



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1640 del 17/10/2017

n. 64 del 31 GEN 2020

OGGETTO:

APPROVAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

Struttura proponente	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
Documenti integranti il provvedimento:	
Descrizione Allegato	n. pag. 43
Piano Triennale delle Performance 2020-2022	
<input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di immediata esecutività	

Spese previste	
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	
Dirigente	

Destinatari dell'atto per conoscenza

<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Controllo di Gestione	<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Economico-Finanziaria
<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Affari Generali e Tutela della Privacy	<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Politiche del Personale
<input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare) Direttori Dipartimenti, Direttori e dirigenti strutture aziendali mediante pubblicazione su sito aziendale settore "Trasparenza\Performance"	

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. 70 del 30/01/2019 questa Azienda adottava, 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 2019-2021;
- 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 2020–2022;
- il Piano che si approva prevede, attualizzandoli al triennio di riferimento, le azioni e gli obiettivi strategici e specifici validi per il 2020–2022, con l'indicazione dello step da raggiungere nel 2020;
- come per il precedente Piano, anche la presente rimodulazione prevede l'individuazione delle seguenti macroaree: Capacità di Governo della Domanda sanitaria, Appropriatezza e qualità, Assistenza farmaceutica, Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa, Sanità digitale, Legalità Trasparenza e Risk Management, Responsabilizzazione e Clima Aziendale, che per specifici settori di attività, prevedono obiettivi, crono programmi di attuazione e per i quali saranno adottati criteri di misurazione della performance;
- l'adottando Piano contiene nella parte descrittiva anche il format della scheda di budget che sarà utilizzato nel processo di budgeting per l'anno 2020;
- l'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 571 del 31/7/2018 si è munita di un nuovo assetto organizzativo dipartimentale, modificando ed integrando i contenuti della deliberazione n. 341 del 18/12/2015 per l'allineamento alle disposizioni regionali miranti alla riduzione ed alla razionalizzazione dei servizi ed al vigente Protocollo d'Intesa Regione Puglia- Università degli Studi di Bari e l'Università degli Studi di Foggia stabilendo così il nuovo piano dei Dipartimenti aziendali, con la specifica delle strutture aggregate per le quali sarà attivata la procedura di monitoraggio e verifica di risultati di attività utile e necessaria per la successiva valutazione delle attività e del personale tutto;
- si conferma il miglioramento organizzativo ottenuto sia con l'utilizzo del nuovo sistema gestionale informatizzato che, unitamente alla gestione dei magazzini di reparto garantisce la gestione informatizzata di tutto il processo di rilevazione dell'andamento dei costi e dei ricavi e della correlata gestione informatizzata della liquidazione e pagamento delle fatture sia con la informatizzazione del budget economico che consente il monitoraggio costante della spesa;
- le azioni e gli obiettivi previsti nel documento che si approva con il presente atto saranno ulteriormente declinati in sede di discussione ed assegnazione di budget da concordare con i vari livelli apicali di responsabilità delle Strutture sulla base delle linee guida al processo di budgeting 2020, illustrate dalla direzione strategica a tutti i Direttori dei Dipartimenti ed ai Direttori e Dirigenti responsabili delle strutture afferenti nelle giornate del 21 e 22 gennaio;
- l'approvazione del Piano Triennale della Performance, allegato al presente provvedimento, costituisce concreto avvio del processo di budget per l'anno 2020;

Ritenuto:

- di dover procedere con la formale approvazione del Piano delle performance 2020-2022, in uno con lo step di specifica competenza del 2020;
- di dover partecipare l'avvenuta pubblicazione del predetto documento sul sito aziendale, sezione "Trasparenza - Performance", a tutti i direttori e dirigenti aziendali delle strutture.

Visto:

- l'art. 15 comma 2 lett.b) del D.L.vo n° 150/2009 così come modificato dal D. Lgs 74/2017 e s.m.i,
- la Linea Guida del DIPARTIMENTO del FUNZIONE PUBBLICA n. 1/2017 "Linee guida per il Piano della Performance";



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 2020 – 2022 che, allegato al presente atto ne costituisce parte integrante;
- 2) Di disporre che lo stesso documento sia pubblicato nell'apposita sezione "Trasparenza - Performance" 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 2020;
- 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 della Performance Organizzativa ed Individuale.

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

Programmazione e Controllo di Gestione
Il Dirigente proponente
dott.ssa M. Loreta Notarangelo

Programmazione e Controllo di Gestione
Il Direttore f.f.
dott. Michele Abbaticchio

Il Direttore Sanitario
dott. Franco Angelo Mezzadri

Il Direttore Amministrativo
dott. Michele Ametta

Il Direttore Generale
dott. Vitangelo Dattoli



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero - Universitaria
F O G G I A

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.

5 FEB 2020

Foggia, _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

Vincenzo Sabatino

Piano della Performance 2020-2022

*ai sensi art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150,
come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017*



(approvato con deliberazione n. ____ del 31 gennaio 2020)

Indice

<i>Presentazione del Piano</i>	3
1. La presentazione dell'amministrazione	5
1.1 <i>La mission</i>	5
1.2 <i>La vision e i valori</i>	6
1.3 <i>Le attività</i>	7
1.4 <i>L'organizzazione</i>	11
1.5 <i>Le risorse umane</i>	16
1.6 <i>Le risorse economiche</i>	18
2. La pianificazione triennale	20
2.1 <i>Quadro di riferimento</i>	20
2.2 <i>Gli obiettivi dell'amministrazione</i>	24
3. La programmazione annuale	27
4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale	28
5. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance	29
5.1 <i>Coerenza tra il Piano Performance ed il Piano per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza e integrità</i>	30
5.1 <i>Coerenza tra il Piano Performance ed la programmazione di bilancio</i>	30
6. Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori per l'anno 2020	31
6.1 <i>Appropriatezza, Efficienza, Efficacia, Qualità clinica e di processo</i>	32
6.2 <i>Miglioramento dei Tempi di Attesa</i>	33
6.3 <i>Appropriatezza del consumo di farmaci e dispositivi medici</i>	33
6.4 <i>Corretta registrazione dell'attività</i>	34
Allegato 1 – Piano degli obiettivi	36
Allegato 2 – Scheda di Budget	40

Presentazione del Piano

Il **Piano della Performance** è lo strumento che dà avvio al **Ciclo di gestione** della performance così come previsto dal Titolo II del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

La **performance** è intesa come il contributo che un'azienda fornisce, attraverso le azioni poste in essere, al raggiungimento delle proprie finalità e degli obiettivi prefissati ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è stata costituita.

La valutazione della performance ha assunto rilevanza giuridica con il Decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, "attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", con il quale è stato introdotto un sistema nuovo ed alternativo per misurare la produttività del settore pubblico, con l'intento di avviare un percorso di miglioramento ed incentivare l'efficienza e la produttività complessiva del sistema.

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie strutture organizzative dell'Azienda.

Trattasi, inoltre, di uno strumento di "trasparenza" dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso. La performance costituisce il profilo "dinamico" della trasparenza.

Richiamando le finalità del Piano della performance, esso ha lo scopo di assicurare la **qualità**, la **comprensibilità** e **l'attendibilità** della rappresentazione della performance. Nello specifico esso deve esplicitare il processo di formulazione e verifica degli obiettivi aziendali ed il legame che sussiste tra missione istituzionale, obiettivi strategici e operativi.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, per il triennio, con indicazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è **modificabile** con cadenza annuale in relazione a:

- ✓ modifiche del contesto interno e dello scenario esterno di riferimento;
- ✓ obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- ✓ modifica della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento dell'Azienda.

La funzione di governo di un'Azienda si identifica nell'attività diretta a garantire la coerenza e l'equilibrio tra i risultati raggiunti e le risorse utilizzate, in modo che l'utilità prodotta sia sempre superiore al sacrificio sostenuto dalla società, per il consumo delle risorse.

Governare un'azienda significa incidere sulla quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'azienda opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento. Le aziende del servizio sanitario, per loro natura, sono assimilate a sistemi ultra-complessi, stante l'impossibilità di ricostruire tutti gli elementi o tutte le relazioni che sottendono al loro funzionamento. I fattori di complessità sono sostanzialmente riconducibili all'interdipendenza dei processi, che implica un forte bisogno di integrazione e coordinamento in funzione della pluralità dei bisogni da soddisfare in una visione unitaria, nonché alla diversità dei prodotti e dei servizi da gestire, oltre che all'elevata professionalità delle risorse umane coinvolte nel processo di produzione / erogazione.

Il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria OO.RR. di Foggia presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'Azienda alla luce delle sue specificità istituzionali. Il

Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell’Azienda, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell’Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting. Rappresenta uno degli strumenti per migliorare la propria efficienza nell’utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell’azione verso l’esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione. Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate trova espressione a cadenza annuale nel budget.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 e secondo le prescrizioni e gli indirizzi forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica con le linee guida da questo emanate¹.

Le indicazioni operative date dall’Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano, infine, la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per l’attuazione del [Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l’integrità](#). In coerenza con quanto disposto, il piano della performance tiene conto di tali indicazioni; pertanto, le misure previste da questo documento programmatico, costituiscono parti integranti del Piano della performance e, soprattutto, degli obiettivi strategici aziendali.

Come nella programmazione precedente, è 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 della relazione del Direttore Generale allegato al Bilancio preventivo economico 2020 ed ai relativi piani operativi.

Al presente piano è allegato l’elenco generale di tutti gli obiettivi previsti dalla Direzione aziendale da cui saranno declinati gli obiettivi operativi da attribuire alle singole strutture, coerentemente con le singole specificità e con le tipologie di prestazioni erogate da ciascuna.

Il Format di tale scheda di “Budget” è allegato al presente documento (All. 2).

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

Si conferma il duplice livello di misurazione e rendicontazione delle [performance organizzative](#) previste nel Piano 2018 – 2020 ovvero:

- 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).

Ai sensi delle linee guida per il Piano della performance emanate dal Dipartimento della funzione pubblica nel giugno 2017, esso si articola in quattro sezioni: la presentazione dell’amministrazione; la pianificazione triennale; la programmazione annuale; il percorso dalla performance organizzativa alla performance individuale.

¹ In particolare, si fa riferimento alla [Linea Guida n. 1/2017 “Linee guida per il Piano della Performance”](#).

1. La presentazione dell'amministrazione

1.1 La Mission

Gli Ospedali Riuniti di Foggia nascono nel 1997 come Azienda Ospedaliera dalla fusione di tre stabilimenti il "Colonnello D'Avanzo", la "Maternità" e gli "OO.RR"; successivamente, nel 2003, in attuazione dell'art. 1 del D. Lvo n. 517/99, la stessa è stata identificata quale Azienda Ospedaliero – Universitaria, status giuridico che si è definito con il decorso del quadriennio di sperimentazione.

L'Azienda, con sede legale in Foggia al viale Luigi Pinto, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; il suo patrimonio è composto da tutti i beni mobili ed immobili ad essa trasferiti dalla Regione Puglia con l'atto di costituzione.

Nel corso del 2019, con delibera di Giunta Regionale, è stato annesso l'ospedale "Lastaria" sito nella vicina città di Lucera, già appartenente alla ASL territoriale della provincia di Foggia e, pertanto, a partire dal 1 gennaio 2020 l'attività è svolta in tre stabilimenti ospedalieri.

Recentissimamente, con Deliberazione del D.G. n. 45 del 28 gennaio u.s. si è proposto alla Giunta regionale la modifica del logo aziendale e dell'intestazione da Ospedali Riuniti di Foggia in Policlinico Riuniti - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia. Nel prosieguo del documento, verranno utilizzati indifferentemente, le denominazioni AOU OO.RR. e Policlinico Riuniti.

Essendo un'Azienda integrata con l'Università degli Studi di Foggia, l'AOU interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo foggiano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

La **missione** del Policlinico Riuniti è rispondere alla domanda di salute (fisica e psichica), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto.

Esso si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero (urgente e programmato, ordinario e in day hospital), per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza nonché per altre prestazioni sanitarie non tariffate concordate con la Regione Puglia. In particolare, persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento di un ampio territorio provinciale, regionale ed extraregionale. Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche), costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Puglia nonché del Sistema Universitario. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

Il Piano di riordino ospedaliero regionale, così come approvato con la DGR n. 239 del 28 febbraio 2017, ha classificato l'Azienda come **Ospedale di II livello**, dotato, quindi, di un Dipartimento di Emergenza di secondo livello e in grado di erogare assistenza in fase acuta nelle discipline di particolare complessità assistenziale e che necessitano di una multidisciplinarietà².

² 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 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.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria rimane inoltre Presidio di riferimento per il Comune di Foggia anche per le specialità di bassa e media complessità su cui si formano gli specialisti della Facoltà di Medicina e Chirurgia della città.

1.2 *La vision e i valori*

La **visione strategica** dell'Azienda è improntata alla ricerca del miglioramento continuo della propria offerta di salute e al rispetto dei bisogni delle persone e si basa su azioni orientate alla riorganizzazione delle strutture e delle risorse disponibili in modo da garantire l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, in condizioni di sostenibilità economica.

L'agire dell'Azienda è comunque orientato alla partecipazione ad un più ampio ventaglio di reti e relazioni che valorizzano alcune sue peculiarità quali:

- ✚ l'essere nodo strategico dell'offerta ospedaliera, promuovendo e favorendo la partecipazione a reti di patologia, funzionali anche allo sviluppo della continuità ospedale-territorio, coerentemente con i principi della programmazione Regionale;
- ✚ la capacità di integrare l'attività assistenziale con la ricerca e la didattica, favorendo e promuovendo la partecipazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti a network, nazionali e internazionali, di ricerca ed innovazione;
- ✚ l'esistenza, al suo interno, di Centri di Ricerca ed Innovazione che costituiscono le articolazioni organizzative nelle quali trovano concretezza la vocazione traslazionale della ricerca biomedica e lo sviluppo della tecnologia innovativa e prototipale;
- ✚ la capacità di percepire il cambiamento e, conseguentemente, attivare le più opportune strategie e sinergie pubbliche e private per trasformare ed innovare i processi;
- ✚ la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, ricercando la massima collaborazione e integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali;
- ✚ la capacità di porsi come polo di attrazione regionale ed extraregionale per quanto riguarda la costituzione e la gestione del trauma maggiore, avviando la costituzione di un Centro Traumi di Alta Specializzazione (Trauma Center).

