartimento	entro i tempi previsti negli obiettivi del Direttore di Dipartimento	manutenimento	Radiologie	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	Direzione Sanitaria
57	Incremento offerta Direttive aziendali	Incremento e/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Miglioramento rapporto produzione/personale	Verifica della possibilità di incrementare le prestazioni sulla base di parametri standard che, in caso di mancato raggiungimento, individuino adeguati rapporti tra personale e produzione di una griglia di verifica e relazione finale basata su tempi costruttivi ad hoc	no	Produzione griglia di verifica al 31/10 e eventuale adeguamento parametri stabiliti	adeguamento produzione ai parametri stabiliti	adeguamento produzione ai parametri stabiliti	Radiologie	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	Direzione Sanitaria
58	Incremento offerta Direttive aziendali	Incremento e/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Protocolli con altre strutture	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste diagnostiche per interni	no	entro 31/10/16 (almeno 2 protocolli)	manutenimento	manutenimento	Radiologie e Laboratori	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	Direzione Sanitaria
59	Incremento offerta Direttive aziendali	Incremento e/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Analisi inappropriatezze	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica per interni	no	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Radiologie e Laboratori	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	Direzione Sanitaria
60	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Aggravamenti FTOA	Migliorare il rapporto tra efficacia e costo del farmaco	si	entro 31/12/16	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	Direzione Sanitaria
61	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Riduzione spesa farmaci	Riduzione spesa farmaci del 2% rispetto anno precedente	no	entro 31/12/16	entro 31/12/17	entro 31/12/18	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	Direzione Sanitaria
62	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Riduzione spesa per dispositivi medici	Riduzione del 2% rispetto anno precedente	no	entro 31/12/16	entro 31/12/17	entro 31/12/18	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie utilizzatrici di dispositivi	Direzione Sanitaria
63	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Verifica rimanenze magazzini	Verifica congruenza tra dato effettivo e dato contabile	no	Verifica randomizzata per i reparti a più alto assorbimento risorse	Verifica randomizzata per i reparti a più alto assorbimento risorse	Verifica randomizzata per i reparti a più alto assorbimento risorse	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie	Direzione Sanitaria
64	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Miglioramento del rapporto peso DRG e costo farmaci	Analisi continua dei costi afferenti alle varie strutture ed incontri con i responsabili della stessa al verificarsi di evidenti scostamenti	no	Verifiche e relazioni trimestrali	Verifiche e relazioni trimestrali	Verifiche e relazioni trimestrali	Farmacia Controllo di Gestione	Tutti le Strutture con posti letto	Direzione Sanitaria
65	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	rapporto prestazioni di farmaci alle dimissioni/ha	La farmacia dovrà fornire i dati numero dei pazienti dimessi che transiano nella Farmacia Ospedaliera per il ritiro dei farmaci prescritti alle dimissioni	si	Relazione mensile	Relazione mensile	Relazione mensile	Farmacia Controllo di Gestione	Tutti le Strutture sanitarie	Direzione Sanitaria
66	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	diminuzione farmaci scaduti in giacenza	La Farmacia dovrà fornire i dati trimestralmente al Controllo di Gestione	no	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	Farmacia	Tutti le Strutture sanitarie	Direzione Sanitaria
67	Miglioramento del rapporto costi/efficacia Direttive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Attuazione delle linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva	La Farmacia dovrà predisporre relazioni trimestrali evidenziando l'andamento della spesa e le iniziative intrinseche per migliorare la specifica performance. Predispone di eventuali specifici protocolli temporanei d'intesa con i Direttori di Dipartimento assistenziali e con la D.S.	no	1° relazione entro il 31/10	miglioramento	miglioramento	Farmacia d'intesa con D.S.	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	Direzione Sanitaria

