

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
NOMINATO CON DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 805 DEL 17/4/2015

N. 192 del Registro

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

L'anno 2016 giorno 24 del mese di GIUGNO in Foggia, nella sede della Azienda Ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti", il **Direttore Generale** Dott. Antonio Pedota, con la partecipazione del **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**, e con l'assistenza del segretario redigente sulla base dell'istruttoria espletata dall'ufficio competente e su proposta del Direttore della Struttura, che attesta la legittimità e conformità della proposta alla vigente normativa, **adotta il provvedimento che segue:**

Premesso che:

- Per il 2015 fu predisposto, ai sensi dell'art.15 del D.Lvo n° 150/2009, il Piano triennale della performance a valere per il triennio 2015 -2017, 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 2016 – 2018;
- Il Piano che si approva prevede, attualizzandoli al triennio di riferimento, le azioni e gli obiettivi strategici e specifici validi per il 2016 – 2018, con l'indicazione dello step da raggiungere nel 2016;
- 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;
- L'Azienda ha approvato, nelle more, il nuovo piano dei Dipartimenti aziendali, con l'individuazione della tipologia e del numero di strutture aggregate a ciascun dipartimento. Tali strutture costituiranno, in prima battuta, anche l'articolazione dei centri di responsabilità e costo che saranno monitorati nel corso dell'anno ai fini della successiva valutazione delle attività e del personale tutto;

- Costituisce ulteriore importante innovazione, l'attivazione, dal 1° gennaio 2016, del nuovo sistema gestionale informatico che, unitamente alla gestione dei magazzini garantisce la gestione informatica di tutto il processo di rilevazione dell'andamento della spesa e dei ricavi, con la correlata gestione informatizzata della liquidazione delle fatture;
- Tale nuova operatività consentirà, a regime, la verifica dei ritmi di consumo dei beni a livello di singoli centri di responsabilità. La procedura di che trattasi formalizza e rende cogenti compiti e percorsi per ciascun centro assegnatario di budget con la conseguente assunzione di tutta la responsabilità gestionale in capo alla dirigenza aziendale coinvolta nel processo descritto;
- Le azioni e gli obiettivi previsti nel documento che si approva con il presente atto saranno ulteriormente specializzati in sede di discussione di budget da concordare con i livelli dipartimentali, d'intesa con i dirigenti responsabili delle strutture aggregate;
- L'approvazione del Piano triennale della Performance allegato al presente provvedimento, costituisce concreto avvio del processo di budget;
- L'attuazione del Piano costituirà oggetto di specifica relazione semestrale, a norma dell'art.10 comma 1 lettera b) del D.Lvo. n° 150/2009;

Ritenuto

- Di dover procedere con la formale approvazione del Piano delle performance 2016 - 2018, in uno con lo step di specifica competenza del 2016;
- Di dover partecipare l'avvenuta pubblicazione del predetto documento sul sito aziendale, sezione "Trasparenza", a tutti i direttori delle strutture individuate quali C.d.C.

Visto

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

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

D E L I B E R A

- 1) Di approvare il Piano delle performance triennale relativo al periodo 2016 – 2018 che, allegato al presente atto ne costituisce parte integrante;



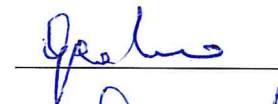
- 2) Di disporre che lo stesso documento sia pubblicato nell'apposita sezione "Trasparenza" del sito aziendale;
- 3) Di dare mandato alla competente Struttura Programmazione e Controllo Direzionale, di avviare, sulla scorta delle previsioni contenute nel documento che qui si approva, il processo di budget relativo al 2016;
- 4) Di confermare che quanto contenuto nel Piano triennale delle performance, approvato con il presente atto, costituisce specifica direttiva aziendale nei confronti di tutti gli operatori i quali dovranno uniformare la propria attività al raggiungimento degli obiettivi generali e operativi contenuti nel piano stesso, anche ai fini della successiva valutazione di Struttura e individuale;
- 5) Di trasmettere il Piano triennale al MEF, in esecuzione a quanto previsto dall'art. 10 comma 2 del D.Lvo. n° 150/2009 e alla Commissione prevista dall'art.13 dello stesso decreto.

