



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

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

n. 277 del 26 MAR 2018

OGGETTO:

APPROVAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2018-2020

Struttura proponente	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE										
Documenti integranti il provvedimento:											
<table border="1"><thead><tr><th>Descrizione Allegato</th><th>n. pag.</th></tr></thead><tbody><tr><td>Relazione piano triennale 2018-2020</td><td>36</td></tr><tr><td>Elenco generale obiettivi</td><td>7</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		Descrizione Allegato	n. pag.	Relazione piano triennale 2018-2020	36	Elenco generale obiettivi	7				
Descrizione Allegato	n. pag.										
Relazione piano triennale 2018-2020	36										
Elenco generale obiettivi	7										
<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	

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. 408 del 31/7/2017 questa Azienda provvedeva a predisporre, ai sensi dell'art.15 del D.Lvo n° 150/2009, il Piano Triennale delle Performance (di seguito denominato "Piano") a valere per il triennio 2017-2019, con la previsione del contestuale avvio del processo di budget;
- in ossequio alla normativa vigente è necessario procedere alla rimodulazione del predetto piano, adeguando gli obiettivi in esso contenuti alle esigenze aziendali previsionali, per il triennio 2018-2020;
- il Piano che si approva prevede, attualizzandoli al triennio di riferimento, le azioni e gli obiettivi strategici e specifici validi per il 2018-2020, con l'indicazione dello step da raggiungere nel 2018;
- come per il precedente piano, anche la presente rimodulazione prevede, in allegato, 5 macroaree che, per specifici settori di attività, prevedono obiettivi, crono programmi di attuazione e criteri di misurazione della performance rispetto agli stessi condivisi con l'O.I.V;
- l'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 341 del 18/12/2015 ha approvato, nelle more, il nuovo piano dei Dipartimenti aziendali, con l'individuazione della tipologia e del numero di strutture aggregate a ciascun dipartimento. Tali strutture hanno costituito l'articolazione dei centri di responsabilità e costo che sono monitorati nel corso dell'anno ai fini della successiva valutazione delle attività e del personale tutto;
- si conferma il miglioramento organizzativo ottenuto dall'attivazione dal 1/1/2018 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, con la correlata gestione informatizzata della liquidazione delle fatture;
- tale nuova operatività, da portare a regime entro e non oltre il 31/12/2018, consentirà la verifica dei ritmi di consumo dei beni a livello di singoli centri di responsabilità. La procedura di che trattasi formalizza e rende cogenti compiti e percorsi per ciascun centro assegnatario di budget con la conseguente assunzione di tutta la responsabilità gestionale in capo alla dirigenza aziendale coinvolta nel processo descritto;
- altra importante innovazione riguarda l'attivazione, a decorrere dall'1/1/2018, della informatizzazione del budget economico finanziario che consentirà il monitoraggio costante della spesa;
- le azioni e gli obiettivi previsti nel documento che si approva con il presente atto potranno essere ulteriormente specializzati in sede di discussione ed assegnazione di budget da concordare con i vari livelli apicali di responsabilità delle Strutture;;
- l'approvazione del Piano Triennale della Performance allegato al presente provvedimento, costituisce concreto avvio del processo di budget per l'anno 2018;

Ritenuto

- di dover procedere con la formale approvazione del Piano delle performance 2018-2020, in uno con lo step di specifica competenza del 2018;
- di dover partecipare l'avvenuta pubblicazione del predetto documento sul sito aziendale, sezione "Trasparenza", a tutti i direttori e dirigenti aziendali delle strutture.



Visto

- L'art. 15 comma 2 lett.b) del D.L.vo n° 150/2009 e s.m.i,
- Viste le delibere della CIVIT:
 - DELIBERA CIVIT N° 88/2010: Linee guida per la definizione degli standard di qualità;
 - DELIBERA CIVIT N° 89/2010: Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
 - DELIBERA CIVIT N° 112/2010: STRUTTURA E MODALITÀ DI REDAZIONE del Piano della Performance;
 - DELIBERA CIVIT N° 1/2012: Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance;
 - DELIBERA CIVIT N° 113/2010: APPLICABILITÀ agli enti del SSN del D.Lgs. 150/2009;

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

DELIBERA

- 1) Di approvare il Piano delle Performance triennale relativo al periodo 2018 – 2020 che, allegato al presente atto ne costituisce parte integrante;
- 2) Di disporre che lo stesso documento sia pubblicato nell'apposita sezione "Trasparenza" del sito aziendale;
- 3) Di dare mandato alla competente Struttura Programmazione e Controllo di Gestione, di avviare, sulla scorta delle previsioni contenute nel documento che qui si approva, il processo di budget relativo al 2018;
- 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.

Il Dirigente Proponente
Struttura
dott. Michele Abbaticchio

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Laura Lilliana Moffa

Il Direttore Amministrativo
dott. Michele Ametta

Il Direttore Generale
dott. Vitangelo Dattoli



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

Foggia, 26 MAR 2018

F.to IL FUNZIONARIO ADDETTO





PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2018- 2020





Piano triennale della Performance 2018 - 2020

Indice

Fonti normative e documentali	pag. 3
Presentazione	pag. 4
Chi siamo e cosa facciamo	pag. 8
L'organizzazione dipartimentale	pag. 10
L'analisi della produzione	pag. 12
A) Produzione drg ordinari	pag. 12
B) Numero ricoveri	pag. 13
C) Peso medio dei drg prodotti	pag. 15
D) Degenza media	pag. 15
E) Degenza media preoperatoria	pag. 16
F) Tasso di mortalità aziendale	pag. 16
G) Utilizzo posti letto	pag. 17
H) Mobilità attiva e passiva	pag. 17
I) Tasso di ospedalizzazione	pag. 20
J) Spesa farmaceutica	pag. 21
K) Percentuale ricoveri diurni diagnostici	pag. 22
L) Percentuale ricoveri con drg chirurgico	pag. 24
M) Percentuale drg inappropriati/appropriati	pag. 25
N) Percentuale parti cesarei	pag. 25
O) Fratture femore operate in seconda giornata	pag. 27
P) Produzione drg extraregionali	pag. 24
Q) Produzione ambulatoriale	pag. 30
R) Accessi al Pronto Soccorso	pag. 31
Quadro di sintesi aziendale	pag. 32
Considerazioni	pag. 33
Macroaree	pag. 35



FONTI NORMATIVE E DOCUMENTALI

Norme di riferimento

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

Documentazione di riferimento

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

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



PRESENTAZIONE

Con il presente documento si rimodula il Piano Triennale della Performance aziendale in vigore per il triennio 2017 – 2019, per aggiornarlo al triennio 2018 – 2020. Si conferma la centralità dell'atto ai fini della programmazione aziendale per il triennio di riferimento, in ossequio alle disposizioni contenute nell'art. 15 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150.

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

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

Come per il triennio 2017 – 2019, anche al presente piano è allegato l'elenco generale di tutti gli obiettivi previsti dalla Direzione aziendale. Dall'elenco generale, come per l'anno 2017, saranno individuati e selezionati quelli da attribuire alle singole strutture le quali risulteranno assegnatarie di specifici set di obiettivi, coerenti con le tipologie di prestazioni erogate da ciascuna.

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 confermano gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative previste nel Piano 2017 – 2019 e che qui si riportano:

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

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

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

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



- le specifiche aree progettuali, indicando i riferimenti (siano essi di natura normativa che atti di indirizzo, direttive etc.), gli obiettivi di carattere generale che si intendono perseguire;
- gli indicatori stabiliti per ogni obiettivo;
- le modalità di verifica e, ove ritenuto, le specifiche modalità attuative;
- i tempi di attuazione ed i risultati attesi;
- le strutture responsabili dell'attuazione e le eventuali ulteriori strutture aziendali coinvolte nel perseguimento dell'obiettivo;
- la previsione di una funzione di controllo e verifica complessiva, generalmente indicata nella Direzione Amministrativa o Sanitaria ed a cui è demandata anche la fondamentale funzione di coordinamento tra le varie strutture, nei casi in cui l'attuazione dell'obiettivo preveda la partecipazione di più attori.

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

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

Il completamento degli indicatori in questione, in uno con i relativi risultati registrati già al 30/9/2017 con l'approvazione dello stato di attuazione degli obiettivi al 30 settembre 2017 e gli obiettivi attesi per gli anni 2018, 2019 e 2020, sono inseriti nelle apposite schede elaborate dalla Struttura Programmazione e Controllo di Gestione. Queste ultime schede individuano, su indicazione della Direzione Strategica, gli obiettivi specifici assegnati alle diverse articolazioni aziendali sulla scorta dei quali si dovrà procedere alla successiva valutazione dei risultati.