MACRO AREA 5 - Strutture tecnico-amministrative

AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	FINALITA' E INDICATORI		MODALITA' DI VERIFICA I/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILI PROGETTO	ALTRI AREE AZIENDALI CONINVOLTE	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
		OBIETTIVI	INDICATORI		2016	2017	2018	2019			
68	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC CC HN L Fondi normative	Attuazione organizzazione conseguente Art.9 Autodiret.	Conferimento incarichi	Definizione d'intesa con la Direzione Sanitaria e Amministrativa, della natura e degli obiettivi relativi agli incarichi dirigenziali fissandone la nuova organizzazione aziendale. Formattazione degli obiettivi specifici per ciascun incarico da individuare in coerenza con il Piano pluriennale della Performance e gli eventuali accordi di budget. Stipula dei conseguenti contratti.	no	stipula contratti entro 30/9			Politiche del Personale	Direzione Amministrativa	
69	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC CC HN L Fondi normative	Attuazione organizzazione conseguente Art.9 Autodiret.	Definizione e verifiche dei fondi aziendali	Corretta individuazione dell'impiegato dei fondi, da partecipare per la individuazione della ripartizione di gestione connessa ai conferimenti incarichi, e del loro utilizzo	si	Relazione al 31/12	Relazione al 31/12	Relazione al 31/12	Politiche del Personale	Direzione Amministrativa	
70	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC CC HN L Fondi normative	razionalizzazione risorse umane	Devoluzione organica	Produzione della nuova dotazione organica e svuotamento delle procedure assuntionali conseguenti	si	entro 31/10 (eventuale rinviata)	entro 31/10 (eventuale rinviata)	entro 31/10 (eventuale rinviata)	Politiche del Personale	Direzione Amministrativa	
71	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC CC HN L Fondi normative	razionalizzazione risorse umane	Verifica fabbisogno assistenziali	Verifica, in base ai parametri e riferimenti prefissati, delle necessità di personale informativo e di supporto e conseguente riallocazione del personale	no	entro 30/9	Manutenimento	Manutenimento	505	Coordinatori delle varie strutture	
72	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC CC HN L Fondi normative	razionalizzazione risorse umane	Allineamento dati	Allineamento codifiche e d.r. con il Controllo di Gestione. Modifiche operative relative alle acquisizioni dei dati relativi al costo del personale per consentire la rilevazione automatica degli stessi, con codifiche univoche, alla Struttura Controllo Gestione e quella Economia Finanziaria.	no	in linea con tempo di avvio del nuovo sistema gestionale	Manutenimento	Manutenimento	Politiche del Personale	Controllo di Gestione ed Economia Finanziaria	
73	Contabilità Direttive aziendali	Fruibilità dei dati	Implementazione della gestione informatica	Attivazione di un sistema informativo di gestione dei dati relativi alle controviste	no	entro 30/9	Manutenimento	Manutenimento	Ufficio legale	Direzione Amministrativa	
74	Contenitore Direttive aziendali	Verificata età di bilancio	Implementazione della gestione informatica	Sintetica relazione, per ciascun contenzioso non trattato dal sistema interno di gestione del rischio clinico, di determinazione del relativo accantonamento	no	A regime entro 30/9	Manutenimento	Manutenimento	Controllo di Gestione Economico Finanziario	Direzione Amministrativa	
75	Contabilità Fondi normative	Attuazione organizzazione conseguente Art.9 Piano dei dipartimenti	Riduzione tempi di pagamento	Definizione del piano dei centri di costo e di responsabilità	si	metà a regime entro il 31/10	Manutenimento	Manutenimento	Controllo di Gestione Economico Finanziario	Controllo di Gestione	
76	Contabilità Fondi normative	implementazione sistema informativo per monitoraggio dei volumi prestazionali e dei tempi di erogazione	Implementazione sistema informativo per monitoraggio dei volumi prestazionali e dei tempi di erogazione	Disponibilità dei dati per l'ingloba e d.c. di acquisire informativamente da parte del Controllo di Gestione	no	metà a regime entro il 31/10	Manutenimento	Manutenimento	Economia Finanziaria e CUP	Controllo di Gestione	
77	Contabilità Fondi normative	aggiornamento regolamento ALP e attuazione Ordine di Circolo ADP	Approvazione atto	adempimento	si	entro il 31/10	Manutenimento	Manutenimento	CUP	Note le strutture che, per competenza, liquidano fatture	
78	Contabilità Fondi normative	Attuazione organizzazione conseguente Art.9 Piano dei dipartimenti	Riduzione tempi di pagamento	Utilizzo nuovo sistema gestionale. Pagamento ai fornitori entro i termini di legge	no	entro il 31/10	Manutenimento	Manutenimento	Economia Finanziaria	Direzione Amministrativa	
79	Acquisizione beni e servizi Direttive aziendali	Miglioramento programmazione	Piano degli investimenti	Dall'anno 2016, anche a seguito dell'attuazione della fase di concertazione di budget	no	secondo i dati rilevati dalla contrattazione di budget	con il bilancio di previsione, stante la messa a regime del nuovo sistema informativo	con il bilancio di previsione, stante la messa a regime del nuovo sistema informativo	Provveditorato, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa	Controllo di Gestione	