Nel perseguimento della mission l'AOU OO.RR. individua i seguenti **principi costitutivi** verso cui orientare i comportamenti del personale impegnato nello svolgimento delle funzioni aziendali:

- improntare la propria attività al principio della **centralità della persona** in tutte le sue caratteristiche, fisiche, psichiche e sociali
- improntare i processi alla cultura della **prevenzione** e della **tutela della salute**;
- coinvolgere tutti gli operatori nel perseguimento degli obiettivi aziendali sulla base del principio della **responsabilità diffusa**;
- perseguire **l'efficientamento** delle **risorse** economiche per migliorare l'offerta sanitaria in termini di tempestività e qualità dei servizi resi alla popolazione assistita;
- valorizzare **l'appropriatezza** delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- utilizzare **criteri etici** nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e nella valutazione delle attività;
- perseguire l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della **dignità** della persona;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla **trasparenza**;

- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda e di consentire una adeguata *partecipazione*;
- diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- favorire l'azione del *Volontariato* e dell'*Associazione* presenti nell'Azienda costituendo questi, per la stessa, opportunità e stimolo di crescita anche dal punto di vista qualitativo, collegamento con la realtà territoriale e con l'utenza;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi finalizzati a migliorare i percorsi assistenziali, anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- *valorizzare il ruolo* di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- favorire l'attività di ricerca di base e clinica, quale fattore essenziale dello sviluppo e dell'innovazione della scienza medica e dell'innovazione;
- accrescere costantemente la qualità professionale dei propri operatori, attraverso un processo di *formazione* e di *aggiornamento* continuo;
- attribuire un ruolo, nella programmazione aziendale, al metodo del *confronto* con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato.

1.3 Le attività

L'AOU OO.RR., in quanto polo universitario, coniuga le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca, che forniscono il presupposto per la crescita della professione medica, infermieristica e delle altre professioni sanitarie, in un contesto di evoluzione costante delle competenze clinico/sanitarie e di necessità di aggiornamento continuo.

L'Azienda organizza i servizi che eroga in modo da garantire ai cittadini, compatibilmente con le risorse disponibili, la fruizione di percorsi sempre più appropriati e tempestivi, in corrispondenza con i bisogni accertati, conformando la propria organizzazione al raggiungimento di tale obiettivo primario, e cercando di assicurare a tutti coloro che ne hanno diritto, in condizioni di equità, i livelli uniformi di assistenza previsti negli atti di programmazione, nel rispetto dei fondamentali principi di imparzialità, di continuità dell'assistenza, di diritto di scelta e di partecipazione, nonché delle esigenze della didattica e della innovazione (ricerca).

L'Azienda opera all'interno della rete regionale per patologia come *HUB* e si rapporta con i presidi ospedalieri *spoke* per garantire continuità assistenziale e qualità delle cure, adottando al proprio interno la filosofia dei percorsi diagnostici terapeutici definiti sulla base della Evidence Based Medicine.

Si riporta di seguito una sintesi dei principali dati che caratterizzano l'organizzazione e le attività dell'AOU Policlinico di Foggia per descrivere la specifica realtà di cui si tratta³. Si fa presente che al momento in cui si scrive, i dati forniti relativi all'anno 2019 non sono ancora consolidati e pertanto possono essere suscettibili di variazione.

L'Azienda, nel corso dell'anno 2019 ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente (compresivi di posti tecnici – culle), in media, di n. 754 posti letto (751 nel 2018), di cui 77 dedicati ai day hospital.

³ I dati aziendali utilizzati nei report e nelle tabelle di analisi sono stati tratti dal sistema informativo regionale, EDOTTO, al 20 gennaio e, pertanto, trattasi di dati provvisori non ancora consolidati.

L'AOU OO.RR. ha erogato circa 31.560 ricoveri complessivi di cui il 90% in regime ordinario e il 10% diurno.

DATI DI RICOVERO			
		2019*	2018
Dimessi	Ordinari	28.318	29.804
	Day Hospital	3.240	5.927
	Totali	31.558	35.731
Giornate di degenza	Ordinari	192.877	201.486
N° accessi	Day Hospital	4.619	9.838

* Dati provvisori

Per un valore economico da DRG come di seguito riportato:

Valore della Produzione da attività di ricovero (DRG)		2019*	2018
	Ordinari	€ 100.616.900	€ 100.274.070
	Day Hospital	€ 3.603.003	€ 5.479.780
	Totali	€ 104.219.903	€ 105.753.850

* Dati provvisori

Per meglio comprendere la distribuzione dell'attività di ricovero per patologia e/o organo interessato, la tabella che segue evidenzia la casistica aziendale 2019 dei ricoveri (sia in regime ordinario che diurno) per categoria diagnostica (Major Diagnostic Category).

MDC	DESCRIZIONE	RICOVERI 2019*
0	MDC non definita	217
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3108
2	Malattie e disturbi dell'occhio	749
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	1197
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2523
5	Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio	3082
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2878
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1267
8	Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	2710
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	752
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	800
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2285
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	924
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	740
14	Gravidanza, parto e puerperio	3026
15	Malattie e disturbi del periodo perinatale	2399
16	Malattie e disturbi del sangue degli organi ematopoietici e del sistema immunitari	175
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	574
18	Malattie infettive e parassitarie	663
19	Malattie e disturbi mentali	599
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	16
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	183
22	Ustioni	9
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	444
24	Traumatismi multipli	85
25	Infezioni da HIV	16
PRE	Trapianto di cuore, fegato, midollo, polmone, pancreas/rene e pancreas. tracheostomia	17
	TOTALE	31.558

* Dati provvisori

L'AOU OO.RR. eroga annualmente circa 1.700.000 prestazioni ambulatoriali, al netto delle prestazioni effettuate verso i pazienti ricoverati (cd prestazioni intermedie interne), costituite prevalentemente da prestazioni ambulatoriali nella branca laboratoristica, da prestazioni ambulatoriali nella branca della diagnostica per immagini e da altre prestazioni specialistiche, che vanno dalle visite fino ai Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC).

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE (escluse prestazioni per pazienti interni)		
Quantità	2019*	2018
N° prestazioni di Laboratorio	993.522	991.001
N° prestazioni di Diagnostica per immagini	44.046	44.948
Altro	671.284	660.512
Totali	1.708.852	1.696.461

* Dati provvisori

Valore economico	2019*	2018
N° prestazioni di Laboratorio	€ 9.567.042	€ 9.448.882
N° prestazioni di Diagnostica per immagini	€ 2.641.633	€ 2.586.584
Altro	€ 28.167.493	€ 27.870.823
Totali	€ 40.376.168	€ 39.906.289

* Dati provvisori

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali per esterni una considerazione specifica meritano le prestazioni ambulatoriali complesse (PAC/PCB) che rappresentano il 35% circa dell'intera produzione ambulatoriale.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSE (PAC/PBC)		
	2019*	2018
Quantità	35.851	37.557
Importo	€ 13.952.302	€ 14.163.482

* Dati provvisori

Di seguito si riportano i principali dati ed indicatori di produzione dei servizi erogati dall'Azienda nel corso del 2019, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, raffrontati con il 2018:

	ANNO 2019	ANNO 2018
N. RICOVERI ORDINARI	28.318	29.804
N. DAY HOSPITAL	3.240	5.927
N. GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	192.877	201.486
N. ACCESSI DH	4.619	9.838
DEGENZA MEDIA	6,80	6,76
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,16	1,10

Il confronto con l'anno precedente evidenzia una lieve diminuzione dei casi trattati in regime ordinario ed un decremento del numero dei day hospital, dovuto al trasferimento dei casi trattati in tale regime in altro setting assistenziale più appropriato.

A fronte di una degenza media in linea con gli standard previsti, si riscontra anche un lieve incremento del peso medio della casistica trattata.

Risulta in diminuzione il numero delle prestazioni ambulatoriali, il cui dato consuntivo è, tuttavia, suscettibile di variazione.

L'attività di ricovero dell'AOU OO.RR., medica e chirurgica, risulta erogata con diverse modalità di ingresso (programmato vs emergenza-urgenza), come meglio di seguito dettagliato:

RICOVERI PER TIPOLOGIA DI INGRESSO	N. RICOVERI	INCIDENZA
TOTALE RICOVERI	28.318	
RICOVERO AL MOMENTO DELLA NASCITA - 1	2.426	8,57%
RICOVERI PROVENIENTI DA P.S. - 2	11.846	41,83%
RICOVERO SU PROPOSTA MEDICO - 3	1.507	5,32%
RICOVERO PROGRAMMATO - 4	7.496	26,47%
TRASFERITO DA ISTITUTO DI CURA PUBBLICO - 5	364	1,29%
TRASFERITO DA ISTITUTO DI CURA PRIVATO ACCREDITATO- 6	10	0,04%
TRAFERITO DA ALTRA ATTIVITA' O REGIME DI RICOVERO - 8	44	0,16%
DA STRUTTURE RESIDENZIALI TERRITORIALI - 10	2	0,01%
DA P.S. - 11	4.433	15,65%
PERCORSO HUB PER STEMI - 98	169	0,60%
ALTRO - 99	21	0,07%

Essendo una struttura ospedaliera sede di Dipartimento di Emergenza di secondo livello, l'Azienda qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza/urgenza. Presso la struttura di pronto soccorso si registrano circa 58.000 accessi annui di cui meno dell'1% codice bianco, 43% per codice verde, 50% codice giallo e 6,5% codice rosso.

ACCESSI al PS PER PRIORITA'		
	2019*	2018
Rosso: Emergenza	3.804	2.739
Giallo: Urgenza	28.834	19.571
Verde: Minor Urgenza	25.312	21.135
Bianco: Non urgente	245	150
Accessi totali	58.195	43.595

* Dati provvisori

Il territorio di riferimento è, prevalentemente, quello provinciale. La Provincia di Foggia è la seconda Provincia italiana per estensione, con 6.965 Km² e con una popolazione di circa 638.532 abitanti. 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 oggettivi criteri di accesso ospedaliero.

L'azienda sta lavorando costantemente per migliorare l'appropriatezza assistenziale e garantire un corretto setting organizzativo. 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.

1.3 L'organizzazione

L'analisi del contesto interno prende avvio dalla descrizione della organizzazione aziendale. Essa è fondata su criteri di multidisciplinarietà, mira al miglioramento delle competenze tecniche e scientifiche e risponde ad obiettivi assistenziali, di didattica e di ricerca. Il criterio della multidisciplinarietà si realizza attraverso:

- la configurazione dei processi in funzione della specificità del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta, con conseguente flessibilità organizzativa e delle procedure;
- l'integrazione ed interazione delle professionalità come metodo di organizzazione delle funzioni tecnico-produttive ed amministrative al fine di garantire la continua capacità di risposta ai bisogni degli utenti e la corretta soddisfazione delle esigenze individuate come prioritarie in sede di programmazione;
- l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse, mediante processi di condivisione di esse, che ne consentano la più razionale utilizzazione.

L'organizzazione basata sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata - D.A.I. - rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza⁴. Con delibera del Direttore Generale n. 571 del 31.07.2018, è stato dato il nuovo assetto organizzativo dipartimentale aziendale, modificando ed integrando i contenuti della deliberazione n. 341 del 18 dicembre 2015 per l'allineamento alle disposizioni regionali miranti alla riduzione e alla razionalizzazione dei servizi ed al recepimento del vigente protocollo d'Intesa Regione Puglia - Università dell'11 aprile 2018.

I Dipartimenti ad Attività Integrata assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività e settori scientifico-disciplinari. In particolare, la strutturazione dipartimentale di un'Azienda sanitaria favorisce il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituendo per tal guisa 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.

Dal 2018, l'Azienda si articola in 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati, n. 44 strutture complesse di area clinica di cui n. 21 a direzione ospedaliera e n. 23 a direzione universitaria, e n. 10 strutture complesse di area amministrativa e di supporto/staff alla direzione strategica. A queste si aggiungono n. 33 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica e n. 8 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area amministrativa e di supporto/staff alla direzione strategica. Tra le U.O.C. è compresa la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede.

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.

		Direzione Ospedaliera	Direzione Universitaria
Emergenza e Urgenza	Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza	H	
	Centrale Operativa 118		
	Anestesia e Rianimazione		U
	Ortopedia e Traumatologia Urg. a dir. Osp.	H	
Donna e Bambino	Ostetricia e Ginecologia a dir. Osp.	H	
	Ostetricia e Ginecologia a dir. Univ.		U
	Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale	H	
	Pediatria a dir. Univ.		U
	Neuropsichiatria Infantile a dir. Osp.	H	
	Nido e Sten	H	
	Chirurgia Pediatrica a dir. Osp.	H	
	Chirurgia Pediatrica a dir. Univ.		U
Fisiopatologia della Riproduzione e PMA a dir. Univ.		U	

⁴ 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. 17 bis 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. 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.