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



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

In tale contesto, pertanto, l’Azienda – nell’ambito delle possibilità offerte dal sistema EDOTTO continuerà a monitorare le attività al fine di migliorare le proprie performance assistenziali e contribuire, così, al mantenimento dei livelli qualitativi delle performance regionali (che consentano alla Regione Puglia di risultare in linea con i citati adempimenti LEA).

L’Azienda procederà con le varie misurazioni di tutti gli indicatori i cui dati siano oggettivamente disponibili nel proprio sistema informativo. Laddove l’indicatore implichi dati per i quali l’Azienda non ha la disponibilità (nemmeno attraverso l’utilizzo di Edotto), pur cercando di monitorare al meglio le connesse attività, lo stesso non potrà ritenersi utile ai fini delle successive valutazioni sia delle attività delle Strutture, sia dei dirigenti delle stesse.

Restano confermate tutte le ulteriori valutazioni delle attività aziendali, operate alla luce del Programma Nazionale Esiti (PNE). Anche in questo caso però, disponendo di dati assestati di riferimento dopo molto tempo, l’obiettivo, per le Strutture sarà quello di migliorare le specifiche performance correlate a detti indicatori, con la riserva di aggiornare il raffronto con la banca dati PNE man mano che questa sarà disponibile per i vari anni di riferimento. Per le stesse motivazioni riportate innanzi, anche quest’indicatori non potranno formare oggetto di valutazione della performance della struttura.

Si confermano le strategie che si intendono attuare, coincidenti, in massima parte, con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale che, direttamente collegati alla programmazione regionale, sono fissati nella D.G.R. n. 2198 del 28 dicembre 2016, avente ad oggetto *“Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa”*, nonché di qualsiasi altro atto adottato e/o adottando da parte della Regione Puglia.

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

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

- a) la definitiva messa a regime, entro il 2018, di un sistema gestionale che consenta alla Direzione e, in generale, alla Dirigenza coinvolta, il controllo della spesa. Tale attività, già garantita in passato dall’Azienda in relazione ai macrolivelli di costi, dovrà, ora, essere garantita dinamicamente, onde rilevare tempestivamente non solo i ritmi di assorbimento di risorse, ma anche le eventuali, conseguenti azioni correttive da porre in essere. Tale modalità, possibile con la messa a regime del



nuovo software gestionale attivato dal 1° gennaio 2016, garantirà meglio e più puntualmente i conseguenti adempimenti correlati agli obblighi di trasparenza e legalità, nonché le tempistiche di pagamento ai fornitori. Tutti i Direttori/Dirigenti dei centri di responsabilità coinvolti nel processo saranno impegnati a verificare il corretto adempimento e il corretto utilizzo delle procedure da parte dei propri collaboratori;

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

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



Chi siamo e cosa facciamo

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

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

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

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

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

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

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

Il territorio di riferimento è, prevalentemente, quello provinciale.

La Provincia di Foggia è la seconda Provincia italiana per estensione, con 6.965 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.

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

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

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

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

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



L'organizzazione dipartimentale

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

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

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

In particolare la strutturazione dipartimentale di una Azienda sanitaria favorisce il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituendo per tal 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.

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

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

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

La nuova organizzazione è attiva dal 1° gennaio 2016.

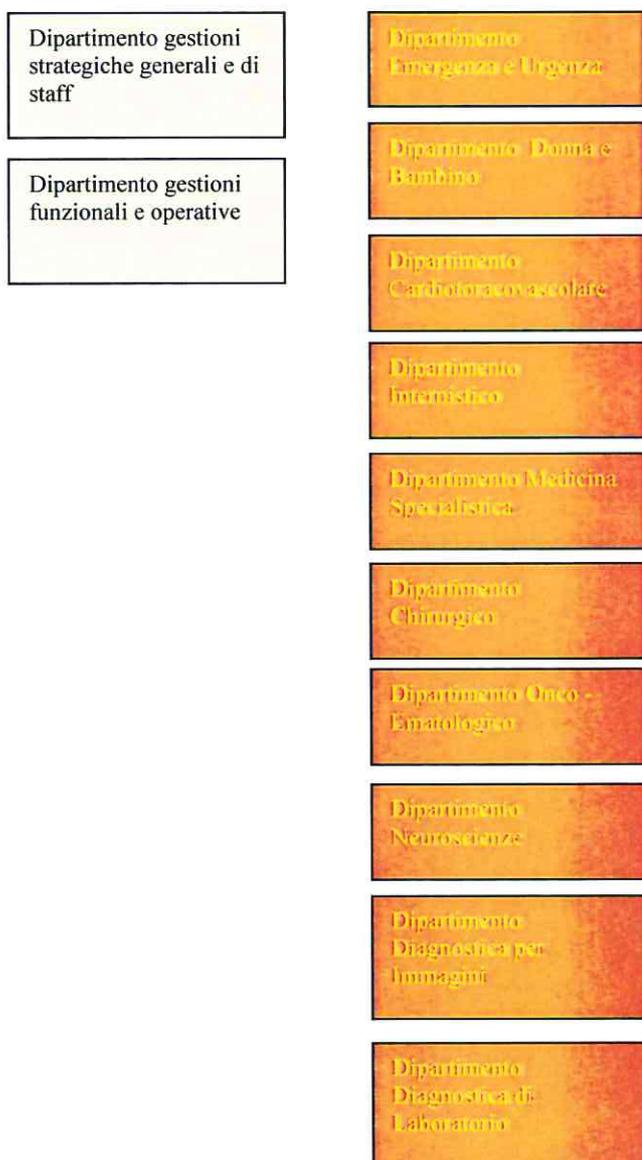


A seguito dell'individuazione dei Direttori dei Dipartimenti, con gli stessi sono stati stipulati appositi contratti, accessivi al contratto principale di lavoro, nell'ambito dei quali:

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

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

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





L'ANALISI DELLA PRODUZIONE

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

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

A) Produzione DRG ordinari

Dal 1° ottobre 2015 la Direzione ha imposto l'utilizzo del sistema informatico EDOTTO, messo a disposizione dalla Regione e necessario per la registrazione dell'accettazione, trasferimento e dimissione dei pazienti (ADT). Con l'utilizzo di tale sistema e con la riapertura dei termini utili all'invio dei ricoveri registrati nel periodo precedente, è superata la criticità connessa con il tardato o mancato invio dei dati alla Regione. Per il 2017 la produzione ha fatto registrare il seguente andamento:

Indicatore 2017 

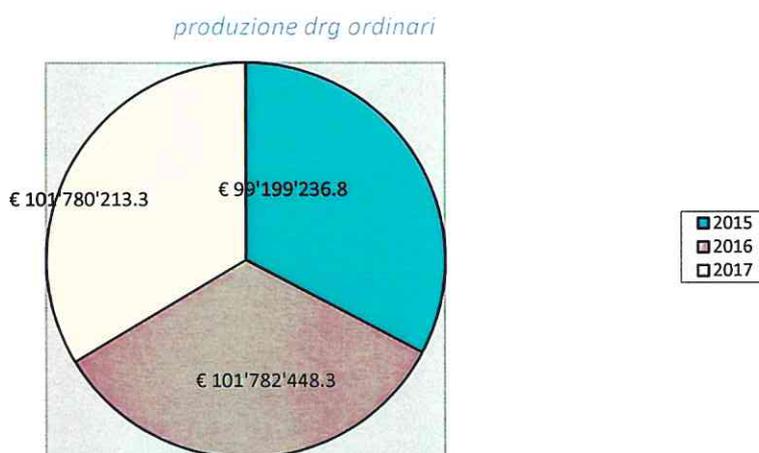


Figura 1 produzione economica drg ordinari

Il dato evidenzia una conferma della produzione dell'anno precedente. Ciò si è realizzato con una contestuale riduzione numerica dei ricoveri, in linea con le disposizioni nazionali e regionali emanate in tale materia e con un aumento della complessità dei drg prodotti che ha mantenuto la performance economica in linea con quella del 2016. Si attendono ulteriori miglioramenti nell'esercizio in corso, da coniugare, comunque, con l'esigenza di un costante miglioramento delle appropriatezza assistenziali, anche mirando ad un aumento della complessità trattata. Gli interventi sui quali la Direzione ha insistito anche nel corso del 2017 hanno riguardato, come già precisato nel precedente Piano Triennale, i seguenti settori:

- Miglioramento dell'utilizzo delle sale operatorie;

- Miglioramento di alcuni indicatori di attività assistenziale.