80	Acquisizione beni e servizi	D. Lgs. 163/06 Direttive aziendali	pieno utilizzo programma gestionale amministrativo - contabile per la gestione e il monitoraggio della spesa per beni e servizi	Scarsità procedure informatizzate in termini di auto autorizzazio. liquidazione informatica delle fatture	Utilizzo a regime del sistema gestionale informatizzato. Controllo dinamico del budget assegnati e pieno rispetto delle fasi autorizzative della spesa	no	start up dal 1° gennaio A regime entro il 31/10	mantenimento	mantenimento	Prove Obiettivo, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa.	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
81	Acquisizione beni e servizi	D. Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Riduzione costi di acquisizione	Acquisizioni tramite piattaforma elettronica e centrali committenza	Utilizzo pieno dei sistemi di acquisizione, se non per motivate impossibilità	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Prove Obiettivo, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa.	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
82	Acquisizione beni e servizi	D. Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Sicurezza	Acquisizione sistema U.M.A. Ca	In service. Definizione procedure	no	entro 31/12			Prove Obiettivo, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa.	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
83	Acquisizione beni e servizi	D. Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Miglioramenti nelle attività chirurgiche	Allestimento Sale Operatorie	Avvio procedura e conclusione entro il 31/06	no	entro 31/10 (eventuale rielaborazione)			Prove Obiettivo, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa.	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
84	Acquisizione beni e servizi	D. Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Efficienza azione amministrativa	Tenuta scienziario Interventi di efficientamento energetico	Ausenza, se non in casi adeguatamente motivati, di proroghe contrattuali diverse da quelle tecniche	si	verifica con relazione trimestrale alla Direzione	verifica con relazione trimestrale alla Direzione	verifica con relazione trimestrale alla Direzione	Prove Obiettivo, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa.	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
85			Riduzione costi	Interventi di efficientamento energetico	Proporre complessiva di efficientamento energetico	no	entro il 31/10	attuazione piano	attuazione piano	Gestione Tecnica		
86			miglioramento allocazione struttura	Spostamento strutture	Definizione, d'intesa con la Direzione Sanitaria, di un cronoprogramma per lo spostamento di strutture sanitarie	no	entro 30/10	attuazione piano	attuazione piano	Gestione Tecnica	Direzione Sanitaria	



## CRITERI E METODOLOGIA DI VALUTAZIONE

I SEGUENTI CRITERI SARANNO ESPOSTI ED EVENTUALMENTE MEGLIO DEFINITI IN SEDE DI CONCERTAZIONE DI BUDGET TRA DIREZIONE STRATEGICA E DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DI CIASCUNA STRUTTURA

Tipologia di obiettivo	percentuale su Valore/punteggio assegnato	
Nei casi in cui l'adempimento consista in un atto da compiersi (ad es., produzione di una relazione; convocazioni da effettuarsi, etc.)	SI	100%
	NO	0%
Nei casi in cui l'obiettivo da raggiungersi possa essere oggetto di graduazione (ad es. avanzamento di indici di performance, in cui generalmente è indicato il miglioramento atteso rispetto a quello conseguito nella precedente annualità)	totalmente raggiunto	100%
	mediamente raggiunto (superiore al minimo ed inferiore all'obiettivo fissato)	in misura percentuale rispetto al grado di obiettivo raggiunto
	inferiore	0%

<p align="center"><b>PREMIALITA' PER OBIETTIVI PARTICOLARMENTE SIGNIFICATIVI</b> (ad es.: raggiungimento di obiettivi ben superiori a quelli concertati; attribuzione di punteggi anche per obiettivi non precedentemente concertati ma che assumano particolare rilevanza )</p>	<p><b>INTEGRAZIONE PUNTEGGIO</b> fino al 50% del valore inizialmente attribuito ad un obiettivo prestabilito</p> <p><b>ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO</b> per obiettivi non prestabiliti, in misura discrezionalmente individuata tenuto conto della rilevanza del risultato comunque conseguito</p>
--	--

<p align="center"><b>ULTERIORI INDICAZIONI E CRITERI VALUTATIVI</b></p> <p>Si riterranno comunque raggiunti, totalmente o parzialmente, quegli obiettivi, generali ed operativi, assegnati in sede di contrattazione di budget, che hanno subito una registrazione di mancato o parziale allineamento al risultato atteso, per cause non direttamente imputabili, o solo parzialmente imputabili, al Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura (ad es. mancata assegnazione e/o disponibilità della risorsa direttamente connessa al raggiungimento dell'obiettivo; attribuzione parziale delle risorse necessarie; altre ragioni, debitamente evidenziate e che siano ritenute ostative al perseguimento e raggiungimento totale o parziale dell'obiettivo).</p>
--