Piano della Performance 2020-2022 - AOU OO.RR. di Foggia

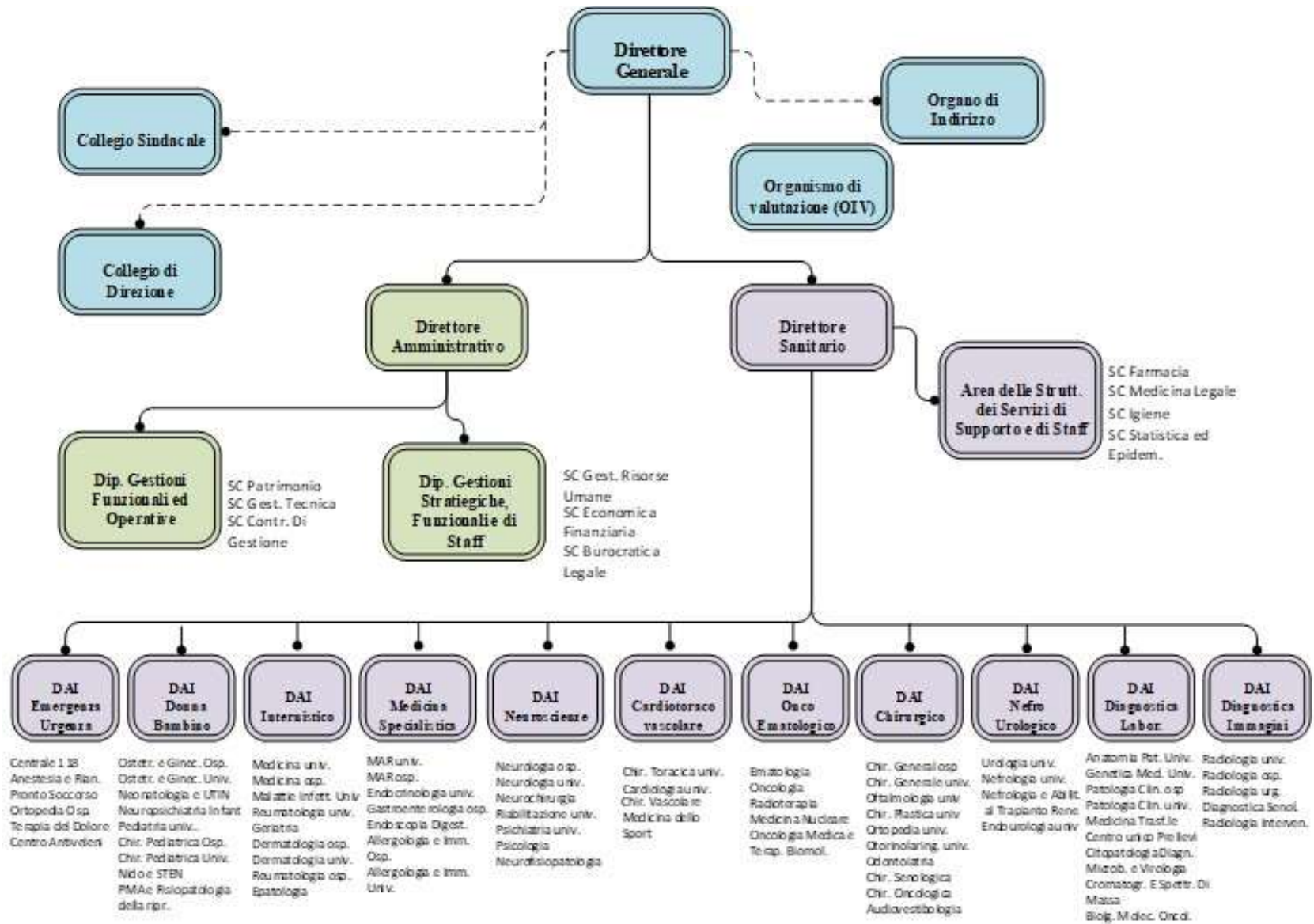
Internistico	Malattie Infettive a dir. Univ.		U
	Reumatologia a dir. Univ.		U
	Geriatria a dir. Osp.	H	
	Medicina I a dir. Osp.	H	
	Medicina I a dir Univ.		U
	Dermatologia a dir Osp.	H	
	Reumatologia a dir. Osp.	H	
	Dermatologia a dir Univ.		U
Epatologia		U	
Medicina Specialistica	Gastroenterologia a dir. Osp.	H	
	Malattie Apparato Respiratorio Ospedal.	H	
	Malattie Apparato Respiratorio Univers.		U
	Endocrinologia a dir. Univ.		U
	Allergologia ed Immunologia Clinica osp.	H	
	Allergologia ed Immunologia Clinica univ.		U
	Endoscopia Digestiva ad indirizzo d'urgenza		U
Neuroscienze	Neurochirurgia a dir. Osp.	H	
	Neurologia a dir. Osp.	H	
	Neurologia a dir. Univ.		U
	Medicina Fisica e Riabilitazione a dir. Univ.		U
	Psichiatria a dir univ		U
	Neurofisiopatologia	H	
	Psicologia a dir Osp.	H	
Cardioracovascolare	Cardiologia a dir univ e UTIC		U
	Chirurgia Toracica a dir. Univ		U
	Chirurgia Vascolare	H	
	Medicina dello sport a dir. Univ.		U
Onco-Ematologico	Ematologia a dir. Osp.	H	
	Centro Talassemie a dir. Osp	H	
	Oncologia	H	
	Medicina Nucleare a dir. Osp.	H	
	Radioterapia a dir. Osp.	H	
	Oncologia Medica e Terapia Biomolecolare		
Chirurgico	Chirurgia Generale a dir. Osp.	H	
	Chirurgia Generale a dir. Univ.		U
	Chirurgia Plastica (E Grandi Ustionati) a dir Univ.		U
	Oftalmologia a dir. Univ.		U
	Ortopedia e Traumatologia a dir. Univ.		U
	Otorinolaringoiatria a dir. Univ.		U
	Odontoiatria a dir. Osp.	H	
	Chirurgia Oncologica a dir. Osp.	H	
	Audiovestibologia a dir Osp.	H	
	Chirurgia Senologica a dir. Osp.	H	

Nefro-Urologico	Nefrologia a dir. Univ.		U
	Nefrologia abilitata al trapianto di reni		U
	Urologia e Trapianti a dir. Univ.		U
	Endourologia a dir. Univ.		U
Diagnostica di Laboratorio	Anatomia Patologica A dir. Univ.		U
	Patologia Clinica a dir. Osp.	H	
	Genetica Medica a dir. Univ.		U
	Medicina TrASFusionale	H	
	Patologia Clinica a dir. Univ.		U
	Organiz Unica Aziendale dell'Attività dei Prelievi	H	
	Citopatologia Diagnostica	H	
	Microbiologia e Virologia		
	Cromatografia e Spettrometria di massa - Tossicologia a dir univ.		U
Biologia Molecolare Oncologica			
Diagnostica per Immagini	Radiodiagnostica a dir. Osp.	H	
	Radiodiagnostica a dir. Univ.		U
	Radiodiagnostica Ospedale D'Avanzo	H	
	Radiologia d'Urgenza	H	
	Diagnostica Senologica	H	
	Radiologia Interventistica		U

Sono poi in essere n. 1 Dipartimento delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff e n. 2 Dipartimenti amministrativi di aree e/o strutture funzionali e gestionali, istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefinite con DDG n. 571 di luglio 2018 e articolati come segue:

Area delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff	SC	Medicina Legale univ.
	SC	Statistica ed Epidemiologia
	SC	Farmacia
	SC	Igiene univ.
	SSD	Formazione
	SSD	Igiene e Accreditamento
	SSD	Medicina del Lavoro
	SSD	Organizzazione del Presidio
Gestioni Strategiche, Generali e di Staff	SC	Gestione delle Risorse Umane
	SC	Area Economico Finanziaria
	SC	Struttura Burocratica Legale
	SSD	Servizio Affari Generali e Tutela della Privacy
Gestioni Funzionali ed Operative	SC	Gestione del Patrimonio
	SC	Gestione Tecnica
	SC	Controllo di Gestione
	SSD	Servizio Ingegneria Clinica, Prevenzione e Protezione
	SSD	Servizio Gestione CUP Aziendale e Libera Professione
	SSD	Manutenzione Impianti

Piano della Performance 2020-2022 - AOU OO.RR. di Foggia



1.4 Le Risorse umane

La tabella che segue illustra il personale dipendente quale fotografia scattata al 31.12.2019 suddiviso per ruolo e area contrattuale a confronto con quanto risultante al 31.12.2018.

Rispetto all'anno precedente l'organico presenta un incremento complessivo pari a 49 unità.

Tipologia di personale	Personale al 31/12/2019	Personale al 31/12/2018
RUOLO SANITARIO	1.694	1.633
Dirigenza	484	453
- Medico – veterinaria	442	421
- Sanitaria	42	32
Comparto	1.210	1.180
RUOLO PROFESSIONALE	5	5
Dirigenza	5	5
Comparto	-	-
RUOLO TECNICO	409	417
Dirigenza	-	-
Comparto	409	417
RUOLO AMMINISTRATIVO	132	137
Dirigenza	12	8
Comparto	120	129
TOTALE	2.241	2.192

Al personale dipendente si aggiunge il personale universitario che presta attività assistenziale inscindibilmente integrata con la ricerca e la didattica.

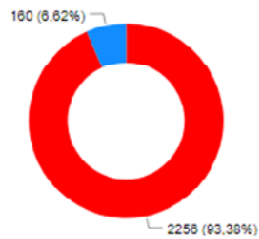
Tipologia	ANNO 2019			ANNO 2018		
	Universitario	Ospedaliero	Totale	Universitario	Ospedaliero	Totale
Medici	58	442	500	51	421	472
Dirigenti sanitari non medici	11	42	35	12	32	44
Dirigenza Professionale	1	4	1	1	5	
Dirigenti tecnici	-	-	-	-	-	-
Dirigenti amministrativi	-	12	12	-	8	8
Personale sanitario (comparto)	-	1.210	1.210	-	1.180	1.180
Personale tecnico e professionale (comparto)	-	411	411	-	417	471
Personale amministrativo (comparto)	-	120	120	-	129	129
Totale personale	70	2.241	2.311	64	2.192	2.256

Si conferma, anche per il 2020, l'obiettivo già previsto nel Piano Triennale della Performance in vigore, e cioè l'impegno a dare massimo risalto alla formazione del personale, unico strumento che consente la piena condivisione e consapevolezza delle innovazioni registrate in ogni campo di attività dell'Azienda. In particolare, l'Azienda ha investito notevoli risorse nella formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza fin dall'inizio, nella convinzione che la corruzione, sia, oltre che un comportamento illegale del singolo, anche indicatore di una cultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione. I dipendenti sono stati accompagnati in questo percorso di formazione consapevoli che non si tratta di un adeguamento passivo dei singoli ad una norma, ma di costruire le condizioni affinché avvenga un reale cambiamento organizzativo a cui tutti possano partecipare attivamente. A questo fine la formazione dedicata alla prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità rientrerà anche per quest'anno fra i capitoli del Piano Formativo Aziendale.

Di seguito, si da evidenza anche della natura del rapporto a tempo determinato ed indeterminato rispetto al personale dipendente del SSN, negli anni 2019-2018.

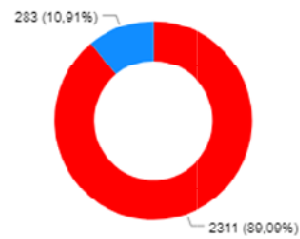
PERSONALE DIPENDENTE 2018 PER TIPO CONTRATTO

TIPO CONTRATTO ● INDETERMINATO ● DETERMINATO



PERSONALE DIPENDENTE 2019 PER TIPO CONTRATTO

TIPO CONTRATTO ● INDETERMINATO ● DETERMINATO



1.5 Le risorse economiche

Per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione dell'AOU OO.RR., con delibera del DG n. 716 del 27/12/2019 sono state individuate le risorse per il triennio 2020-2022.

Il bilancio economico preventivo 2020, nelle more dell'emanazione del Documento di Indirizzo Economico Finanziario del Servizio Sanitario Regionale che definirà le risorse da assegnare alle aziende sanitarie della Puglia per l'anno 2020, è stato predisposto tenendo conto delle indicazioni contenute nei sotto indicati atti normativi ed amministrativi:

- legge regionale n. 38 del 30 dicembre 1994;
- D.lgs. 118 del 23 settembre 2011 avente ad oggetto: "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009 n. 42";
- D.M. del 20/03/2013 avente a oggetto: "Modifica degli schemi dello stato patrimoniale, del conto economico e della nota integrativa delle aziende del servizio sanitario nazionale";
- D.L. 19/06/2015 n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali, convertito in Legge n. 125/2015;
- Legge 27 dicembre 2019, n. 160:
- legge regionale 30 dicembre 2013 n. 45 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2014 e bilancio pluriennale 2014-2016 della Regione Puglia";
- deliberazione di Giunta Regionale n. 1159 del 28/06/2018 avente ad oggetto: "Documento Indirizzo Economico Funzionale 2017 del Servizio Sanitario Regionale. Presa d'atto del Riparto FSR Definitivo 2017 e rimodulazione progettuale per il biennio 2018-2019";
- nota prot. A00_168_1408 del 10/12/2019 del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti – Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo avente ad oggetto: "Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2020";
- D.M. 24 maggio 2019 avente ad oggetto: "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di livelli essenziali di Assistenza (LA) e Conto di Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale";
- DGR 674 del 9/04/2019 avente ad oggetto: "Trasferimento all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia dell'Ospedale "F. Lastaria" di Lucera;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 367 del 1/07/2019 avente ad oggetto "Attivazione presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria della S.C. di Psichiatria a direzione universitaria, già afferente all'A.S.L. Provinciale di Foggia"
- Nessuna previsione di poste straordinarie.