B) numero dei ricoveri

Indicatore 2016 

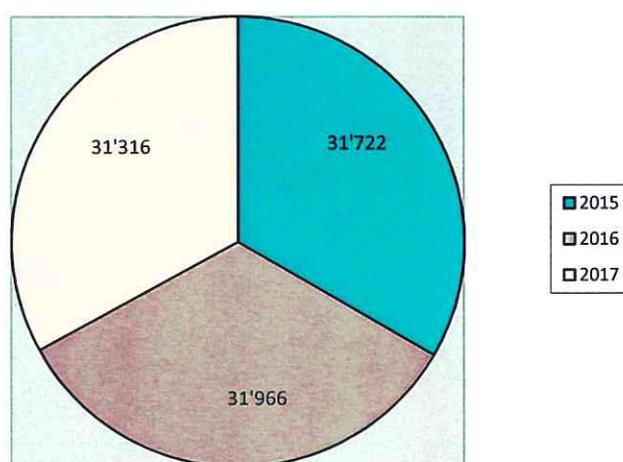


Figura 2 n. drg ordinari

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

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

C) P.M. drg ordinari

raffronto indicatore 2016

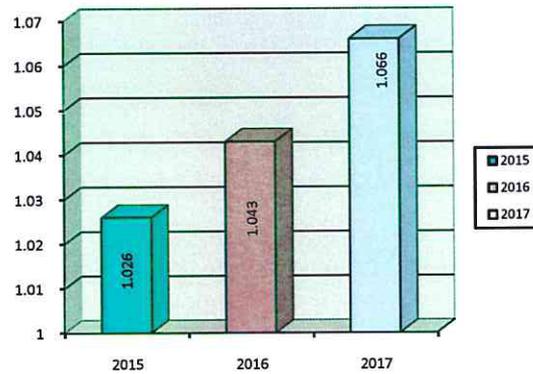


Figura 3 Peso medio drg ordinari

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

D) La degenza media

raffronto indicatore 2016

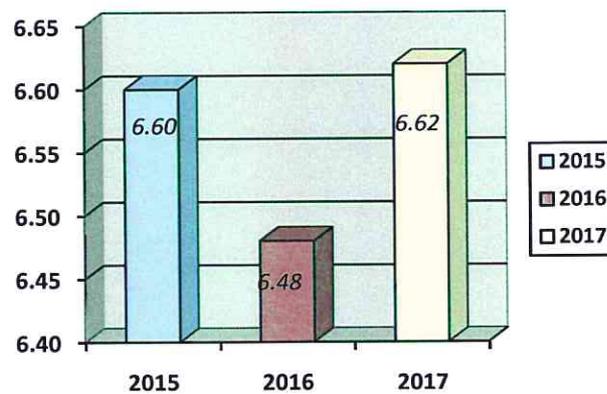


Figura 4 Degenza media per drg ordinari

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

E) Degenza media preoperatoria

raffronto indicatore 2016 

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

2015	2016	2017
0.47	0.48	0.54

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

F) Tasso di mortalità aziendale

Indicatore 2016 

Media nazionale 3.3 (2015 Min. Salute)

Media regionale 2.5 (2015 Min. Salute)

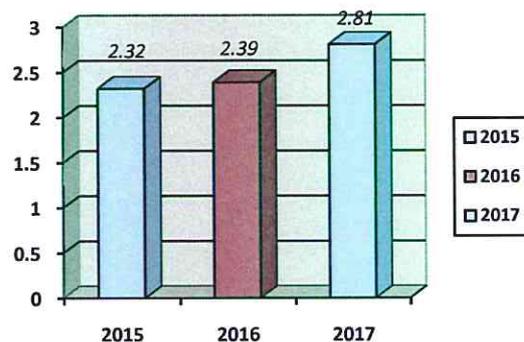


Figura 5 tasso di mortalità aziendale



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

G) Utilizzo posti letto

non confrontabile con gli anni precedenti 

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

Anno	Indice occup.	Indice di rotazione	Intervallo Turnover
2015	89%	48.3	0.8
2016	88%	48.8	0.9
2017	89%	47.8	0.9

L'indice di occupazione migliora leggermente rispetto al 2016 ma dovrà tendere al 90%.

H) Mobilità attiva e passiva

Indicatore 2016 

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

Mobilità attiva

	2015		2016			2017		
	n. ricoveri	importo	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2016/2015	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2017/2016
DH	500	434.906	446	330.145	-24,09%	369	254.483	-22,92%
Ordin.	1.221	4.098.524	1.396	4.632.125	+11,52%	1.396	4.741.309	+2,30%
Totale	1.721	4.533.430	1.842	4.962.270	+8,64%	1.765	4.995.792	+0,67%

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

- incremento dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- miglioramento dell'adeguatezza prescrittiva e conseguente recupero delle attività per la riduzione dei tempi di attesa;
- attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati a specifiche patologie;
- ampliamento dell'offerta clinico-diagnostica;
- aumento della qualità comunicativa

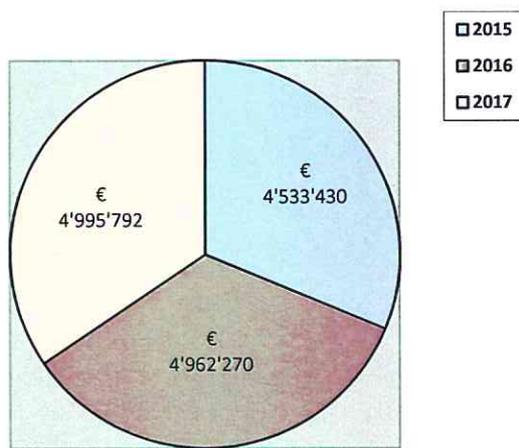


Figura 6 Produzione attiva per ricoveri ordinari e in d.h.

Mobilità passiva

La mobilità passiva dalla Provincia di Foggia: i numeri

	2014		2015			2016		
	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2015/2014</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2016/2015</i>
<i>DH</i>	2.763	3.385.823	2.783	3.321.505	-1,90%	2.212	2.853.224	-14,10%
<i>Ordinari</i>	9.096	43.705.676	8.152	40.451.482	-7,45%	7.910	40.616.739	+0,41%
<i>Totale</i>	11.859	47.091.499	10.935	43.772.987	-7,05%	10.122	43.469.963	-7%

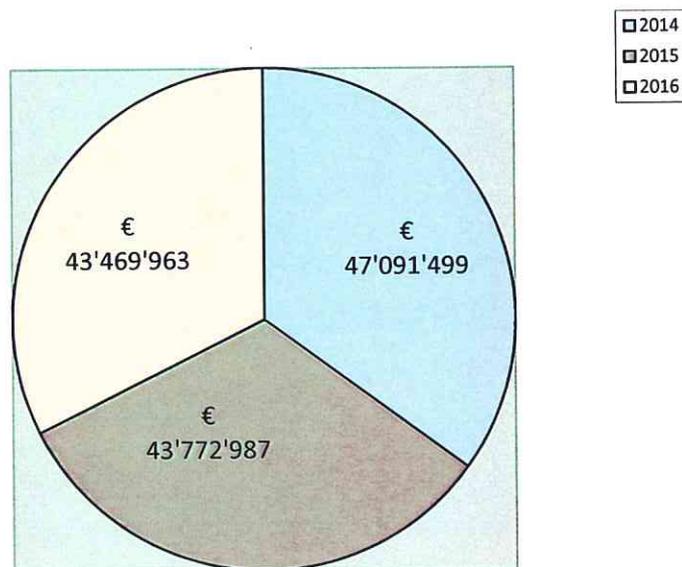


Figura 7 Mobilità passiva Provincia di Foggia

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

	2014		2015			2016		
	n. ricoveri	importo	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2015/2014	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2016/2015
DH	699	869.679	670	771.597	-23,55%	562	779.378	+1%
Ordinari	1.936	9.750.093	1.761	9.494.103	-22,50%	1.687	9.217.920	-2,91%
Totale	2.635	10.619.772	2.431	10.265.700	-3,33%	2.249	9.997.298	-2,61%