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

IL DIRIGENTE STRUTT.CONTROLLO DI GESTIONE
dott. Michele Abbaticchio



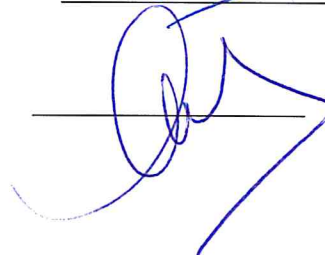
IL DIRETTORE STRUTT. CONTROLLO DI GESTIONE
dott. Giuseppe Cordisco



IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Laura Liliana MOFFA

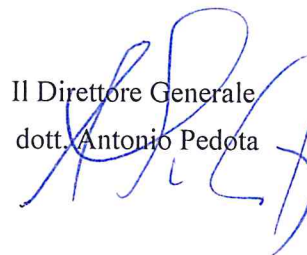


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Michele Ametta

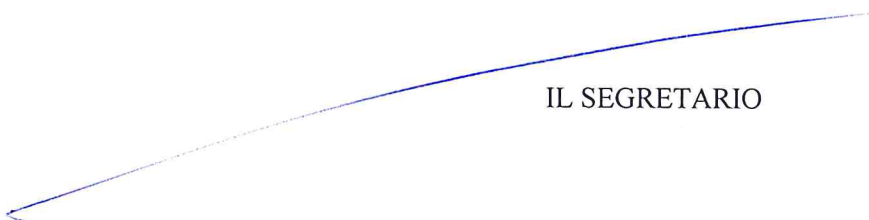


Letto, confermato e sottoscritto

Il Segretario


Il Direttore Generale
dott. Antonio Pedota


Il presente provvedimento è stato trasmesso al Collegio Sindacale il _____


IL SEGRETARIO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

N. 560

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia dal 14 GIU 2016 e per ~~giorni quindici~~ giorni quindici.

Foggia, li 14 GIU 2016

IL SEGRETARIO


Plesso Rianimazione e Cardiologia



Ingresso Via Napoli



Piano triennale della Performance 2016 -2018

Indice

Fonti Normative e documentali	pag. 4
• Presentazione	pag. 5
• Chi siamo	pag. 8
• Cosa facciamo	pag. 8
Organigramma	pag.10
Stato dell'arte al 31 dicembre 2015	pag.12
Analisi produzione ricoveri ordinari e d.h.	pag. 13
A) Produzione drg ordinari	pag. 13
B) Numero ricoveri ordinari	pag. 14
C) Peso medio	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	pag. 17
Tasso ospedalizzazione	pag. 21
I) Spesa farmaceutica	pag. 21
L) Percentuale ricoveri d.h. diagnostici	pag. 22
M) Accessi medici x 1.000 abitanti	pag. 23
N) Percentuale drg chirurgici	pag. 24
O) Percentuale drg inappropriati	pag. 25
P) Percentuale parti cesarei	pag. 25
Q) Fattura femore	pag. 26

R) Altri indicatori PNE	pag. 27
Produzione drg extraregionali	pag. 29
Produzione ambulatoriale	pag. 33
Sintesi	pag. 35
Considerazioni	pag. 36
Altre cifre dell'Amministrazione	pag. 37
Macroaree	pag. 40
Ciclo performance	pag. 41
Sistema di valutazione	pag. 43
Valutazione performance manageriale	pag. 44
Valutazione performance individuali	pag. 45

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 Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.
- Delibera di Giunta Regionale n. 834 del 27 maggio 2008 di adozione del M.A.A.P. (Modello di Analisi della Appropriatezza per elenchi di Procedure);
- 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;
- DIF 2013 approvato con Delibera n. 2582 del 30.12.2013; (ripartizione provvisoria)
- DIF 2013 approvato con Delibera 751 del 17.4.2014 (ripartizione definitiva)
- 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 2015 – 2017 per allinearli al triennio 2016 – 2018 confermando la centralità dell'atto ai fini della programmazione aziendale per il triennio di riferimento, in ossequio alle disposizioni contenute nell'art. 15 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150. Il Piano costituisce il punto di avvio del ciclo di gestione della performance in base all'art.4 dello stesso decreto ed è predisposto coerentemente con i contenuti della programmazione finanziaria e di bilancio aziendale.

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

Si confermano gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative previste nel Piano 2015 – 2017 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).