Le previsioni di bilancio sono state, inoltre, "prudenzialmente" formulate tenendo conto dei seguenti elementi:

- della situazione economica preconsuntiva al 31 dicembre 2019, determinata come proiezione dei dati del conto economico al 30 settembre 2019, elaborata tenendo conto degli eventi noti alla data di predisposizione del citato documento;
- delle previsioni di spesa fornite dai Dirigenti Responsabili delle diverse Aree dell'Azienda coinvolte nel processo di budgeting;
- dei dati posseduti, quali gli andamenti storici dei componenti economici positivi (ricavi da prestazioni e proventi vari) e negativi (costi di esercizio) e degli elementi prevedibili;
- dai costi e ricavi afferenti l'Ospedale "F. Lastaria" di Lucera;
- delle indicazioni fornite dalla Regione Puglia, qualora coerenti con una rappresentazione veritiera dei dati economici prevedibili per l'anno 2020.

In considerazione di quanto sopra esposto, la dinamica del bilancio pluriennale 2020-2022 è quella evidenziata nella tabella che segue.

	2020	2021	2022
Valore della produzione	286.445.851	287.323.500	288.029.130
Costi della produzione	277.329.498	278.259.979	278.494.460
Proventi e oneri finanziari	-5.000	- 5.000	- 5.000
Proventi e oneri straordinari			
Risultato prima delle imposte	9.111.353	9.058.521	9.529.670
Imposte sul reddito d'esercizio	9.047.694	9.047.694	9.047.694
Risultato previsto	63.659	10.827	481.976

2. La pianificazione triennale

2.1 Quadro di riferimento

L'analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell'ambiente in cui opera l'AOU Ospedali Riuniti. In particolare, in questa sezione del piano saranno evidenziati i principali interlocutori dell'Azienda in grado di incidere sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati. Gli atti di seguito evidenziati costituiscono la cornice di riferimento delle azioni dell'AOU OO.RR. che possono essere interpretati in taluni casi come vincoli, in tali altri come opportunità.



Il Contesto esterno

Le principali istituzioni nazionali che con il loro operato incidono sulla attività del Policlinico Riuniti di Foggia sono rappresentate dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'economia e delle finanze, dalla Corte dei conti, dalla Conferenza Stato-Regioni, dalle altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

Il Ministero della Salute ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica.

La Conferenza Stato-Regioni opera nell'ambito della comunità nazionale per favorire la cooperazione tra l'attività dello Stato e quella delle Regioni e delle Province Autonome, costituendo la sede privilegiata della negoziazione politica tra l'amministrazione centrale e il sistema delle autonomie regionali.

La Corte dei conti è l'organo di rilievo costituzionale con funzioni sia di controllo sia giurisdizionali.

Numerosi sono stati gli interventi del governo e del parlamento negli ultimi anni finalizzati soprattutto alla revisione della spesa pubblica.

La legge n. 135 del 7 agosto 2012 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cosiddetta "spending review", al fine del contenimento dei costi del SSN, ha

Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, "nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio". Tale intervento normativo si è inserito nel percorso di programmazione sanitaria di tutte le regioni, comportando l'aggiustamento in corso d'opera degli standard che le regioni si erano assegnate in relazione a quanto stabilito dal patto salute 2010-2012. L'intervento c.d. di spending review ha inciso oltre che sulla dotazione di PL delle aziende sanitarie anche su quella di strutture complesse e semplici e relativi incarichi di direzione, con la conseguente necessità di rivedere anche tale impostazione aziendale.

Di fondamentale rilevanza per l'organizzazione del SSN e per le sue ripercussioni sui diversi servizi sanitari regionali è quanto previsto dal DM n.70/2015 in merito agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e all'assistenza ospedaliera. Gli standard sono finalizzati a garantire la qualità dell'assistenza e la sua efficacia in relazione a volumi minimi di prestazioni utili a garantire l'esito delle cure.

Parola chiave, trasparenza. Il D.Lgs n. 33/2013 riscrive in toto il percorso già avviato con il D.Lgs. n. 150/2009 individuando in modo puntuale gli obblighi informativi a carico delle PA nei confronti dei cittadini in una logica di "accessibilità totale" alle informazioni ritenute rilevanti dal sistema pubblico. In tale contesto si inseriscono sia gli adempimenti connessi con il presente piano, ma più in generale quelli connessi al programma triennale della trasparenza e al più ampio processo di informatizzazione della PA di cui al D.Lgs. n.82/2005 e ss.mm.ii. Peraltro, le modifiche e le integrazioni al D.Lgs n.33/2013 operate dal D.Lgs n.97/2016 introducono l'obbligo per le PA di regolamentazione in materia di accesso civico nelle sue diverse "forme".

Altra parola chiave è anticorruzione. Dall'entrata in vigore della L. n. 190/2012 e con le sue successive modifiche ed integrazioni, l'azienda ha intrapreso il percorso previsto dalla norma in linea con le indicazioni provenienti dall'ANAC. In particolare, la determinazione n.12 del 28/10/2015 ha ribadito e aggiornato i contenuti imprescindibili del Piano di prevenzione della corruzione aziendale sottolineando il necessario raccordo con il Piano della performance e, dunque, della coerenza degli obiettivi strategici aziendali con quelli previsti dalla norma in tema di prevenzione dei fenomeni di corruzione.

Per la definizione degli obiettivi strategici aziendali, vanno tenuti in considerazione gli adempimenti previsti dalla verifica LEA (di cui all'Intesa Stato-Regioni) cui è associata la quota di premialità del FSN per le Regioni, nonché le valutazioni di qualità dell'assistenza sanitaria rilevata attraverso le rilevazioni istituzionali dell'AGENAS. I parametri LEA sia economici che assistenziali dovranno essere obiettivo di miglioramento aziendale anche per il 2020.

L'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 ha aperto la stagione degli interventi regionali sul tema dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che rappresenta la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale. Il principale obiettivo è garantire ai cittadini che richiedono per la prima volta l'accesso ai servizi ai fini di una diagnosi tempestiva un percorso adeguato, appropriato e rispettoso delle priorità assistenziali dei potenziali pazienti.

Il Contesto interno - Cosa facciamo: i progressi e l'eccellenza

Nel corso dell'ultimo triennio ha avuto seguito il processo di rinnovamento e riorganizzazione delle strutture destinate ad elevare sempre più l'offerta sanitaria di questa Azienda e ad incrementare l'attività di ricerca e produzione scientifica.

Diversi ed ingenti sono stati gli investimenti realizzati e le attività progettuali molte delle quali già implementate ed altre che vedranno il loro completamento e relativo start-up nel corso del 2020.

Ad oggi, l'Azienda vanta un centro di *senologia multidisciplinare*, Breast Unit, altamente tecnologico e fortemente orientato al supporto umano, gestito da un team di professionisti altamente specializzati che garantisce un alto livello delle cure, dalla fase di screening alla gestione della riabilitazione psico-funzionale, coinvolge diverse unità operative Universitarie e Ospedaliere con le relative équipes (Anatomia Patologica, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Ginecologia e Ostetricia II, Genetica Medica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Nucleare, Oncologia Medica, Psicologia, Radiodiagnostica, Radiodiagnostica ad indirizzo Senologico, Radioterapia), più le associazioni di volontariato che affiancano e supportano le donne nel post intervento.

La *tecnologia robotica* ha rappresentato negli ultimi due anni un'ulteriore eccellenza dell'azienda prevalentemente in campo urologico e si sta ampliando anche alle altre discipline, tra cui Ortorinolaringoiatria e Chirurgia Generale.

Nel 2019 è stata attivata la *Chirurgia vascolare* che collabora con la Radiologia interventistica confermando l'importanza dell'approccio multidisciplinare nella gestione di interventi chirurgici complessi che richiedono la collaborazione di diverse branche specialistiche.

Altro punto di forza sotto il profilo dell'eccellenza è l'attività di trapianto di rene che, grazie all'efficienza di Urologi Anestesisti e Nefrologi e di tutti gli altri specialisti e l'organizzazione generale dell'ospedale, dimostra il rilancio della trapiantologia in Puglia.

Sotto il profilo strutturale, è stato ultimato il nuovo *Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza* (DEU), l'opera pubblica più rilevante realizzata nella città di Foggia, costata circa 60 milioni di euro, che presenta pregiate forme architettoniche ed innovative ed avanzate soluzioni concernenti la funzionalità e l'anima tecnologica, con un significativo processo di efficientamento ed ampliamento dell'area dell'Emergenza-Urgenza maggiormente compatibile con la funzione di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di 2° livello che il Policlinico riveste. E' in fase di completamento l'allestimento interno per accogliere i seguenti servizi: il Pronto Soccorso, la Rianimazione, la Cardiologia – Utic, i reparti chirurgici specialistici orientati all'urgenza (la Chirurgia Vascolare, la Cardiochirurgia, la Chirurgia Plastica, la Chirurgia Toracica, la Neurochirurgia), le Diagnostiche Radiologiche e i reparti operatori con sale ibride e tecnologie di ultimissima generazione.

Nel corso del 2019 è stato definitivamente attivato presso gli Ospedali Riuniti di Foggia il centro di *Procreazione medica assistita* (PMA) di primo livello oltre al Servizio di Crioconservazione del liquido seminale per i pazienti infertili ed oncologici, unica banca del seme pubblica del territorio della Capitanata e del nord barese.

La Struttura di *Medicina del Dolore*, già individuata come HUB di riferimento regionale con Del. Giunta Regionale nel 2015 e riconfermata quale HUB Aziendale Ospedaliero-Universitario per la Formazione permanente e di Area Vasta Puglia Nord (ex DGR n. 504 del 19.3.2019): è punto di riferimento (funzione "hub") per la diagnosi ed il trattamento di pazienti affetti da sindromi dolorose più complesse, provenienti dalle altre Strutture Aziendali e territoriali di tipo "spoke" (ambulatorio /Day service / Day surgery /One day surgery / Ospedalizzazione domiciliare).

L'Azienda, inoltre, ha da anni un *centro antiveleni (CAV)* di riferimento regionale, in particolare è l'unico Centro della Regione Puglia, riconosciuto a livello Ministeriale e fa parte dei nove Centri Antiveleni Nazionali, svolgendo oltre alla gestione delle intossicazioni acute e croniche anche altre importanti attività:

- a) gestione di una Banca antidotica;
- b) valutazione e gestione del rischio chimico;
- c) gestione delle emergenze chimiche convenzionali per mezzo dell'Archivio Preparati Pericolosi;
- d) collaborazione con il Ministero della Salute per attività epidemiologiche, di prevenzione e vigilanza sui prodotti chimici pericolosi;
- e) collaborazione con il Dipartimento delle Politiche Antidroga e componente del Sistema di Allerta precoce per le nuove sostanze psicoattive, smart drug;
- f) collaborazione con il Centro Nazionale Sostanze Chimiche (CNSC) dell'Istituto Superiore di Sanità per attività di ricerca scientifica e azioni preventive in collaborazioni con le Autorità Competenti nazionali;
- g) collaborazione con il Ministero della Difesa, Ministero dell'Ambiente e Protezione civile.

Nel corso degli anni 2018 e 2019 ha preso piede in Azienda la *chirurgia bariatrica*, presso la Struttura Complessa di Chirurgia Generale Universitaria in equipe con la Chirurgia Plastica: sono stati sottoposti ad intervento chirurgico all'incirca un centinaio di pazienti affetti da obesità grave con ottimi risultati in linea con i dati della letteratura.

Sono state recentemente attivate le reti tempo dipendenti (come previsto dalla DGR Puglia n. 1195/2019) ed in particolare, la *rete* per le *emergenze cardiologiche* (IMA - STEMI) e la rete per l'*ICTUS*, nell'ambito delle quali il Policlinico di Foggia rappresenta nodo riferimento per l'intero territorio provinciale ed extraprovinciale. E', invece, in fase di definizione la rete per il trauma nell'ambito della quale, attesa la recentissima contrattualizzazione del direttore della ortopedia a direzione universitaria, è prevista già nel 2020 la collocazione in Azienda del Centro traumi di zona (CTZ).

Nell'ambito della neo prevista Rete oncologica pugliese, nel corso del 2019, rispettivamente con DDG n. 252 del 16/05 e DDG n. 450 del 29/08, è stato costituito presso l'AOU Ospedali Riuniti il *Centro di orientamento oncologico (Co.R.O.)* ed un team multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con tumore dell'utero, della prostata, del colon retto, del polmone e della mammella, quale strumento gestionale qualificante di ogni PDTA oncologico.

Da ultimo sono da segnalare due importanti *"acquisizioni per incorporazioni"* di strutture già afferenti all'ASL provinciale di Foggia avvenute nel corso del 2019:

- 1) con DDG 367 del luglio 2019 sono state attivate presso l'AOU Ospedali Riuniti le strutture complesse di Psichiatria (con 15 posti letto) ed Igiene e Tossicologia forense a direzione universitaria, scorporandole dall'ASL provinciale di appartenenza;
- 2) con delibere DG del 2019 nn. 314, 533 e 667, sono state completate le procedure per il trasferimento dell'Ospedale di Lucera, il 'Lastaria', agli Ospedali Riuniti a partire dal 1° gennaio 2020. In esso, in quanto sede di Pronto Soccorso di zona disagiata, verrà svolta attività chirurgica elettiva con interventi in Day-surgery, con possibilità di appoggio nei letti di medicina. Nel breve-medio termine sarà, altresì, potenziata l'attività di ricovero nell'area medica con integrazione della Geriatria a garanzia della risposta ai bisogni della popolazione più fragile; e sarà altresì ampliata l'attività di lungodegenza anche riabilitativa. Particolare rilievo sarà dato all'intenso utilizzo della Telemedicina per la gestione dei pazienti ricoverati presso l'Ospedale Lastaria che fruiranno di attività consulenziali delle numerose discipline specialistiche degli Ospedali Riuniti.

2.2 Gli obiettivi dell'amministrazione

La pianificazione degli obiettivi generali deve possedere caratteristiche intrinseche tali da renderla uno strumento capace di incidere con reale e misurabile efficacia sulla organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda. Come noto, infatti, essa deve:

- ✓ risultare critica per il perseguimento delle finalità istituzionali, incidendo nel determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- ✓ essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne la postura rispetto al contesto circostante;
- ✓ essere capace di incidere in maniera diffusa e pervasiva all'interno di tutta la struttura aziendale;
- ✓ possedere una scarsa reversibilità.