*i dati del 2016 sono elaborati dal database di EDOTTO non consolidato

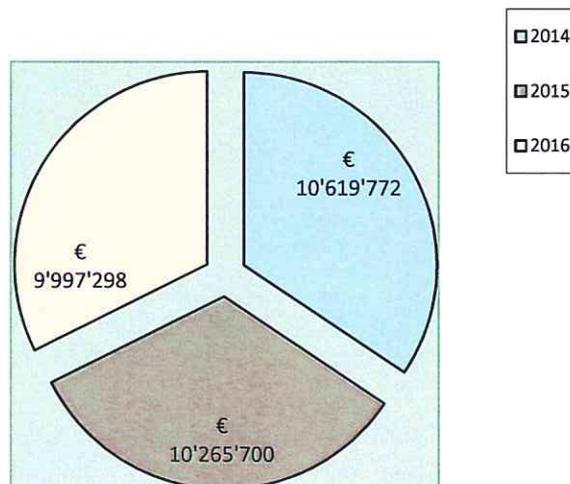


Figura 8 Mobilità passiva Comune Foggia

D) Tasso di ospedalizzazione

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

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



J) La spesa farmaceutica

Indicatore 2016

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

Il dato aziendale è evidenziato qui di seguito:

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

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

2017 totale pesi drg = 39.507,65 spesa per farmaci = € 10.485.918,19; indicatore = **€ 265,41**

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

2015		2016		2017	
Peso drg	Costo per peso drg	Peso drg	Costo per peso drg	Peso drg	Costo per peso drg
43.044,90	€ 254,79	42.205,42	€ 247,95	39.507,65	€ 265,41

I dati riportati dal Mes, in vero, non sono coincidenti con quelli elaborati autonomamente dall'Azienda e che, si ritiene, sulla scorta della metodica utilizzata di dover confermare. Si ritiene di attribuire la colorazione evidenziata in virtù del fatto che, comunque, si registra una diminuzione complessiva dei pesi drg.



K) Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico

Indicatore 2016 

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

Il parametro di riferimento LEA è ≤ 7 per 1.000 residenti.

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

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

anno	n. abitanti	n. dimissioni	Incidenza x 1.000 ab.
2015	638.532	6.624	10,37
2016	638.532	5.241	8,2
2017	638.532	3.759	5,89

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

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

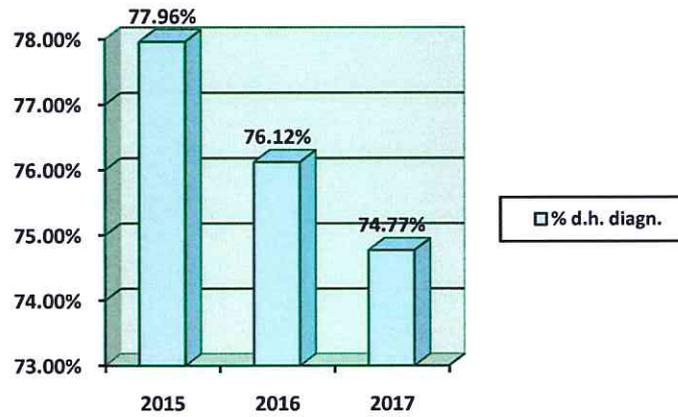


Fig. 9 - % drg in day hospital di dipo diagnostico

Per in presenza di un decremento, il dato risulta alto.

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

Indicatore 2016 

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

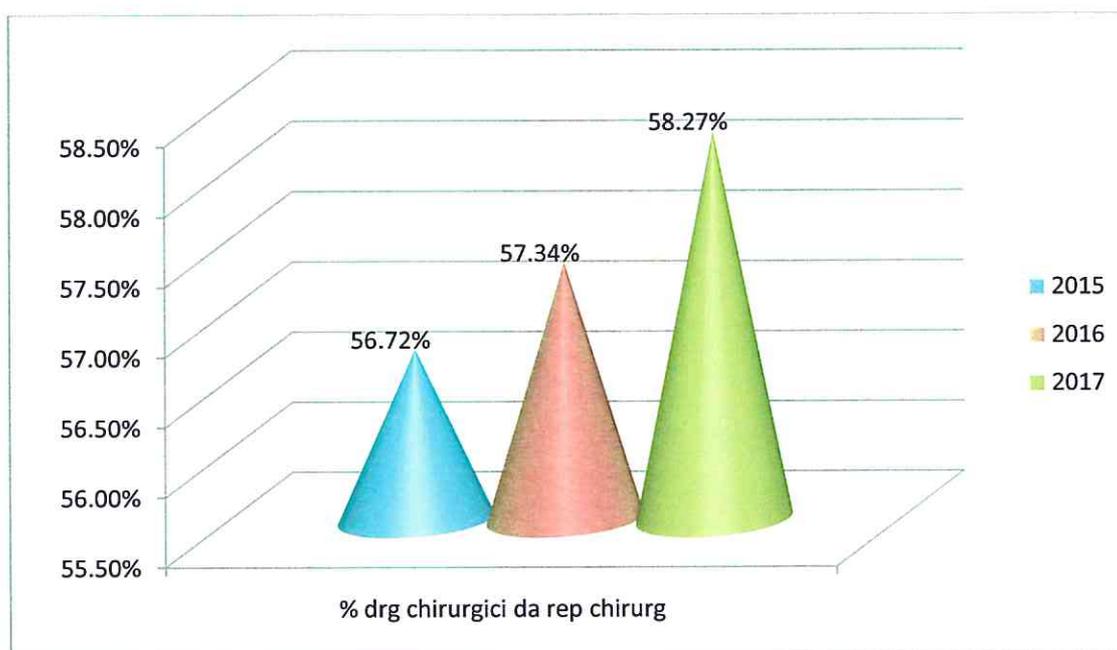


Figura 9- % drg chirurgici su totale drg ordinari

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

M) Rapporto tra drg a rischio di inappropriatazza e drg appropriati

Indicatore 2016

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: $\leq 29\%$

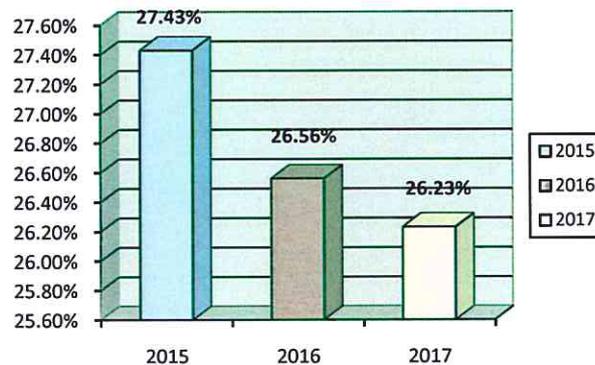


Figura 10 - % drg inappropriati su appropriati

N) Percentuale parti cesarei

Indicatore 2016

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

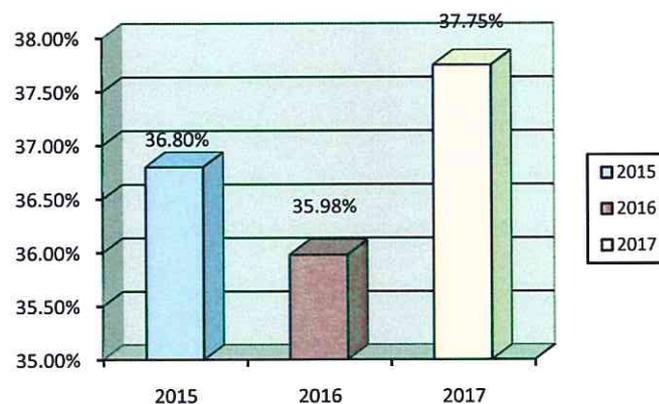


Figura 11 - % parti cesarei

I dati rilevabili dal sistema interno aziendale non consentono una automatica verifica dell'indicatore in quanto, lo stesso, si riferisce ai parti primipari. In base al protocollo del PNE (Programma Nazionale Esiti), per l'Azienda (2015), si registra una percentuale pari al 25,24% a fronte di un dato di riferimento nazionale pari al 25,11%. Si ritiene, pertanto, di considerare il dato positivamente.



Infatti, calcolando il report sulla scorta dei dati evidenziati nel sistema EDOTTO, si rilevano le seguenti percentuali Aziendali:

Anno	Percentuale cesarei
2015	21,16%
2016	23,51%
2017	15,05%

O) Fratture femore operate in seconda giornata

Indicatore 2016

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

Il dato aziendale è esposto nel grafico seguente:

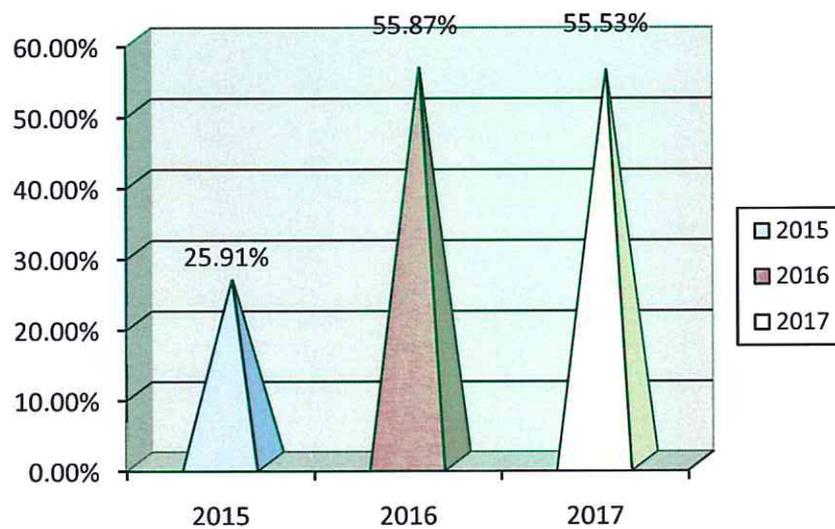


Figura 12 - % interventi femore in seconda giornata

E' apprezzabile il costante trend positivo.