Conseguentemente viene a delinearsi una 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 ove sono declinati gli obiettivi di gestione assegnati alla dirigenza ed ai quali sono stati collegati gli indicatori di verifica volti alla misurazione dei risultati raggiunti sì da consentire la valutazione della performance individuale del personale di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

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

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

coordinamento tra le varie strutture, nei casi in cui l'attuazione dell'obiettivo preveda la partecipazione di più attori.

Dopo la prima fase di assestamento nella quale si adottò il Piano 2015 -2017, 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 costituisce oggettiva premessa per un approccio più dettagliato alle problematiche aziendali onde giungere ad analisi sempre più appropriate, finalizzate al miglioramento della performance complessiva.

Il presente documento rappresenta l'aggiornamento del Piano della Performance del triennio 2015 – 2017 al triennio 2016 -2018 e individua le azioni specifiche di competenza del primo anno di validità dello stesso (2016).

Con il presente Piano triennale si dovrà tenere conto di alcuni elementi intervenuti nell'ultimo semestre 2015, relativamente alle modalità di rilevazione di indicatori di attività assistenziali definite dalla Regione Puglia e da un network di Regioni coordinate dal MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, i cui report sono stati ufficializzati dalla stessa Regione e sui quali procederà con le valutazioni delle attività delle Aziende regionali, dovendo essere, a sua volta, valutata dal livello nazionale in ordine agli adempimenti LEA.

Gli indicatori in questione costituiscono riferimenti per le Aziende sulla scorta dei quali procedere con azioni continue di miglioramento organizzativo e assistenziale. Essi non rappresentano, quindi, automatici elementi di giudizio per le Aziende. In tale contesto, pertanto, l'Azienda procederà con l'avvio del monitoraggio delle attività al fine di migliorare le proprie performance assistenziali e contribuire, così, al mantenimento dei livelli qualitativi delle performance regionali che consentano alla Regione Puglia di risultare in linea con gli adempimenti LEA.

L'Azienda procederà con le varie misurazioni di tutti gli indicatori i cui dati siano oggettivamente disponibili in relazione alle specificità aziendali. Laddove l'indicatore implichi dati per i quali l'Azienda non ha la disponibilità, pur cercando di monitorare al meglio le connesse attività, non potrà considerare tali indicatori, utili alle successive valutazioni sia delle attività delle Strutture, sia dei dirigenti delle stesse. Restano confermate tutte le ulteriori valutazioni delle attività aziendali, operati alla luce del Programma Nazionale Esiti (PNE). Anche in questo caso, disponendo di dati assestati di riferimento dopo molto tempo, l'obiettivo, per le Strutture sarà quello di migliorare le specifiche performance correlate a detti indicatori con la riserva di aggiornare il raffronto con la banca dati PNE man mano che questa sarà disponibile per i vari anni di riferimento.

Altri elementi importanti ai quali attribuire massima importanza nel triennio 2016 – 2018, sono:

- a) l'attuazione, a regime, di un sistema gestionale che consenta alla Direzione e, in generale, alla Dirigenza coinvolta, il controllo della spesa. Tale attività, già garantita in passato dall'Azienda in

relazione ai macrolivelli di costi, dovrà, ora, essere garantita dinamicamente, onde rilevare tempestivamente non solo i ritmi di assorbimento di risorse, ma anche le eventuali, conseguenti azioni correttive da porre in essere. Tale modalità, possibile con l'attivazione del nuovo gestionale attivato dal 1° gennaio 2016, garantirà meglio e più puntualmente i conseguenti adempimenti correlati agli obblighi di trasparenza e legalità, nonché le tempistiche di pagamento ai fornitori.

- b) 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 tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema e tutte le azioni poste in essere dall'Azienda sono uniformate al principio della massima trasparenza, attraverso la pubblicazione delle informazioni necessarie, sul sito aziendale: www.ospedaliriunitifoggia.it, sezione " Trasparenza ".

Il presente documento non tiene conto di alcuni ricoveri inviati al sistema regionale a seguito di riapertura dei termini. I dati di attività esposti non subiranno modifiche significative stante la esiguità delle ulteriori sdo inviate.

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 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 638.532 abitanti (censimento 2012). 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, 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 intraaziendale e interaziendale.