Dall'analisi dei fattori di contesto esterni ed interni all'Azienda, precedentemente esposta, emerge uno spazio strategico ben definito per la AOU OO.RR., i cui obiettivi posti al centro del piano di performance aziendale sono riconducibili alle fonti normative di seguito indicate, hanno diverso grado di vincolo, ma tutti ugualmente convergenti nell'orientare la strategia aziendale per il triennio di riferimento 2020-2022:

- ✓ Obiettivi di Mandato contenuti nell'incarico conferito al Direttore Generale con D.G.R. n. 1640 del 17.10.2017
- ✓ Patto per la Salute 2014-2016
- ✓ Programma Nazionale Esiti (AGENAS)⁵
- ✓ Regolamento Ministeriale sugli standard ospedalieri di cui al Decreto Ministeriale n. 70/2015
- ✓ Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (DM 12 marzo 2019)
- ✓ D.I.E.F. 2017 Regione Puglia (D.G.R. n. 1159/2018) e Programma Operativo Puglia 2016-2018
- ✓ Regolamento Unico Regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70 e delle leggi di stabilità 2016-2017", di cui alla D.G.R. n. del 3 luglio 2019, n. 1195
- ✓ Piano triennale del Fabbisogno del Personale ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. n. 75/2017 e del successivo D.M. 8 maggio 2018, in attuazione della D.G.R. n. 2416 del 21 dicembre 2018
- ✓ Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (Triennio 2019/2021) in attuazione delle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ai sensi dell'Intesa Stato- Regioni del 21/02/2018
- ✓ D.G.R. n. 2198 del 28 dicembre 2016 con cui la Regione Puglia ha introdotto il sistema di valutazione delle performance del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa⁶ come strumento per la programmazione sanitaria regionale (PSR) e la valutazione del management aziendale

⁵ Il **Programma Nazionale Esiti (PNE)** è stato sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute quale strumento di valutazione delle performance organizzativa aziendale. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore.

⁶ La valutazione della performance organizzativa dell'azienda effettuata dal **MES (Laboratorio management e sanità)** che, su incarico della Regione Puglia, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il **bersaglio**, un sistema di indicatori raggruppati, secondo il modello di *balance scorecard*, in cinque dimensioni: capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, valutazione sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa. Per la valutazione finale delle performance, il MES elabora il valore dei diversi indicatori posizionandoli in 5 fasce: performance ottima (fascia verde scura del bersaglio), performance buona (fascia verde chiaro), performance media (fascia

- ✓ D.G.R. n. 2437 del 30 dicembre 2019 con cui la Regione definisce e assegna gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle Aziende del SSR
- ✓ Nuove linee guida regionali in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie, sia per il pubblico che per il privato accreditato

Rispetto a tali fonti, la pianificazione della performance aziendale 2020-2022 prevede i seguenti Obiettivi Generali Strategici:

1. Garanzia della correttezza, trasparenza, efficacia ed efficienza della azione amministrativa aziendale (pre-condizione e requisito necessario per l'intera azione amministrativa).
2. Attuazione della programmazione regionale in materia di rete dei servizi, dotazione di personale, rispetto della tempistica per l'invio dei flussi informativi, ivi compreso l'utilizzo e sviluppo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, con particolare riferimento all'analisi dei costi e dei consumi.
3. Riqualficazione della assistenza ospedaliera, in termini di qualità, sicurezza, equità di accesso alle cure, appropriatezza clinica ed organizzativa, anche mediante un potenziamento della organizzazione dipartimentale.
4. Revisione della spesa mediante la eliminazione delle inapproprietezze e la riallocazione delle risorse in direzione delle aree emergenti di bisogno assistenziale.
5. Miglioramento della qualità globale da sostenere mediante una politica della formazione aziendale adeguata a sviluppare le competenze professionali del personale, nonché mediante una crescente integrazione reticolare con il sistema della formazione universitaria.
6. Riqualficazione della assistenza ospedaliera, in termini di appropriatezza dei setting assistenziali, di adeguamento della rete secondo criteri di appropriatezza, di equità di accesso ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, di potenziamento delle cure ad elevata specializzazione e secondo i modelli organizzativi regionali, di capacità di presa in carico della cronicità e della fragilità ad ogni livello del bisogno sanitario.
7. Rispetto dei tetti spesa per acquisto farmaci, dispositivi medici, protesi e dei costi per il personale dipendente e degli specialisti ambulatoriali.
8. Monitoraggio e rispetto degli accordi di programma per l'utilizzo dei fondi comunitari e delle risorse ex articolo 20 della legge n. 87/1988.

Il piano della performance viene quindi prioritariamente costruito seguendo uno schema "ad albero" ovvero individuando prioritariamente gli obiettivi generali di carattere strategico della AOU OO.RR. da cui vengono successivamente declinati gli obiettivi specifici e operativi da assegnare alle singole strutture sanitarie e amministrative. Tuttavia, sono state altresì individuate le seguenti **prospettive multidimensionali** sulla base delle quali le attività aziendali vengono valutate bilanciando misure ed azioni interne ed esterne:

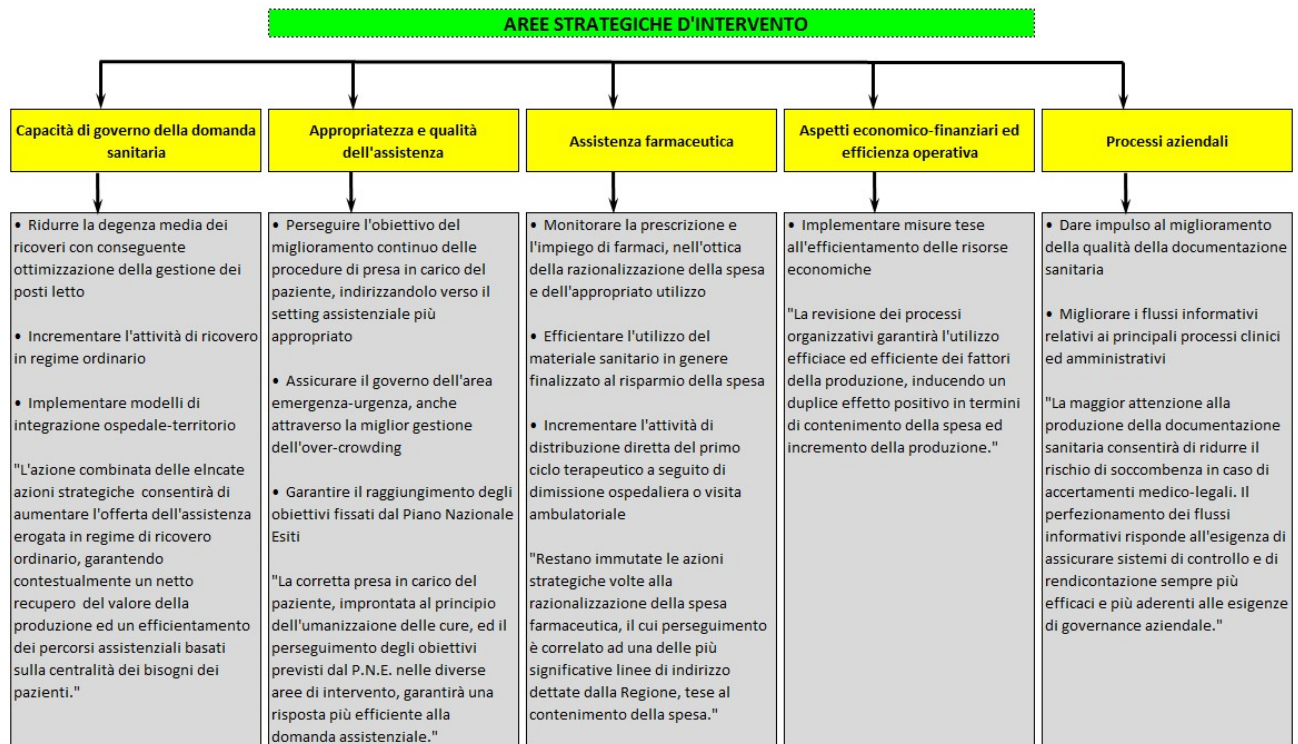
- la **prospettiva del paziente/utente** ai fini del miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni di salute espressi;

gialla), performance da migliorare (fascia arancione e rossa). L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri indicatori collocati nelle fasce centrali verdi del bersaglio; se gli indicatori compaiono invece nelle fasce più lontane dal centro (gialle, arancioni, rosse) ci sono margini di miglioramento.

- la **prospettiva dei processi interni** all'azienda al fine di ottimizzare i processi già in essere ed individuare quei nuovi processi attraverso i quali l'azienda possa migliorare per tendere all'eccellenza;
- la **prospettiva di innovazione** e della **qualità** al fine di sviluppare l'organizzazione, la crescita globale dell'azienda, del personale e degli operatori, il miglioramento delle tecniche di misurazione della qualità (percepita e conseguita), implementare l'innovazione tecnologica, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze;
- la **prospettiva economico – finanziaria** e di efficienza operativa al fine di migliorare i tradizionali indicatori di redditività e commisurando, quando possibile, i costi sostenuti ai valori della produzione in relazione l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Tali azioni intendono connettere strettamente la gestione del piano della performance aziendale alla valutazione del personale, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo individuale, secondo criteri di valutazione concertati nelle sedi competenti.

Le aree strategiche (macroaree), sulla base delle quali è orientata l'azione di governo aziendale, sono rappresentate nell'albero della performance che rappresenta i legami tra la programmazione regionale, la missione aziendale, gli obiettivi strategici ed operativi. Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano ai vari livelli organizzativi al raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali nonché al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale.



La pianificazione viene, infine, declinata in obiettivi di performance organizzativa - operativi – azioni – indicatori, assegnati alle Strutture aziendali in funzione della specifica competenza.

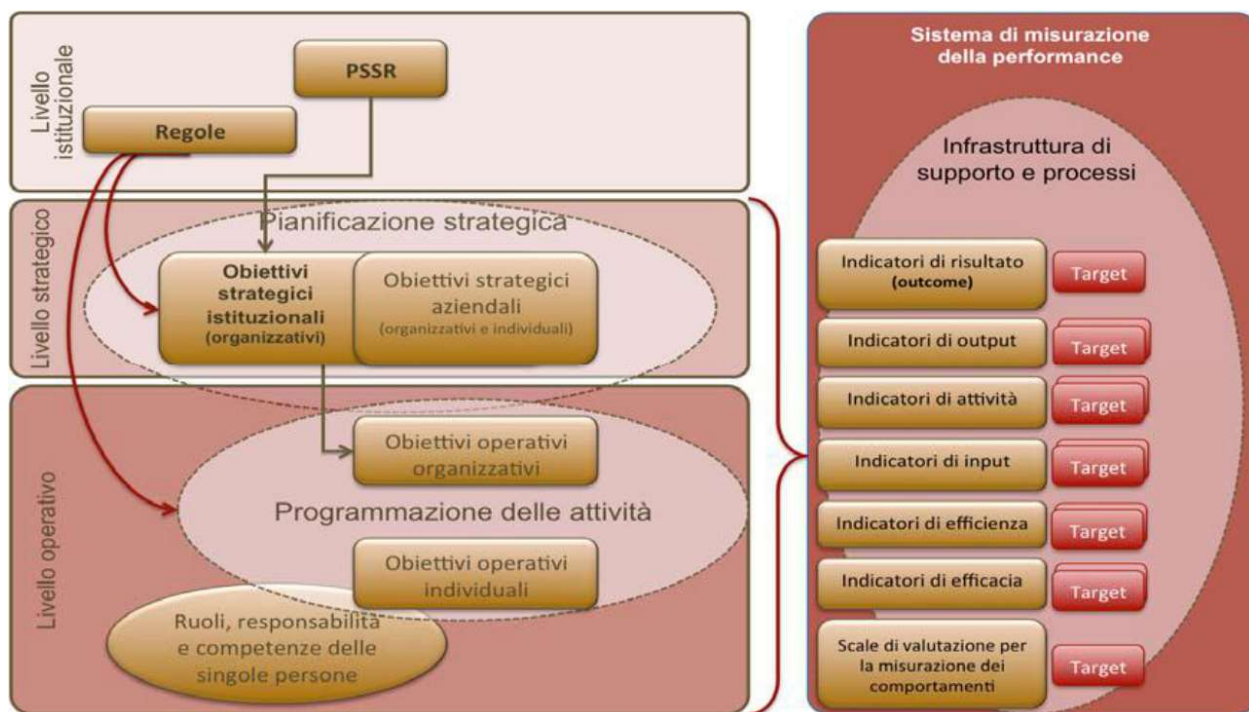
Il piano operativo che si sviluppa è altresì integrato dagli obiettivi che questa Direzione Strategica considera importanti per la "governance" dell'Azienda e che tengono conto delle specificità della nostra realtà. Inoltre, per ciascun obiettivo strategico e di performance organizzativa è stato definito l'indicatore, che definisce il criterio di misurazione della performance, ed il risultato atteso (target) per l'esercizio in corso /per ciascun anno di validità del Piano. I valori target costituiscono, in questa

sede, valori obiettivo aziendali che, in occasione della definizione del budget di centro di responsabilità, ovvero della programmazione annuale, saranno declinati sulla base della specifica situazione di partenza di ciascuna struttura e del punto di arrivo potenzialmente ottenibile. Tali valori target per la maggior parte degli indicatori selezionati sono definiti da programmi nazionali di benchmark di settore (Programma Nazionale Esiti, Laboratorio di Management S. Anna di Pisa, Ministero della Salute – griglia LEA).