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

P) Produzione extraregionale

La produzione per drg ordinari extraregionali presenta i seguenti dati:

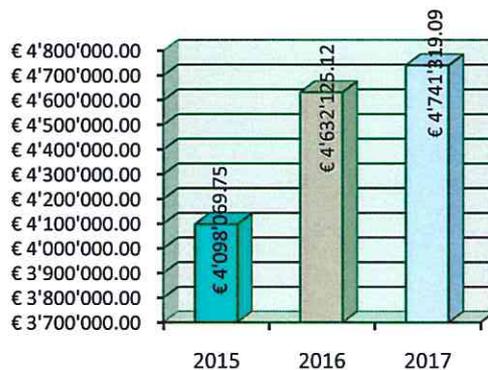


Figura 13 - produzione extraregionale drg ordinari

E' dato rilevare un incremento pari al 2.36% rispetto al 2016. In termini numerici i drg extraregionali prodotti registrano la seguente rappresentazione:

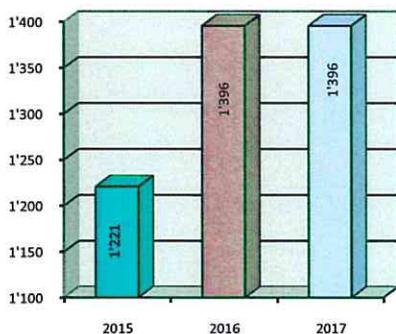


Figura 14 N. drg ordinari extraregionali

A parità di numero di drg, la valorizzazione aumenta. Ciò in virtù dell'aumento del p.m. dei drg prodotti.

Infatti l'andamento del p.m. risulta essere:

2015	1.07
2016	1.05
2017	1.08

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

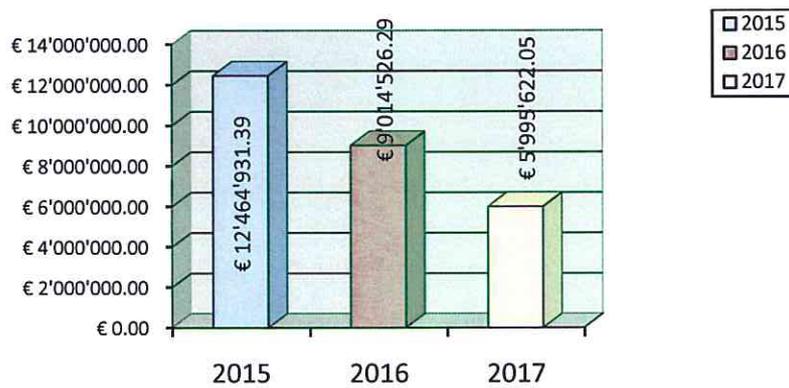


Figura 18 - produzione drg in d.h.

Il decremento è pari al 33,49%.

Anche questo dato è coerente con l'obiettivo di erogare le prestazioni con un corretto setting assistenziale.

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

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



Q) Produzione ambulatoriale

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

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

Nel corso del 2017 la riconduzione di prestazioni in precedenza rese in regime di DH, ovvero di più e diversi accessi per varie prestazioni ambulatoriali in un unico pacchetto di prestazioni (sia prestazioni ambulatoriali complesse – PAC – ovvero di prestazioni chirurgiche ambulatoriali – PCA –) ha subito un notevole impulso, come evidenziato dalla tabella che segue.

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

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

PRODUZIONE AMBULATORIALE		
anno	Numero prestazioni	importo
2015	1.714.834	€ 24.905.532,11
2016	1.439.219	€ 28.467.005,68
2017	1.567.848	€ 35.611.431,04
<i>L'Azienda nel 2015 ha garantito prestazioni ambulatoriali per esterni ad un numero pari a 134.823 assistiti, processando 510.424 impegnative.</i>	<i>L'Azienda nel 2016 ha garantito prestazioni ambulatoriali per esterni ad un numero pari a 129.161 assistiti, processando 494.643 impegnative</i>	<i>L'Azienda nel 2017 ha garantito prestazioni ambulatoriali per esterni ad un numero pari a 130.121 assistiti, processando 506.078 impegnative</i>



R) Accessi al Pronto Soccorso

<i>Numero di accessi in Pronto Soccorso distinti per codici</i>				
Attività di Pronto Soccorso	2014	2015	2016	2017
Codice non specificato	27	9	5	11
Codice bianco	530	226	229	730
Codice verde	24.360	24.700	27.365	25.662
Codice giallo	34.675	34.638	29.042	26.956
Codice rosso	3.563	3.519	3.748	4.006
Codice nero-deceduto	42	35	52	68
Totali	63.197	63.127	60.441	57.433



QUADRO DI SINTESI AZIENDALE

<i>INDICATORE</i>	<i>PIANO 2017 - 2019</i>
Produzione drg ordinari	Green
Numero dimissioni	Green
Peso medio drg	Green
Degenza media	Red
D.M. preoperatoria	Green
Tasso mortalità az.	Green
Utilizzo p.l.	Green
Mobilità attiva	Green
costo farmaci per punto drg	Orange
% ricov. diurni di tipo diagnostico	Orange
% ricoveri chirurgici su totale ricoveri ordinari	Orange
Rapporto tra drg inappropriati e appropriati	Green
% parti cesarei	Green
% interventi femore in seconda giornata	Green



CONSIDERAZIONI

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

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

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

Il peso medio dei drg risente sia della domanda indotta dal territorio e della conseguente impossibilità di incidere da parte dell'Azienda, sia della mancanza all'interno dell'Azienda di discipline (in via di attivazione) quali la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare, in grado di produrre drg di rilevante peso. Nonostante tale carenza l'azione interna svolta ha consentito di realizzare un miglioramento dell'indicatore nel 2017.

La spesa farmaceutica per punto drg dovrà essere monitorata con particolare attenzione. Le azioni programmate dalla Direzione, tendenti al migliore utilizzo delle sale operatorie, pur in un quadro di estrema difficoltà dovuta alla carenza di personale, non mancheranno di determinare effetti positivi anche sulle percentuali di drg chirurgici. L'indicatore sarà particolarmente monitorato nella consapevolezza che la domanda indotta non consentirà di comprimere il dato oltre certi limiti. Un aumento dei drg chirurgici, ancorché nei limiti esposti, determinerà sicuramente una ricaduta positiva sul livello di complessità della casistica trattata e, quindi, sui pesi totali dei drg utili al calcolo della spesa farmaceutica..

Si confermano, a questo punto, tutti i riferimenti riportati nel vigente Piano triennale e relativi alla situazione del personale, alla percorso di valutazione riportato in quel documento.

Si confermano le Macroaree riportate nel vigente Piano, significando, però, che nell'ambito delle stesse sono stati inseriti una serie di obiettivi specifici individuati con DGR n° 2198/2016 e utili ai fini della valutazione del Direttore Generale. Per alcuni di questi non si è ritenuto di esporre dati aggregati nel presente documento al fine di non appesantirlo eccessivamente. Il set di obiettivi riportati nell'allegato, costituiranno tutti oggetti di assegnazione alle varie strutture aziendali.



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

Per ogni struttura si individuano così due schede. La prima riportante tutti gli elementi di carattere economico della struttura (scheda delle valorizzazioni economiche e dei margini), così come registrati fino al 31 dicembre 2017. Nella seconda scheda si specializzano gli obiettivi di attività estrapolati dall'elenco generale di cui sopra e assegnati alla struttura in coerenza con le specifiche attività garantite dalla stessa.

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

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



MACROAREE

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

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

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

La sessione di budget si attiverà a seguito dell'approvazione del presente documento, sulla scorta delle azioni previste e sulla base delle disponibilità rilevabili dal bilancio economico di previsione 2018.