L'Azienda ha registrato, nel corso del 2015, il cambio della Direzione Generale, superando la precedente, lunga fase di commissariamento. Da subito la Direzione subentrata ha incentrato la propria attività sull'analisi dello stato organizzativo aziendale in funzione dell'attuazione del percorso

di completamento organizzativo (dipartimentalizzazione) in attuazione del vigente Protocollo d'intesa Regione – Università e per la verifica delle azioni da intraprendere per una maggiore razionalizzazione delle risorse.

Si sono attivate immediatamente azioni tendenti a garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni di pronto soccorso con l'attivazione della procedura per l'acquisizione di una TAC dedicata. Si è inciso fortemente sul setting organizzativo di alcune strutture come 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. Anche sotto il profilo della spesa si è intervenuti per abbattere, compatibilmente con il mantenimento dei livelli assistenziali, la spesa sostenuta. L'attuazione della spending review in Azienda ha dato buoni risultati che sono stati, tra l'altro, organicamente rappresentati dalla Struttura Gestione Patrimonio con una dettagliata relazione dove si evidenzia, ad esempio, una economia complessiva sul contratto di lavanolo biancheria, pari al 12,79%.

Si registrano costi in calo o costanti per altre procedure quali il servizio di pulizia e sanificazione, quello di facchinaggio.

Tutto ciò se coniugato con il miglioramento, come si accennava in precedenza, di alcuni indicatori di attività, lascia sperare che il 2016 possa rappresentare l'anno nel quale non solo l'assestamento di tali tendenze, ma anche un ulteriore miglioramento dei risultati già ottenuti possa costituire realistico obbiettivo da perseguire.

L'organizzazione aziendale

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 formalizzata con il citato atto risulta essere:



L'articolazione aziendale è improntata a criteri di efficienza e di flessibilità in un'ottica di ottimizzazione ed allocazione delle risorse disponibili. La nuova organizzazione, fermo restando ogni garanzia di efficienza organizzativa e di qualità prestazionale, ha garantito un abbattimento di costi del 25% rispetto alla precedente organizzazione dipartimentale.

Le strategie che si intendono attuare, coincidono in massima parte con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale che, direttamente collegati alla programmazione regionale, sono fissati dalla delibera regionale di nomina n°804 del 17/4/2015 e che di seguito si riportano:

- 1) Attuazione del Protocollo d'Intesa Regione – Università;
- 2) Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo;
- 3) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera;
- 4) Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- 5) Rideterminazione della dotazione organica;
- 6) Contenimento della spesa per il personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente;
- 7) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- 8) Rispetto delle disposizioni vigenti in tema di sanità elettronica;
- 9) Adozione atti aziendali recanti adeguamento alla normativa ed alla programmazione regionale vigente;
- 10) Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art.20 l. 67/1988;
- 11) Attuazione del Piano regionale per il governo dei tempi di attesa.

Lo stato al 31 dicembre 2015

L'Azienda Ospedaliera continua a registrare una forte carenza di personale derivante dal mancato riconoscimento e/o adeguamento di unità necessarie sia alla completa attivazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sia per la erogazione ordinaria delle attività assistenziali attualmente garantite. L'Azienda sconta, da questo punto di vista, uno storico gap che si registra fin dalla sua costituzione.

Si conferma, pertanto, il gap rispetto ad altre aziende regionali e, in particolare, rispetto al Policlinico di Bari. I dati, già riportati nel precedente Piano Triennale della performance non possono che essere confermati. L'Azienda registra al 31/12/2014 n. 2.265 dipendenti per 808 posti letto assegnati dal vigente Protocollo d'Intesa Regione - Università. Il dato, se confrontato, ad esempio, con il Policlinico di Bari, risulta fortemente penalizzante. Infatti il Policlinico di Bari, con i suoi 1.234 posti letto, dispone di una dotazione pari a 4.157 unità. Rapportati ai posti letto, le disponibilità di personale del Policlinico risultano superiori del 30% rispetto a quelli dell'Azienda Foggiana.

Si conferma, altresì, il gap evidenziato nel precedente Piano triennale e relativo al fabbisogno di personale registrato dall'Azienda calcolato con il metodo FTE (full time equivalent). In quel documento si riporta un fabbisogno pari a 103,51 unità di cui 32 medici e 34 infermieri. I dati assestati disponibili indicano un numero complessivo di dipendenti pari a 2.257 al 30 settembre 2015, con un lievissimo peggioramento del delta registrato nel precedente Piano.