La prima stesura dei Piani operativi, elaborati in forma di “proposta”, è affidata al Controllo di gestione. Essi rappresentano la base per la discussione che vede coinvolti la direzione strategica e i “responsabili del budget” (direttori di dipartimento e di Unità Operativa Complessa o Semplice a valenza Dipartimentale). In tale fase trova spazio la negoziazione delle risorse necessarie per il perseguimento degli obiettivi di “sviluppo”, se in linea con la strategia aziendale ed economicamente compatibili.

E' compito di ogni responsabile del budget, in una fase successiva del percorso, illustrare e condividere gli obiettivi assegnati con il rispettivo staff operativo.

Essi hanno la responsabilità della realizzazione dei piani loro affidati e, a tal fine, coinvolgono i dirigenti ed il personale di comparto dell’unità operativa diretta, secondo il principio della cosiddetta “responsabilità diffusa”. In tal modo ciascun dipendente appartenente sia all’area della dirigenza, sia all’area del comparto, è chiamato a fornire il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, in coerenza con quanto previsto dal sistema di misurazione e valutazione delle performance.



Nell'allegato 1 è riportato il quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale.

3. La programmazione annuale e il Ciclo di gestione della Performance

Annualmente, l’azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

Nel Ciclo di gestione della performance si delineano quindi la fase di **programmazione**, quella di **monitoraggio** intermedio durante l'anno e quella di **valutazione** finale.

L'AOU OO.RR., sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, per la condivisione degli obiettivi e delle risorse necessarie per raggiungerli con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli organizzativi.

Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi organizzativi annuali delle articolazioni aziendali e centri di responsabilità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, che ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione sanitaria e amministrativa e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, la Direzione strategica attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.



Ogni Direttore di Dipartimento incontra i responsabili di struttura organizzativa al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati alle strutture afferenti e raccoglie eventuali proposte/modifiche degli obiettivi.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. La struttura Programmazione e controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

Il tutto avviene secondo un sistema di regole codificate e condivise con le organizzazioni sindacali e ratificate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) racchiuse nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance di cui l'Azienda si è dotata con DDG n. 325/2019.

Nei primi mesi dell'anno in corso, l'AOU OO.RR. procederà all'aggiornamento di tale Sistema di Misurazione e Valutazione, così come previsto dalla normativa vigente, per tener conto delle innovazioni introdotte con la riforma Madia e rafforzare il ruolo dei cittadini e utenti nel ciclo di gestione della performance; il nuovo articolo 19-bis, infatti, ha introdotto delle innovazioni incidendo sulla disciplina relativa al coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa e impone un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa.

L'amministrazione si accinge a dare attuazione a tali disposizioni, all'interno dei Sistemi di misurazione e valutazione, prevedendo in particolare:

- ❖ la **rilevazione del grado di soddisfazione** dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- ❖ lo **sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni** con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione anche "in forma associata".

4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione dell'AOU la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere.

La ricaduta degli obiettivi strategici e di performance organizzativa, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica di supporto che entrano a far parte della performance individuale. Pertanto, annualmente, una volta definiti gli obiettivi della performance organizzativa, parte degli obiettivi individuali vengono collegati ad essa in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente.

Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi, opportunamente combinate, concorrono alla definizione della valutazione finale di ciascun dipendente (Indice di Performance Individuale - IPI) che il valutatore illustra al valutato, anche ai fini dell'elaborazione di piani di miglioramento individuali ed all'acquisizione di eventuali osservazioni/ controdeduzioni.

Ciò fermo restando che la performance individuale è connessa per una quota al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa e per una quota all'area dei "comportamenti" come definito da questa azienda nel proprio sistema di misurazione e valutazione della performance, adottato con DDG n. 325/2019, a cui si rinvia per eventuali approfondimenti.

5. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance

Il percorso seguito per la redazione del piano ha visto una prima tappa nella presa di consapevolezza ed analisi degli interventi normativi e programmatori nazionale e regionali per la Sanità per il triennio di riferimento del Piano.

Valutato il contesto di riferimento esterno, avendo noti i punti di forza e di debolezza interni, sono state definite le linee di indirizzo strategiche per l'Azienda sia dal punto di vista sanitario che economico-finanziario.

Una volta definito il Piano entro il 31 gennaio del primo anno di vigenza dello stesso, esso viene annualmente aggiornato per scorrimento per tenere conto dell'evoluzione del contesto nazionale e regionale in materia. Esso può essere anche aggiornato in corso d'anno qualora modifiche

significative intervengano nel contesto di riferimento dell'AOU OO.RR., tali da richiedere una rimodulazione degli obiettivi e dei mezzi necessari per il loro raggiungimento, in un'ottica di miglioramento continuo del ciclo di gestione delle performance.

La tabella che segue illustra le tappe fondamentali di redazione e valutazione del Piano della performance per gli anni n_1 , n_2 , n_3 anche in correlazione con gli strumenti del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Tempi	Fasi	Soggetti coinvolti
Dicembre $n-1$	Analisi del contesto di riferimento esterno ed interno utile alla definizione degli obiettivi strategici per il triennio successivo	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione
Dicembre $n-1$	Assegnazione in via provvisoria da parte della Regione Puglia delle risorse a disposizione dell'Azienda per la gestione dell'anno	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione e gestori di spesa
Gennaio anno n_1	Deliberazione Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza del triennio n_1 , n_2 , n_3	Direzione aziendale e Responsabile anticorruzione e trasparenza
Gennaio anno n_1	Deliberazione del Piano della performance del triennio n_1 , n_2 , n_3	Direzione aziendale e staff Programmazione e Controllo di Gestione

Tempi	Fasi	Soggetti coinvolti
Primo trimestre n_1	Definizione del budget aziendale annuale e per cdr per il primo anno di riferimento di vigenza del Piano, andando alla definizione dei sub-obiettivi operativi che discendono da quelli strategici	Direzione aziendale, Controllo di Gestione, Comitato di Budget, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti
Ogni 3 mesi	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi operativi annuali della Azienda in tutte le sue articolazioni di responsabilità	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.

Il ciclo della performance si chiude con la predisposizione della relazione sulla gestione (entro il 30 giugno n_{+1}) che contiene le risultanze di quanto realizzato nel primo anno di riferimento del piano della performance, da sottoporre a all'OIV per la necessaria validazione. Nel frattempo, entro il 30 aprile $n+1$, viene adottato il bilancio di esercizio dell'anno n che pure, nella relazione del Direttore Generale di accompagnamento, rende conto della performance economica e gestionale, nonché dei risultati in termini di assistenza raggiunti nell'anno di riferimento del piano.

30 aprile $n+1$	Adozione del bilancio di esercizio n	Direzione Aziendale, gestione economico-finanziaria, Controllo di gestione
Giugno anno $n+1$	Relazione sulla performance relativa all'esercizio n da sottoporre all'OIV per la validazione	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione

L'intero percorso è, sul piano organizzativo, coordinato e gestito dalla Struttura complessa Programmazione e Controllo di Gestione che ha definito metodologia e contenuti del documento, rapportandosi da un lato con la Direzione Strategica, dall'altro con le strutture amministrative e sanitarie aziendali interessate, appositamente convocate e riunite dal Direttore Amministrativo il 21 dicembre 2019.

Nel 2019 la Direzione ha disposto di acquisire il necessario supporto per l'informatizzazione delle procedure che sottendono il processo di valutazione della performance, organizzativa ed individuale, che è in fase di attivazione da parte della società incaricata.

5.1 Coerenza tra il Piano Performance ed il Piano per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza e integrità

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e ss.mm.ii, e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità
- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

5.2 Coerenza tra il Piano della Performance e la Programmazione di Bilancio

La definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'azienda è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti.

In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

In AOU Riuniti questo passaggio avviene attraverso la negoziazione dei budget di spesa per conto economico con i Gestori di Fabbisogno/ centri Ordinanti, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo, le cui risultanze saranno sintetizzate con DDG parallelamente all'approvazione del presente atto.

Questa ulteriore dimensione programmatica, trasversale per natura rispetto a quella che proietta con il processo di budget gli obiettivi aziendali sulle singole strutture interne, è proprio quella che consente di garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infrannuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei Centri ordinatori e liquidatori (COL).

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nel Piano della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, merita evidenziare come il presente

documento relativo all'anno 2020 è stato reso compatibile con le risorse assegnate in via provvisoria a questa azienda dalla Regione Puglia. Permane, indubbiamente una criticità di origine esterna per il ciclo di gestione delle performance nel disallineamento tra i tempi di definizione del piano della performance ed il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale che viene predisposto, dietro autorizzazione regionale, al momento dell'assegnazione definitiva delle risorse da parte della Regione Puglia.

La responsabilizzazione dei CdR rispetto all'utilizzo dei principali fattori produttivi necessari all'assistenza quali farmaci e dispositivi medici sarà ripartita in sede di budget aziendale.

6. Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori per l'anno 2020

Fornire servizi sanitari di alta qualità, erogare un numero di prestazioni, sia di ricovero che ambulatoriali, adeguate come volume e tipologia, utilizzare al meglio le risorse a disposizione sono obiettivi che dovrebbero essere soddisfatti da ogni azienda sanitaria.

La fisionomia dell'ospedale sta cambiando notevolmente nel corso degli anni: mentre nei decenni precedenti era considerato come il luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, erogando pertanto prestazioni ad un livello di assistenza spesso più intensivo, e quindi costoso, di quello necessario, ai nostri giorni dovrebbe essere luogo di riferimento per i soli bisogni sanitari caratterizzati da acuzie e gravità. Nell'ultimo decennio sono state pertanto messe in atto politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera che hanno portato ad una riduzione delle attività di ricovero ordinario ed un parallelo incremento dell'attività di day hospital e day surgery e dell'attività ambulatoriale complessa.

Oltre la modifica dei setting assistenziali si è cercato sempre più di perseguire l'appropriatezza⁷, l'efficienza⁸, l'efficacia⁹, la qualità¹⁰ clinica e di processo.

Al fine del raggiungimento dell'appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità clinica e di processo sono stati strutturati per le aziende sanitarie una molteplicità di indicatori sia dal Laboratorio MES che dall'AGENAS con gli indicatori PNE; l'AOU Riuniti stessa, ogni anno, struttura una serie di nuovi indicatori aziendali volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti: per il 2020 come già nell'anno precedente, ad esempio, sono stati strutturati una serie di indicatori per migliorare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Tutti gli obiettivi strategici di seguito dettagliati determinano la definizione di obiettivi operativi, sia di budget che individuali, da realizzare nel corso del 2020.

⁷ Per **appropriatezza** si intende la capacità di erogare prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dei pazienti, utilizzando il giusto impiego di risorse. Dal momento infatti che le risorse sono limitate, per consentire l'accesso tempestivo a prestazioni di buona qualità a chi ne ha davvero bisogno, occorre evitare un consumo delle risorse eccessivo e senza controllo.

⁸ Per **efficienza** si intende la capacità di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati; per l'assistenza ospedaliera spesso l'efficienza viene misurata con la degenza media, utilizzato come indicatore proxy. Per incrementare l'efficienza spesso occorre ricorrere a cambiamenti organizzativi: individuare i percorsi più appropriati, scegliendo se possibile setting assistenziali alternativi al ricovero, cercando di sviluppare continuità assistenziale con il territorio attraverso le dimissioni protette, utilizzando al meglio la risorsa delle sale operatorie. In sanità infatti la qualità non è sinonimo di maggiori costi bensì di uso efficiente delle risorse.

⁹ Quando si parla di **efficacia** si vanno ad analizzare i risultati clinici ovvero il miglioramento della salute del paziente. Per la misurazione dell'efficacia si utilizzano indicatori di esito e di processo.

¹⁰ Ogni azienda sanitaria dovrebbe infine erogare prestazioni di elevata **qualità** dove, per qualità, si fa riferimento ad una molteplicità di fattori: la tempestività nell'erogazione della prestazione, l'adeguata adozione delle tecnologie strumentali così come delle procedure diagnostiche, la corretta esecuzione delle prestazioni sia sulla base di evidenze scientifiche che sulla condivisione tra professionisti, le complicità, le riammissioni.

6.1 Appropriatelyzza, Efficienza, Efficacia, Qualità clinica e di processo

Buona parte degli indicatori MES sono relativi al conseguimento da parte delle aziende sanitarie dell'appropriatelyzza, efficienza, efficacia, qualità clinica e di processo.

Dal 2017 le aziende sanitarie in Puglia vengono misurate annualmente con il Bersaglio MES; gli obiettivi in questo presenti diventano quindi obiettivi per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta.

Al fine di misurare l'efficienza assistenziale sono utilizzati oramai da diversi anni indicatori sulla degenza media; per l'appropriatelyzza chirurgica è richiesto, per i drg chirurgici non LEA a rischio di inappropriatezza, il rispetto delle soglie di ricovero da fare in regime di DH-DS definite con delibera regionale; per l'appropriatelyzza medica la riduzione dei drg non LEA medici e dei DH con finalità diagnostica; per l'appropriatelyzza di percorso il rispetto dei 30 giorni per gli interventi chirurgici oncologici.

I Riuniti di Foggia sono stati negli ultimi anni impegnati nella applicazione della DGR 1202 del 2014, con la quale la Regione Puglia ha previsto il trasferimento ad altri setting assistenziali di tutte le attività collegate ai 108 drg ad alto rischio di inappropriatezza. Tali attività, laddove risultanti idonee a soddisfare le esigenze assistenziali, sono rese con pacchetti di prestazioni in day service che evitano il regime di ricovero a parità di efficacia delle cure.

Relativamente alla qualità delle cure è stata da sempre posta molta attenzione al percorso nascita al fine di migliorare i servizi e rendere il percorso meno medicalizzato. Nello specifico, dal momento che un grosso ricorso al cesareo non assicura un vantaggio in termini di salute né alla madre né al figlio né un corretto utilizzo delle risorse dei servizi sanitari, l'obiettivo è quello di riportare il ricorso al cesareo ai soli casi effettivamente necessari.