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

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

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

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

Tali dati sono stati inviati dalla Struttura Programmazione e Controllo.



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

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

La verifica formale degli esiti relativi al raggiungimento degli obiettivi previsti per il 2018, che coincidono con quelli indicati nelle allegate schede, formerà oggetto della "relazione sulle performance" da adottarsi a consuntivo di esercizio, appena si rendono disponibili i dati assestati di periodo.

Conseguentemente è possibile che, gli obiettivi per l'anno 2018, in sede di condivisione e sottoscrizione del budget, possano trovare un adeguato e necessario assestamento in coerenza con l'acquisizione dei dati definitivi dello stesso anno.

		FINALITÀ E INDICATORI		MODALITÀ DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE		TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITÀ
AREA PROGETTUALE	REFERIMENTI	OGGETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	2017	PIANO 2018	PIANO 2019	PIANO 2020	RESPONSABILE PROGETTO	
1	Leggita L. 150/2012	Prevenire il rischio di corruzione; Scegliere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Piano di formazione	Aggiornamento del Piano con le modalità e nei termini previsti	SI	entro 15/1/10	entro 30/2	entro 30/2	Struttura Legale e Contenzioso	
2	Leggita L. 150/2012	Prevenire il rischio di corruzione; Scegliere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale e conclusiva entro 31/01	SI	entro 30/1/1	entro 30/1/1	entro 30/1/1	Struttura Legale e Contenzioso	
3	Leggita L. 150/2012	Prevenire il rischio di corruzione; Scegliere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Istruzioni registro protocollo riservato	Fiscando avvenuta istruzione	no	entro 15/1/0			Struttura Legale e Contenzioso	
4	Leggita L. 150/2012	Prevenire il rischio di corruzione; Scegliere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Relazione annuale del piano di prevenzione	Adozione della Relazione con le modalità e nei termini previsti	no	entro 15/1/0	entro 31/1	entro 31/1	Struttura Legale e Contenzioso	
5	Leggita L. 150/2012	Prevenire il rischio di corruzione; Scegliere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Relazione trimestrale al responsabile leggita su stato attuazione adempimenti previsti dal Piano trimestrale sulla trasparenza e leggita	notifica relazione	no	entro il 30/9	trimestrale	trimestrale	Struttura AA.GG.	
6	Leggita L. 150/2012	Prevenire il rischio di corruzione; Scegliere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Relazione Piano della Prevenzione	Adozione e/o inasprimento del Piano con le modalità e nei termini previsti	SI	entro 31/10	entro 29/2	entro 29/2	Struttura Tecnica, Struttura Legale e Contenzioso	
7	Trasparenza L. 150/12 Derivati regionali D.Lgs. 33/12 D.Lgs. 156/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e i tempi previsti dalla legge di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Aggiornamento tempestivo delle informazioni	Verifica continua dell'iterativo aggiornamento ed evidenza, nella relazione finale, delle eventuali incongruenze	no	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Rep. Amend. Trasparenza	
8	Trasparenza L. 150/12 Derivati regionali D.Lgs. 33/12 D.Lgs. 156/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e i tempi previsti dalla legge di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Verifica a controllo del rispetto delle regole sulla privacy	Verifica a campione, della corretta applicazione delle regole privacy ed evidenza, con apposita relazione, delle eventuali incongruenze, con indicazione dei possibili miglioramenti	NO	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Alfidi Generali	
9	Trasparenza L. 150/12 Derivati regionali D.Lgs. 33/12 D.Lgs. 156/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e i tempi previsti dalla legge di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Relazione Bilancio Sociale	Confezione, in tutte le strutture impegnate, delle aree di trattazione e del layout del documento. Strutturata, per ciascuna struttura e ragione materiale, di parte del Documento. Adozione nei termini	SI	entro 30/10	entro 30/05	entro 30/05	Alfidi Generali	
10	Ciclo della Performance DL 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Redazione Piano della Performance e trimestrali e scorsivi successivi	La tenuta del Documento dovrà garantire la congruenza dello stesso sia con le fonti di riferimento (forme di settore e direttive e obiettivi posti dalla Regione) che con gli obiettivi di miglioramento in relazione alle iniziative esistenti.	SI	entro 30/5	entro 31/01	entro 31/01	Controllo di Gestione	
11	Ciclo della Performance DL 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Controlli intermedi stato di attuazione Piano della Performance	Il processo di attuazione richiede continui controlli circa lo stato di avanzamento, al fine di verificare la presenza di fattori in grado di compromettere il raggiungimento degli obiettivi e con la finalità di stimolare e in base ai dati intervenuti, verso un'adeguata impostazione e consentire il raggiungimento degli obiettivi.	SI	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	Controllo di Gestione	
12	Ciclo della Performance DL 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Relazione finale attuazione Piano	Il Documento dovrà evidenziare, con dati numerici chiari (coricati da grafici, il risultato conseguito rispetto agli obiettivi prefissati)	SI	entro 15/03	entro 15/03	entro 15/03	Controllo di Gestione	
13	Ciclo della Performance DL 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Scende di budget	La fase di conciliazione dovrà basarsi su una chiara esposizione dei dati (freni ed almeno 3 annualità precedenti) ed indicare i miglioramenti ritenuti possibili.	NO	entro 31/1	entro 29/2	entro 29/2	Controllo di Gestione	
14	Ciclo della Performance DL 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Mantenimento andamento aperto per c.d.d.	Controlli del nuovo sistema gestionale dal 1 gennaio 2017 ogni struttura coinvolta nella predisposizione del piano di spesa avrà a disposizione un budget di competenza superiore dello stesso in quanto a quote di autorizzazioni con le conseguenti modifiche di budget.	NO	prima verifica relativa al 1° trimestre, entro 31/10	mantenimento	mantenimento	Controllo di Gestione	
15	Organizzazione D.Lgs. 502/92 Atto di Intesa Regione - Università DM 879/15	Riduzione del rischio di corruzione	Adozione Atto Aziendale	Adozione, con una modifica, della Pratica di Intesa Regione-Università e adeguare l'organizzazione ai processi di sviluppo.	NO	entro 31/10			Alfidi Generali	

FINALITÀ FUNZIONALI				MACRO-AREA 2 - Appropriata e accessibile					TEMPI DI ATTUAZIONE					RESPONSABILE PRODOTTO
AREA PROGETTUALE	INTERVENTI	OBIETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI VERIFICA / O DI ATTUAZIONE	2017	2018	2019	2020						
16	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Derivative regionali	Riduzione tempi di attesa	n. liste di attesa critiche/risolte	no	60%	80%	100%	Struttura Prenatali, diretta con le strutture interessate					
17	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Derivative regionali	Riduzione tempi di attesa	Riduzione tempi di attesa	no	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Struttura Prenatali, diretta con le strutture interessate					
18	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Derivative regionali	Miglioramento servizi all'utenza	Utilizzo listetti per prenotazioni per completamento accertamenti diagnostici	si	50%	80%	100%	Struttura Prenatali, diretta con le strutture interessate					
19	Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Derivative regionali	Miglioramento servizi all'utenza	verifica qualità del servizio e corretta gestione del flussu verso EDOTTO	no	adempimento	mantenimento	mantenimento	Struttura Prenatali					
20	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	% interventi su 21 generalista/obstetrici interventi su 11 ginecologia/obstetrici su 11 MS (CS 2)	Value 2017 At: 55,53% Value di rif: 2015 32,09%	Value 2017 -20%	Value 2017 -30%	mantenimento	Obstetrica					
21	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione parti cesaree (ind. MCS C7.1)	Value 2017 At: 15,09% Value di rif: 2015 21,10%	mantenimento	mantenimento	mantenimento	Obstetrica					
22	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	% pazienti ricoverati da PS con DIC, con diagnosi confermata da PS, anche tramite la stimolazione di appositi protocolli con le strutture interessate	17,93%	<= 10%	<=10%	<=5%	PS					
23	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % dimessi con DIC medicativa/obstetrica dimissioni nei reparti chirurgici	58,27%	<=42%	<=30%	<=15%	tutte le strutture chirurgiche					
24	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % dimessi in DIH con DIC medico (C14.2)	Value 2017 At: 74,70% Value di rif: 2015 78,42%	Value 2017 -30%	Value 2017 -50%	mantenimento	tutte le strutture mediche					
25	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % ricoveri brevi (0-1-2-3 giorni) con DIC medicativa/obstetrica con DIC medico	0-1-E 10,45%	0-1-E <= 9%	0-1-E <= 7%	0-1-E <= 5%	tutte le strutture mediche					
26	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Riduzione % ricoveri brevi (0-1-2-3 giorni) con DIC medicativa/obstetrica con DIC medico	3-3-8E 22,85%	3-3-8E <=13%	3-3-8E <=10%	3-3-8E <=5%	tutte le strutture mediche					
27	Appropriata clinica e organizzativa	Derivative regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Trasferimento in setting sostenibile presso la rete ospedaliera per tutti i trattamenti (riguardo le Ostetriche (numeri ospedali) e Ostetriche (catalati)	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento	tutte le strutture sia mediche che chirurgiche					

28	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali Piano Nazionale Esli	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Reduzione giornate medie pre-intervento	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	0,54 giorni	mantenimento	mantenimento	mantenimento	tutte le strutture chirurgiche
29	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali Piano Nazionale Esli	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Previsione farmaci alle dimissioni Numero dimessi con prescrizione su totale dimessi	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	15,22%	>=40%	>=60%	>=70%	tutte le strutture su medicine che chirurgiche
30	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali Piano Nazionale Esli	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	Reduzione DRG inappropriati n. Dimessi programmati/totali dimissioni programmati	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	30,65%	<<20%	<<10%	eliminazione casistica	tutte le strutture su medicine che chirurgiche
31	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali Piano Nazionale Esli	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	riduzione di re-ricoveri Inappropriatezza su totale dei appropriati escluso P.S.	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	43,79%	<< 20%	<<10%	eliminazione casistica	tutte le strutture su medicine che chirurgiche
32	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali Piano Nazionale Esli	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	postamento controlli, adempimento delle prescrizioni con rispetto dei tempi per esami di controllo previsti dal D.M. 10/7/2009	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	no	rispetto % controlli ex D.M.	miglioramento rispetto al 2018	miglioramento rispetto al 2019	Uffici della Direzione Sanitaria
33	Appropriatezza clinica e organizzativa	Directive regionali Piano Nazionale Esli	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	aumento % di chirurgia su tale dei ricoveri ed esami	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	34%	>=50%	mantenimento	>=60%	tutte le strutture chirurgiche
34	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n° 1369 del 1/9/2006 e s.m.l.	garanzia operatività del registro tumori	Info dati al centro di coltura ed elaborazione dati presso Istituto Oncologico di Bari	Relazione trimestrale sull'andamento (Info) redatta dagli Uffici della Direzione Sanitaria al Comitato di Gestione	si	1° Info entro il 15 ottobre 2016 per i dati relativi al 2015	Info trimestrale	Info trimestrale	Struttura di Statistica ed Epidemiologia
35	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n° 1409 del 23/7/2013	garanzia operatività del registro malformazioni	Info dati al centro di coltura ed elaborazione dati presso Istituto Oncologico e T.I.N. del Policlinico di Bari	Relazione trimestrale sull'andamento (Info) redatta dalla Struttura di Statistica ed Epidemiologia al Comitato di Gestione	si	1° Info entro il 15 ottobre 2016 per i dati relativi al 2015	Info trimestrale	Info trimestrale	Struttura di Statistica ed Epidemiologia
36	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n. 2198/2016	Degenza Medica deg.medici(fond. MES C2. M)	Reduzione della Degenza Medica	Report trimestrali	si	adempimento	adempimento	adempimento	Tutte le Strutture con posti letto
37	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n. 2198/2016	Degenza Medica deg. chirur(gi(fond. MES C2. a)	Reduzione della Degenza Medica	Report trimestrali	si	adempimento	adempimento	adempimento	Tutte le Strutture con posti letto
38	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n. 2198/2016	% ricoveri in day surgery (fond. MES C4.7)	Aumento della casistica	Report trimestrali	valore 2016:AL \$65.405, Valore 2015 di: 65.23%	valore 2015 -20%	Info trimestrale	Info trimestrale	Tutte le strutture e chirurgiche
39	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n. 2198/2016	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (fond. MES C4.13) il rapporto a dato ex dg (inappropriati su appropriati, sempre quelli da %)	Abbattimento casistica	Report trimestrali	26,23%	<< 20%	<<10%	eliminazione casistica	Tutte le Strutture con posti letto
40	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n. 2198/2016	% ricoveri (medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni) (fond. MES C14.4)	Abbattimento casistica	Report trimestrali	4,42%	<<3%	mantenimento	mantenimento	Tutte le Strutture con posti letto
41	Appropriatezza clinica e organizzativa Emergenza Urgenza	DOH n. 2198/2016	% ricoveri (a P.S. in reparti chirurgici con DRG chirurgico alle dimissioni (fond. MES C16.7)	Incremento	Report trimestrali	36,99%	<<25%	<<15%	<<10%	Struttura Pronto Soccorso
42	Appropriatezza clinica e organizzativa	DOH n. 2198/2016	% Di attenzione extraospedaliera per PMS ad alta complessità (fond. MES C18.3.2.2)	Incremento	Report trimestrali	5,03%	>=4%	>=10%	mantenimento	Tutte le Strutture con posti letto
43	Completezza delle cartelle cliniche	DOH n. 2198/2016	Indice di carenze (fond. MES C1.13)	Incremento	Report trimestrali	1,04	>=1,5	>=1,6	mantenimento	Tutte le Strutture con posti letto
44	Miglioramento qualità percepita	DOH n. 2198/2016	% dimissioni volontarie	decremento	Report trimestrali	4,30%	<<3%	mantenimento	mantenimento	Tutte le Strutture con posti letto

FINALITÀ E INDICATORI				TEMPI DI ATTUAZIONE					RESPONSABILITÀ
AREA PROCEDURALE	RIFERIMENTI	OGGETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI VERIFICA F/O DI ATTUAZIONE	2017	2018	2019	2020	RISORSA/REALE PROGETTO
45	Formazione	Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	Riduzione e attuazione piano di formazione	Sviluppo dell'attività formativa nei termini stabiliti, riduzione degli	SI	entro 30/6	entro 30/6	entro 30/6	Medicina Legale
46	Procedure	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Riduzione regolamento	Adozione del Regolamento entro il termine previsto	SI	aggiornamento	aggiornamento	aggiornamento	Affari Generali
47	Procedure	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrali circa la corretta attuazione delle procedure e regolamentari	NO	report trimestrale dal 30/6	report trimestrale	report trimestrale	Presidente organismo interno gestione sinistri
48	Procedure	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Definizione di procedura operativa di verifica delle cartelle cliniche e gestione delle non conformità	Adozione procedura nel termine previsto	NO	entro 30/09	report trimestrali	report trimestrali	Ufficio della Direzione Sanitaria
49	Procedure	Analisi dei miglioramenti	n. soccomende/numero contenziosi	La migliore definizione di fasi interne di gestione dei contenziosi contenziosi, dove deve determinare un risultato al termine dell'attività	NO	Riduzione al 30/10	riduzione al 30/6	riduzione al 30/6	Struttura Legale e contenziosa
50	Procedure	Analisi dei miglioramenti	Corretta compilazione SDO/Riduzione SDO non validate	Utilizzazione dell'adempimento obbligatorio conformato con la struttura di ammissione il risultato è raggiunto con la riduzione o l'eliminazione del fenomeno, secondo i tempi stabiliti in "Tempi di attuazione"	SI	mantenimento	eliminazione esistita	eliminazione esistita	Ufficio della Direzione Sanitaria
51	Procedure	Regolamenti approvati	Produzione nei termini previsti degli atti contenziosi e contenziosi previsti dal COVVA/SL	Report trimestrali circa la corretta attuazione delle procedure e regolamentari	NO	prima relazione 31/10	prima relazione 31/10	relazione trimestrali	Medicina Legale