Parallelamente si è posta da sempre altrettanta attenzione ai tempi di intervento chirurgico nelle fratture di femore, su cui, tuttavia, permangono notevoli criticità: è infatti noto che i tempi ottimali di intervento per gran parte di tali fratture siano entro 2 giorni.

Vi sono poi altri indicatori MES che vanno a misurare la qualità clinica e/o di processo quali: la % di interventi di riparazione della valvola mitrale; la % di colecistectomie laparoscopiche in DS; le complicanze a 30 gg dall'intervento delle colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario; la % di interventi programmati al colon in laparoscopia; la % di prostactectomie transuretrali. Infine gli indicatori PNE di riammissione entro 30 gg per BPCO, ictus, scompenso cardiaco congestizio.

Sono stati inoltre mantenuti anche quest'anno come obiettivi budget alcuni indicatori di qualità: i) le dimissioni volontarie; ii) l'analisi del gradimento di una percentuale minima di pazienti.

6.2 Miglioramento dei Tempi di Attesa

La tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte in regime SSN è componente fondamentale della qualità clinica e della qualità percepita dei servizi sanitari. Il mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale, in termini di volumi erogati di visite e prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, congiuntamente al rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della "libera scelta" del cittadino di avvalersi del regime libero professionale. Per tale motivo, anche per il 2020, sono stati definiti quali obiettivi per tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali, obiettivi sia di miglioramento dei tempi di erogazione sia del rispetto della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale.

A rafforzare l'esigenza di miglioramento dei tempi di attesa sono state prima la legge regionale n. 13/2018 "Misure per la riduzione delle liste di attesa in Sanità", poi la DGR n. 735 di aprile del 2019 con cui la Regione Puglia ha adottato il nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 ed infine la delibera aziendale n. 313 di luglio 2019 di adozione del Piano attuativo aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019/2021.

Sulla base delle stringenti indicazioni fornite, vengono assegnati alle aziende obiettivi specifici sui tempi di attesa. La priorità per le prestazioni di "primo contatto" può assumere i valori di U (Urgente), prestazioni che andrebbero erogate entro 72 ore, B (Breve) da erogare entro 10 giorni, D (Differibile) da effettuare entro 15 ovvero 30 giorni per le visite (a seconda della tipologia di visite) e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici più semplici. Per le visite sono previsti in generale 30 giorni, 15 giorni per le seguenti: cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica.

Per il 2020, oltre che il rispetto dei tempi per le visite specialistiche, sono stati introdotti anche obiettivi sul miglioramento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche d'emergenza (per tac, eco, rx) così come il miglioramento del percorso di accesso alle prestazioni diagnostiche (per le tac, rm) andando a misurare il tempo di erogazione delle prime prestazioni erogate al fine di migliorare la qualità del percorso.

6.3 Appropriatelyzza del consumo di farmaci e dispositivi medici

Nell'anno 2019 i temi della sostenibilità economica e dell'appropriatelyzza, sia clinica che organizzativa, del settore farmaceutico, sono stati temi centrali e su di essi convergeranno la maggior parte delle attività della Farmacia (per la dovuta attività di monitoraggio e sensibilizzazione con contestuale segnalazione alla direzione Strategica).

Sono in gran parte già noti i farmaci ad alto impatto economico che nel corso del 2019 e nel prosieguo del 2020 completeranno l'iter negoziale e si renderanno dunque disponibili in commercio. L'uso di queste nuove terapie, al pari di quelle ad alto rischio di inappropriatelyzza già introdotte nella pratica clinica negli scorsi anni, dovrà essere adeguatamente indirizzato e costantemente monitorato dai farmacisti nell'ambito sia di specifici incontri con i medici e con i dipartimenti di competenza che nelle riunioni di budget.

I farmaci biosimilari ed equivalenti che si sono resi disponibili nell'anno appena concluso e che raggiungeranno il mercato nel corso di quest'anno, rappresentano una cruciale opportunità di risparmio economico per garantire la tenuta del sistema di fronte ad una crescente offerta di tecnologie sanitarie innovative e costose. La Farmacia continuerà dunque ad essere impegnata ad implementare tempestivamente questi farmaci attraverso incontri con i professionisti delle aree interessate e successivamente monitorando costantemente lo *switch* dal farmaco *branded* all'aggiudicatario di gara. Particolare attenzione sarà inoltre rivolta alla prescrizione delle alternative terapeutiche dei farmaci biosimilari/generici o alle opzioni di seconda o terza linea per accertare che non si verifichi la scelta di alternative addirittura ancora meno appropriate del farmaco *branded*.

In questo senso numerose e dettagliate sono state le indicazioni della Regione Puglia, ed è stato approfondito il tema riguardante l'impatto della prescrizione dei medici delle Aziende Ospedaliere verso il territorio. Infatti, la prescrizione degli specialisti di AO e AOU costituisce un volano che induce la continuazione della prescrizione da parte dei medici di medicina generale (MMG) sul territorio delle Aziende ASL. Grazie al maggiore governo di questo processo, si mira ad conseguire nel 2020 importanti risparmi della spesa farmaceutica in ottica di SSR.

Queste azioni, condotte in collaborazione con il Dipartimento Salute e Benessere della Regione permetteranno di costruire un osservatorio permanente di benchmarking tra ospedali, medici e professionisti operanti su aree geografiche omogenee in modo da definire costi standard di Area, per poi divenire anche regionali. Sui farmaci e sui dispositivi si intende dunque lavorare in stretta collaborazione e condivisione con la Regione Puglia, con la ASL provinciale di riferimento e con INNOVAPUGLIA (soggetto aggregatore per le gare di approvvigionamento) anche sui prodotti a basso valore economico singolo ma a grande impatto economico per l'elevato volume di utilizzo, lavorando sul corretto uso di alcune classi di farmaci e di dispositivi medici (per esempio eparine a basso peso molecolare e cateteri Foley).

Anche i dispositivi medici (DM) rappresentano una crescente voce di spesa per la nostra Azienda. Risulta quindi fondamentale sia gestire la continua immissione in commercio di nuovi prodotti sia governare l'uso clinico dei prodotti vecchi e nuovi.

Sarà mantenuta una particolare attenzione alla rigorosa e corretta compilazione e manutenzione dei registri AIFA sia per il loro valore clinico che per l'impatto economico dovuto al loro ruolo nel recupero economico dei farmaci negoziati con meccanismi di rimborso condizionati all'esito clinico.

Nella tabella allegata sono evidenziati gli obiettivi e relativi gli indicatori sull'appropriatezza del consumo dei farmaci e dei dispositivi medici.

6.4 Corretta registrazione dell'attività

Continua a costituire un obiettivo apparentemente semplice ma fondamentale non solo per la conoscenza dei fenomeni gestionali e clinici aziendali ma anche per il rilievo medico legale che si può negativamente riflettere sul contenzioso. Si tratta inoltre di un tema che ha assunto una fondamentale importanza anche in relazione al monitoraggio degli esiti da parte degli organi centrali. Da non sottovalutare assolutamente anche l'impatto economico negativo legato ad una deficitaria documentazione e la sua corretta traduzione e traslazione negli specifici flussi regionali.

Sono, quindi, obiettivi specifici per tutto il personale sanitario: completezza e tempestività compilazione documentazione sanitaria cartacea ove ancora presente (cartelle cliniche di ricovero ed ambulatoriali, registro operatorio, consenso informato etc...) essendo stato nel corso del 2019 attuato anche un percorso di formazione sulla corretto utilizzo degli applicativi informatici relativi alla documentazione sanitaria; completezza e tempestività chiusura prestazioni per invio flussi nei tempi previsti.

Obiettivo specifico per le strutture avviato nell'anno 2020 attiene all'utilizzo del software (NGH) per la richiesta e la refertazione delle prestazioni fornite dai singoli reparti/servizi per i pazienti interni, alla cui costruzione, implementazione e formazione sono stati dedicati l'ultimo semestre del 2019.

E' stato inoltre confermato anche per il 2020 l'obiettivo per ciascun medico della compilazione delle "ricette dematerializzate" essendo possibile la tracciatura dei risultati per singolo dirigente, rientrando tale azione far gli adempimenti regionali.

Allegato 1 – Piano degli obiettivi

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2020	Target 2021	Target 2022
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]
	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	[Ind. MES C2a.C]	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]	0 [Valutazione MES]
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	<=15%	<=15%	<=15%
		[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	>=80%	>=80%	>=80%
		[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%	<=35%	<=35%
		[Ind. MES C3]	Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MES C3]	<2gg	<2gg	<2gg
		[Ind. MES C36.1]	Percentuale prostatectomie computer-assistite [Ind. MES C36.1]	40% (valore medio regionale)	40% (valore medio regionale)	40% (valore medio regionale)
		[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%	>=85%	>=85%
		[Ind. PNE302]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	>=70%	>=70%	>=70%
		[Ind.Int. 02]	Percentuale dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	<=10%	<=10%	<=10%
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.1 - PNE37]	% Parti cesarei depurati - NTSV - [Ind. MES C7.1 - PNE37]	<=25%	<=25%	<=25%
		[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV - [Ind. MES C7.3]	<=25%	<=25%	<=25%
		[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	<5%	<5%	<5%
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	[Ind. MES D9]	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	miglioramento performance 2019	<=2%	<=2%
		[Ind. MES C16.1]	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	>=75%	>=75%	>=75%
		[Ind. MES C16.2]	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	>=75%	>=75%	>=75%
		[Ind. MES C16.10]	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	<=10%	<=10%	<=10%
		[Ind. MES C16.7]	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	>=50%	>=50%	>=50%
		[Ind. MES C16.4]	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	>=80%	>=80%	>=80%

		[Ind.Int. 03]	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind.Int. 03]	<=15%	<=15%	<=15%
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	>=70%	>=70%	>=70%
		[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	>=90%	>=90%	>=90%
		[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	<3	<3	<3
		[Ind. PNE6]	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%	>=70%	>=70%
		[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg	<=30gg	<=30gg
		[Ind. Mes C10.4.1]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella [Ind. Mes C10.4.1]	<=26gg	<=26gg	<=26gg
		[Ind. Mes C10.4.2]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata [Ind. Mes C10.4.2]	<=45gg	<=45gg	<=45gg
		[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	<=15gg	<=15gg	<=15gg
		[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	<=15gg	<=15gg	<=15gg
		[Ind. Mes C10.4.5]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [Ind. Mes C10.4.5]	<=25gg	<=25gg	<=25gg
	[Ind. Mes C10.4.6]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [Ind. Mes C10.4.6]	<=25gg	<=25gg	<=25gg	
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Attrattività extra-regionale	[Ind. MES C30.3.2.2]	% Attrazioni Infra e Extra-Regione - DRG alta complessità [Ind. MES C30.3.2.2]	miglioramento performance 2019	>=10%	>=10%
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	>=1	>=1	>=1
	Miglioramento qualità percepita	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	miglioramento performance 2019	<=2%	<=2%
	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLTA [Ind.Int. 20]	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg	U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg
	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza.	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]	>=10%	>=10%	>=10%
	Adozione di specifici percorsi di patologia mediante predisposizione di PDTA/Procedure condivise	[Ind.Int. 23]	Definizione di PDTA/Procedure Condivise [Ind.Int. 23]	Adozione	Adozione	Adozione

	Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utenza che presenta bisogni complessi e necessita di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali	DSM1	Definizione di procedura /PDTA con criteri di valutazione diagnostica e definizione di PTI	Stesura	Stesura	Stesura
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	DSM4	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Acquisizione documentale delle comunicazioni ai parenti prossimi o agli esercenti la potestà dei soggetti ricoverati o affidati a strutture riabilitative che consenta un consapevole coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico individualizzato	DSM5	Acquisizione di nota informativa sottoscritta dagli esercenti la potestà del paziente	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
	Progetto Regionale CIAO	DSM6	Riduzione del numero di contenziosi/anno	<=anno precedente	<=anno precedente	<=anno precedente
		DSM7	Monitoraggio numero di pazienti contenuti (evitare i contenziosi ripetuti)	<=anno precedente	<=anno precedente	<=anno precedente
	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	[Ind.Int. 117]	Procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso (ind. MES C16.11)	Ind. MES C16.11	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera (nota DG N.11895 DEL 6/08/2019)	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	>90%	>90%	>90%
	DGR 1188/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologia Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche	Ind. Int. 156 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci immunomodulatori a minor costo a base del p.a. Adalimumab, Etanercept ed Infliximac sul consumo totale (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>=50% sul consumo totale	>=50% sul consumo totale	>=50% sul consumo totale
	DRG 356/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di Rituximab e Trastuzumab.	Ind. Int. 157 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Rituximab e Trastuzumab sul consumo totale degli stessi p.a. (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale	>= 70% sul consumo totale
	DGR 2198/2016 - DGR 699/2017 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ATC L03AA - Fattori di Stimolazione le Colonie	Ind. Int. 158 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci biosimilari a base di Fattori di Stimolazione le Colonie sul consumo totale dei farmaci della categoria ATC L03AA (in termini di unità posologiche e valore economico).	> 85%	> 85%	> 85%