FINALITÀ EMOZIONALI				MIGLIORANZA Servizi				TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILI PROGETTO
AREA PROGETTUALE	INTERVENTI	OGGETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI VERIFICA/DO DI ATTUAZIONE	2017	2018	2019	2020				
52	Incremento offerta	Directive aziendali	Incremento o/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Riduzione tempi di erogazione esami e refertistica per gli interni	no	entro i tempi assegnati con gli obiettivi del Direttore di Dipartimento/Strutture	entro i tempi assegnati con gli obiettivi del Direttore di Dipartimento/Strutture	mantenimento	Radiologie			
53	Incremento offerta	Directive aziendali	Incremento o/o razionalizzazione delle prestazioni per produzione/personale	Verifica della possibilità di incrementare le prestazioni sulla base dei parametri stabiliti dal Direttivo, tenendo conto dei miglioramenti tecnologici, con un eventuale riferimento del volume di attività per produzione di una gita di verifica e refertistica (intra-Struttura o intergruppi con gruppi ad hoc)	no	Produzione: rifila di verifica al 20/10/20 (almeno 20%) della produzione	adeguamento produzione ai parametri stabiliti	adeguamento produzione ai parametri stabiliti	Radiologie			
54	Incremento offerta	Directive aziendali	Incremento o/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Procedi con altre strutture	no	entro 31/10/18 (almeno 2 procedi)	entro 31/12/17 (almeno altri 3 procedi)	mantenimento	Radiologie e Laboratori			
55	Incremento offerta	Directive aziendali	Incremento o/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Analisi inappropriata	no	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Radiologie e Laboratori			
56	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Aggiornamenti PTOI	si	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Farmacia			
57	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Riduzione spesa farmaci	si	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Farmacia			
58	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Riduzione spesa per dispositivi medici	si	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Farmacia			
59	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Verifica rimanenze magazzino	no	Verifiche randomizzate per i reparti a più alto assorbimento risorse. Relazione trimestrale	Verifiche randomizzate per i reparti a più alto assorbimento risorse. Relazione trimestrale	Verifiche randomizzate per i reparti a più alto assorbimento risorse. Relazione trimestrale	Farmacia			
60	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Miglioramento del rapporto costo DRG e costo farmaci	€ 285,91	Dato 2017 meno il 10%	Dato 2017 meno il 20%	Dato 2017 meno il 30%	Farmacia Controllo di Gestione			
61	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	rapporto prestazioni di farmaci alle dimissioni/ASO	si	miglioramento continuo	miglioramento continuo	miglioramento continuo	Farmacia Controllo di Gestione			
62	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	diminuzione farmaci scaduti in presenza	si	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	Farmacia			
63	Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Directive regionali e aziendali	Riduzione spesa farmaceutica	Attualizzazione delle liste guide regionali sull'appropriata prescrizione	si	1° relazione entro 31/10	miglioramento	miglioramento	Farmacia Controllo di Gestione			

FINALITÀ E INDICATORI				MANSIO AREA 5 - Strutture tecnico amministrative				TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILI PROGETTO
AREA PROGETTUALE	REFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI	MODALITÀ DI VERIFICA/COI ATTUAZIONE	2017	2018	2019	2020				
64	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC/CC/NL Fonti normative	Attuazione organizzazione Aziendale	Contenimento incarichi	Definizione chiara con la Direzione Sanitaria e Amministrativa delle procedure e degli adempimenti relativi alla gestione del personale. Espletamento degli adempimenti specifici per ciascun incarico da individualizzare in concordia con il Piano triennale della performance e gli eventuali accordi di budget. Sindacati dei componenti contratti	si	aggiornamento eventuali contratti	aggiornamento eventuali contratti	aggiornamento eventuali contratti	Politiche del Personale			
65	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC/CC/NL Fonti normative	Attuazione organizzazione conseguente all'Atto Aziendale	Definizione e verifiche dei fondi aziendali	Chiarita individuazione dell'ammontare dei fondi, in particolare per la individuazione della ripartizione di posizione contraria ai contratti incarichi, e del loro utilizzo	si	Riduzione al 31/12	Riduzione al 31/12	Riduzione al 31/12	Politiche del Personale			
66	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC/CC/NL Fonti normative	razionalizzazione risorse e umane	Dotazione organica	aggiornamento dotazioni organiche	si	adempimento	adempimento	adempimento	Politiche del Personale			
67	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC/CC/NL Fonti normative	razionalizzazione risorse umane	Verifica fabbisogno assistenziali	Verifica, in base a parametri e riferimenti prefissati, delle necessità di personale infermieristico e di supporto e conseguente elaborazione dei procedure. Presenza di un sistema aziendale, basato sulle direttive distrettuali per singole centri di responsabilità, con la Struttura Politiche per il Personale	no	entro 30/9	Mantenimento	Mantenimento	SOS			
68	Organizzazione e personale Direttive aziendali CC/CC/NL Fonti normative	razionalizzazione risorse umane	Allineamento dati	Mantenimento continua allineamento codice c.d.r. con il Controllo di Gestione. Modifiche operative relative alle acquisizioni dei dati relativi al costo del personale per consentire la rilevazione amministrativa degli stessi, con codice unico, alla Struttura Controllo Costi e quindi Economico Finanziaria	si	adempimento	adempimento	adempimento	Politiche del Personale			
69	Contenzioso Direttive aziendali	Fidabilità dei dati	Implementazione della gestione informatica	Attivazione di un sistema informatico di gestione dei dati relativi alle controvverse	no	entro 30/9	Mantenimento	Mantenimento	Ufficio Legale			
70	Contenzioso Direttive aziendali	Veridicità dati di bilancio	Implementazione della gestione informatica	Sperimenta riduzione per ridurre contenzioso non tenuto al sistema interno di gestione dei rischi clinico, di determinazione del rischio accertamento	no	A regime entro 30/9	Mantenimento	Mantenimento				
71	Contenzioso Direttive aziendali Fonti normative	Attuazione organizzazione conseguente al nuovo Piano dei dipartimenti	codifica unica aziendale per Centri di costo e responsabilità	mantenimento del piano dei centri di costo e di responsabilità	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Controllo di Gestione Economico Finanziario			
72		Implementazione sistemi di controllo e monitoraggio per monitorare l'agibilità del volume di prestazioni e dei tempi di esecuzione	implementazione sistema informatico per monitorare l'agibilità del volume di prestazioni e dei tempi di esecuzione	disponibilità dei dati per il singolo c.d.c. da acquisire automaticamente da parte del Controllo di Gestione	no	manca a regime entro il 31/10	Mantenimento	Mantenimento	Economico Finanziaria e CUP			
73		aggiornamento regolamento ALPI e situazione Organico di Controllo ALPI	approvazione atto	adempimento	si	aggiornamento eventuale	aggiornamento eventuale	aggiornamento eventuale	CUP			
74		Riduzione contenziosi e adempimento obblighi	Riduzione tempi di pagamento	Utilizzo nuovo sistema gestionale. Pagamento ai fornitori entro i termini di legge	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Economico Finanziario			
75	Acquisizione beni e servizi D.Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Miglioramento programmazione	Fano degli investimenti	Adempimento anche a seguito dell'attivazione della fase di concertazione di budget	si	adempimenti	adempimenti	adempimenti	Provveditorato, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa			
76	Acquisizione beni e servizi D.Lgs. 163/06 Direttive aziendali	prezzo utilizzo programma gestionale amministrativo- contabile per la gestione e il monitoraggio della spesa per beni e servizi	quantità procedure informatizzate in termini di adempimento operativo	Utilizzo a regime del sistema gestionale informatizzato. Controllo dinamico del budget assegnati e piano rispetto delle fasi autorizzative della spesa	no	A regime entro 30/9	manutenimento	manutenimento	Provveditorato, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa			
77	Acquisizione beni e servizi D.Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Riduzione costi di acquisizione	Acquisizioni tramite piattaforme elettroniche e centrali committenti	Utilizzo pieno dei sistemi di acquisizione, se non per motivata impossibilità	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Provveditorato, A.T. e tutte le Strutture che determinano spesa			

78	Acquisizione beni e servizi D.Lp. 153/06 Derivate aziendali	sicurezza	Acquisizione sistema UMa, Ca	In service: Definizione procedure	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Prove di carico, A1 e tutte le Strutture che determinano spesa.
79	Acquisizione beni e servizi D.Lp. 153/06 Derivate aziendali	Miglioramenti nelle attività di gestione	Adeguamento Siste Operative	avvio procedure e difesa con la direzione strategica	si	adempimento	adempimento	adempimento	Prove di carico, A1 e tutte le Strutture che determinano spesa.
80	Acquisizione beni e servizi D.Lp. 153/06 Derivate aziendali	Efficienza azione amministrativa	Tenda scadenzario	Agenzia, se non in casi adeguatamente motivati, di proroghe contrattuali diverse da quelle tendiche	si	verifica con relazione trimestrale inviata alla Direzione	verifica con relazione trimestrale inviata alla Direzione	verifica con relazione trimestrale inviata alla Direzione	Prove di carico, A1 e tutte le Strutture che determinano spesa.
81		Riduzione costi	Interventi di efficientamento energetico	Proposte complessive di efficientamento energetico	no	prima proposta entro entro il 31/10	adeguamento	adeguamento	Gestione Tenda
82		miglioramento allocazione struttura	miglioramento logistico	Definizione, difesa con la Direzione Sanitaria, di un reorganizzativa per lo spostamento di strutture sanitarie	no	attuazione piano	attuazione piano	attuazione piano	Gestione Tenda