	DGR 1088/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnolog. ad alto costo a base di EPOETINE (ATC B03XA01 - 02 - 03).	Ind. Int. 159 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Eritropoetine sul consumo totale delle categorie ATC B03XA01-02-03 (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 80% sul consumo totale	>= 80% sul consumo totale	>= 80% sul consumo totale
	DGR 276/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici a base di Somatropina	Ind. Int. 160 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Somatropina sul consumo totale dello stesso p.a. (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 70%	>= 70%	>= 70%
	DGR 216/2014 - Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnol.	Ind. Int. 161 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Follitropina sul consumo totale (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 50% sul consumo totale	>= 50% sul consumo totale	>= 50% sul consumo totale
	Uso dei farmaci intravitreali per il trattamento della Degeneraz. maculare correl. all'età (AMD) e dell' Edema maculare diabetico (DME)	Ind. Int. 162	Procedura di prescrizione e allestimento	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 163	% delle DDD di ciascuna categoria ATC rispetto al 2019 per le seguenti cat.: ATC J01CR Associaz. di Penicilline, inclusi gli inibitori delle betalattamasi, J01DD Cefalosporine di 3a generaz., J01FA MACROLIDI, J01MA FLUOROCHINOLONI.	riduzione del 20% rispetto al 2019	riduzione del 20% rispetto al 2019	riduzione del 20% rispetto al 2019
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 164	Riduzione del 20% della spesa totale di antibiotici rispetto all'anno precedente	riduzione del 20% anno 2019	riduzione del 20% anno 2019	riduzione del 20% anno 2019
	Aderenza della procedura aziendale di antibiotico profilassi	Ind. Int. 165	Numero di tipologie di non conformità segnalate	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto	<20% del totale prescritto
	Redazione dei piani Terapeutici attraverso il SIR EDOTTO	Ind. Int. 166	% dei Piani Terapeutici informatizzati	>90% del totale	>90% del totale	>90% del totale
	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il SIR EDOTTO	Ind. Int. 167	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	>90% del totale	>90% del totale	>90% del totale
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa per farmaci	riduzione 20% spesa farmaceutica	riduzione 20% spesa farmaceutica	riduzione 20% spesa farmaceutica
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 169	Riduzione spesa per farmaci	riduzione 10% spesa farmaceutica	riduzione 10% spesa farmaceutica	riduzione 10% spesa farmaceutica
	Rispetto dei tetti di spesa per Dispositivi Medici	Ind. Int. 170	Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti	riduzione 10% spesa Dispositivi Medici	riduzione 10% spesa Dispositivi Medici	riduzione 10% spesa Dispositivi Medici
	Rispetto dei tetti di spesa per Diagnostici in vitro	Ind. Int. 171	Riduzione spesa Diagnostici in vitro	riduzione 10% spesa Diagnostici	riduzione 10% spesa Diagnostici	riduzione 10% spesa Diagnostici
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG [Ind.Int. 11 (*)]	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG [Ind.Int. 12 (*)]	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico

ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA

FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 13]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13]	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico	In miglioramento sul dato storico
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int. 14]	0	0	0
SANITA' DIGITALE	Pieno utilizzo delle procedure di prenotazione e refertazione delle prestazioni per interni	[Ind.Int. 09]	% prenotazioni Informatiche (Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni) [Ind.Int. 09]	>=95%	>=95%	>=95%
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	(Ind.Int. 100)	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>=90%	>=90%	>=90%
	Riduzione dei tempi per effettuazione delle prestazioni e refertazione per gli interni.	[Ind.Int. 22]	Tempo di attesa medio - (Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione; Den: Numero Richieste) [Ind.Int. 22]	<=2	<=2	<=2
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	[Ind.Int. 119]	Controlli trimestrali sull'appropriatezza delle prestazioni con rispetto dei vincoli percentuali di controlli previsti dal D.M.10/12/2009	Reportistica periodica e relazioni finale annuale	Reportistica periodica e relazioni finale annuale	Reportistica periodica e relazioni finale annuale
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incogruenze	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]	2 Verbali	2 Verbali	2 Verbali
	Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	[Ind.Int. 121]	Svolgimento corsi di formazione su rischio clinico	Almeno 2 corsi entro il 31/12	Almeno 2 corsi entro il 31/12	Almeno 2 corsi entro il 31/12
	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri	[Ind.Int. 122]	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Piena attuazione regolamento CO.VA.SI	[Ind.Int. 123]	Produzione nei termini previsti degli atti correlati ai contenziosi trattati dal CO.VA.SI.	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 124]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno il 30% al 31/12/2020	Almeno il 30% al 31/12/2020	Almeno il 30% al 31/12/2020
	Revisione raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 125]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/torale raccomandazioni deliberate	Almeno 4 al 31/12/2020	Almeno 4 al 31/12/2020	Almeno 4 al 31/12/2020
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 140]	Analisi e ricognizione dei bisogni formativi	Predisposizione relazione	Predisposizione relazione	Predisposizione relazione
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 141]	Organizzazione su proposta/programma delle Strutture interessate, di incontri formativi di approfondimento normativo e relativi agli adempimenti connessi per la trasparenza e le attività corruttive	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti	Relazione degli eventi svolti
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 142]	Redazione del Piano annuale della Formazione ed eventuale rivisitazione a seguito di nuove richieste o necessità formative	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione
	Migliorare le competenze e le conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	[Ind.Int. 143]	Attivazione di corsi specifici in materia di rischio clinico da inserire nell'ambito del PAF	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale	Attivazione entro il 31/12 di n.2 corsi inerenti il Rischio Clinico, in collaborazione con la Medicina Legale

	Ciclo Performance		Aggiornamento ed adeguamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance alle nuove linee guida sulla Valutazione partecipata e sulla Valutazione Performance individuale	SI/NO	implementazione	implementazione
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA	Contributo allo sviluppo scientifico	[Ind.Int. 101]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni (Ind. MES B15.1.3)	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio	Miglioram. Performance ultimo triennio
FORMAZIONE	Organizzazione di corsi di formazione aziendali su tematiche specifiche	[Ind.Int. 120]	Numero corsi di formazione eseguiti	Almeno 2/anno	Almeno 2/anno	Almeno 2/anno
	Aggiornamento rete referenti aziendali di Dipartimento o di Struttura Complessa per la predisposizione ed il monitoraggio dei percorsi previsti dal Piano di Formazione	[Ind.Int. 144]	Adozione di un regolamento aziendale della formazione con individuazione degli organismi paritetici e dei referenti aziendali	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto	Proposta alla Direzione Strategica dell'atto
	Formazione continua mediante attivazione di eventi formativi ECM	Ind. Int. 153	Formazione continua del personale	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno
	Formazione continua mediante partecipazione per personale assegnato alla struttura eventi formativi ECM	Ind. Int. 154	Formazione continua del personale	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno	Almeno 1 corso all'anno
PREVENZIONE E MALATTIE PROFESSIONALI	Sorveglianza operatori	[Ind.Int. 132]	attivazione delle specifiche procedure per 100% degli operatori sul totale delle richieste	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali
INFORTUNIO E MALATTIE PROFESSIONALI	monitoraggio infortuni sul lavoro come da protocolli INAIL	[Ind.Int. 133]	perfetto allineamento tra il numero delle procedure attivate ed il numero delle denunce effettuate all'INAIL	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali	Relazioni trimestrali
	Valutazione del Ricollocamento del personale con giudizio d'idoneità con prescrizioni o limitazioni, d'intesa con Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico ed Ostetrico.	[Ind.Int. 134]	Valutazione del Ricollocamento e/o di Limitazione da espletarsi d'intesa con gli altri uffici competenti per almeno il 20% del personale interessato .	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere
MIGLIORAMENTO RAPPORTO COSTI/EFFICACIA	Piano di riorganizzazione del personale assegnato al Servizio	[Ind.Int. 145]	Avvio: ricognizione della mappa allocativa del personale previsto e di quello in servizio	Elaborazione documento di proposta alla Direzione Strategica	Elaborazione documento di proposta alla Direzione Strategica	Elaborazione documento di proposta alla Direzione Strategica
	Supporto alla Direzione Strategica per la elaborazione del Piano Annuale Emergenze 2020	[Ind.Int. 146]	Piano annuae delle emergenze	Partecipazione alla contrattazione aziendale per la materia	Partecipazione alla contrattazione aziendale per la materia	Partecipazione alla contrattazione aziendale per la materia
	Proposta di determinazione di standard aziendali di utilizzo e impiego del personale	[Ind.Int. 147]	Proposta alla Direzione Sanitaria si/no	Invio della proposta alla Direzione Strategica	Invio della proposta alla Direzione Strategica	Invio della proposta alla Direzione Strategica
	Concorrere al processo di budgeting per quanto attiene all'attribuzione delle risorse necessarie alle diverse strutture e servizi aziendali	[Ind.Int. 148]	Processo di burget	Assegnazione del personale coerentemente alle direttive aziendali	Assegnazione del personale coerentemente alle direttive aziendali	Assegnazione del personale coerentemente alle direttive aziendali



A.O.U. OSPEDALI RIUNITI

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2020

DIPARTIMENTO: **XXXX****STRUTTURA****XXXXXXXXXX**Responsabile: **XXXXXXXXXX**

MACRO-AREA OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	Storico 2019	Target 2020	RISULTATO ATTESO	PESO
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	EFFICIENZA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	[Ind. MES C2a.M]	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0,48	0 [Valutazione MES]		
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ORGANIZZATIVA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	74,24	>=80%		
		Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]		U=3gg B=10gg D=30gg (visite) D=60gg (strumentali) P=120gg		
	EFFICIENZA	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	0,98	>=1		
		Riduzione delle prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. ricoverati, in attuazione del progetto aziendale sull'appropriatezza delle richieste	[Ind.Int. 16]	Valore prestazioni interne di laboratorio di analisi per pz. Ricoverati [Ind.Int. 16]		Da valutare su serie storica		
	MISSIONE	Miglioramento qualità percepita	[Ind. MES D18]	% Dimissioni volontarie [Ind. MES D18]	1,06	<=2%		
	RISCHIO CLINICO	Redazione di pareri motivati e completi sui sinistri in tema di responsabilità professionale	[Ind.Int. 17]	Redazione di pareri [Ind.Int. 17]		Relazione		
QUALITA'	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale del paziente degente da valutarsi attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. (DGR n.300 del 22/03/2016)	[Ind.Int. 18]	Questionari Somministrati/Pazienti Trattati [Ind.Int. 18]		>=10%			
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG [Ind.Int. 11 (*)]	95,37	In miglioramento sul dato storico		
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	EFFICIENZA	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 12 (*)]	Valore DISPOSITIVI per Punto DRG [Ind.Int. 12 (*)]	57,23	In miglioramento sul dato storico		
SANITA' DIGITALE	EFFICIENZA	Pieno utilizzo delle procedure di prenotazione e refertazione delle prestazioni per interni	[Ind.Int. 09]	% prenotazioni Informatiche (Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni) [Ind.Int. 09]		>=95%		
		Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	[Ind.Int. 100]	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti		>=90%		
		Riduzione dei tempi per effettuazione delle prestazioni e refertazione per gli interni.	[Ind.Int. 22]	Tempo di attesa medio - (Num: Giornate di attesa tra richiesta e refertazione;Den: Numero Richieste) [Ind.Int. 22]		<=2		
LEGALITA' TRASPARENZA E RISK MANAGEMENT	PRIVACY	Incontri sulla corretta applicazione delle regole di privacy ed eventuali incorgenze	[Ind.Int. 19]	Almeno due verbali anno [Ind.Int. 19]		2 Verbali		

RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA		CONTRIBUTO ALLO SVILUPPO SCIENTIFICO	[Ind.Int. 101]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni (Ind. MES B15.1.3)		Miglioram. Performance ultimo triennio		
ASSISTENZA FARMACEUTICA	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	DGR 276/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici a base di Somatropina	Ind. Int. 160 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Somatropina sul consumo totale dello stesso p.a. (in termini di unità posologiche e valore economico).		>= 70%		
		DGR 216/2014 - Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnol.	Ind. Int. 161 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Follitropina sul consumo totale (in termini di unità posologiche e valore economico).		>= 50% sul consumo totale		
	EFFICIENZA	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 163	% delle DDD di ciascuna categoria ATC rispetto al 2019 per le seguenti cat.: ATC J01CR Associaz. di Penicilline, inclusi gli inibitori delle betalattamasi, J01DD Cefalosporine di 3a generaz., J01FA MACROLIDI, J01MA FLUOROCHINOLONI.		riduzione del 20% rispetto al 2019		
		DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 164	Riduzione del 20% della spesa totale di antibiotici rispetto all'anno precedente		riduzione del 20% anno 2019		
		Redazione dei piani Terapeutici attraverso il SIR EDOTTO	Ind. Int. 166	% dei Piani Terapeutici informatizzati		>90% del totale		
		Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il SIR EDOTTO	Ind. Int. 167	% di prescrizioni specialistiche informatizzate		>90% del totale		
ASSISTENZA FARMACEUTICA	EFFICIENZA	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa per farmaci		riduzione 20% spesa farmaceutica		
		Rispetto dei tetti di spesa per Dispositivi Medici	Ind. Int. 170	Riduzione spesa Dispositivi Medici propriamente detti		riduzione 10% spesa Dispositivi Medici		
		Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera (nota DG N.11895 DEL 6/08/2019)	[Ind.Int. 07]	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	53,66%	>90%		

() Il mancato raggiungimento dell'obiettivo escluderà la struttura dal processo di valutazione della performance**

Il raggiungimento degli obiettivi è operato con riferimento al concorso dell'intera equipe; il Direttore della SC o del Dipartimento si impegna pertanto a comunicare e discutere i suddetti obiettivi con l'intera Equipe. I responsabili delle SS e i titolari di incarichi professionali dovranno condividere gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della SC/SSD alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata e rispetto ai quali si produrrà apposita valutazione circa il concorso nel raggiungimento dell'obiettivo stesso. Tutti i membri dell'Equipe dovranno pertanto sottoscrivere per accettazione la presente scheda, una copia della quale verrà recapitata alla S.C. Controllo di Gestione. Il peso dei sopra elencati obiettivi e di quelli operativi sarà determinato in sede di discussione di budget per l'anno 2020

CRITERI E METODOLOGIA DI VERIFICA E DI VALUTAZIONE

Saranno applicati i criteri e le metodologie di verifica già in uso presso l'Azienda in aderenza a quanto pubblicato sul sito istituzionale sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE - PERFORMANCE - SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE"

Il Direttore della struttura:

Il Direttore della struttura Programmazione e C.d.G

Il Direttore Generale