1) I RICOVERI 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, dovrebbe essere superata la criticità connessa con il tardato o mancato invio dei dati alla Regione. Per il 2015 la produzione ha fatto registrare il seguente andamento:

1.a) Produzione Ricoveri ordinari

Indicatore 2014



produzione drg ordinari

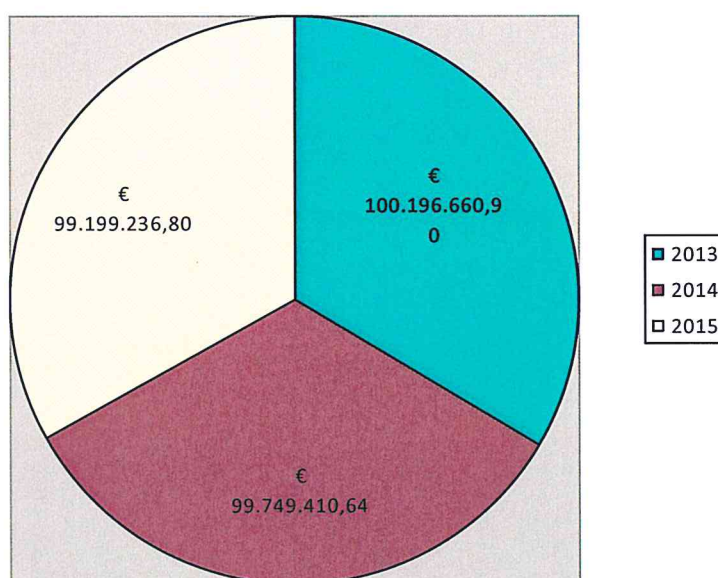


Figura 1 produzione economica drg ordinari

Il dato evidenzia un trend in diminuzione del valore economico della produzione. Si deve, però, considerare che nel corso del 2015, la nuova Direzione Generale ha ritenuto di dover immediatamente intervenire su alcune criticità al fine di determinare una inversione di tendenza da riscontrare nel medio periodo. Tali interventi si sono caratterizzati nei seguenti settori:

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

La colorazione dell'indicatore è attribuita anche sulla scorta di tali complessive valutazioni che si cercheranno di esplicitare di volta in volta. Nello specifico, infatti, per i livelli di produzione di drg ordinari, si deve precisare che i dati relativi al secondo semestre 2015 indicano un aumento di drg chirurgici che passano, su base annua, da 8.543 a 8.865, con un incremento produttivo pari ad € 894.506,60. La scomposizione del dato indica che mentre nel primo semestre si è registrato un calo di tale tipologia di produzione che è passata da 4.722 a 4.626 dimissioni, con un decremento di produzione pari a € 127.021,85, nel secondo semestre l'incremento è stato pari a n.418 dimissioni per € 1.021.528,45.

L'aspettativa per il 2016 giustifica, quindi, la colorazione dell'indicatore da intendersi come fase di verifica.

1.b) Il numero dei ricoveri

Indicatore 2014

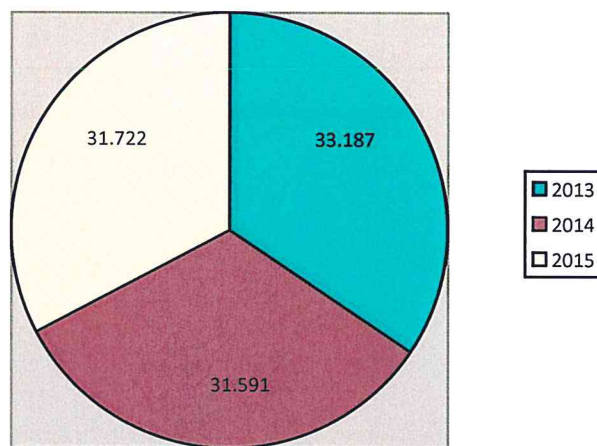


Figura 2 n. drg ordinari

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 abitanti (motivo della colorazione attribuita nel 2014). Le motivazioni riportate nel precedente indicatore giustificano l'arancione per il 2015.

Dovrà costituire azione prioritaria per le diverse strutture con posti letto, il tendenziale aumento del peso medio dei drg e del tasso di utilizzo. Si come, a fronte di un aumento numerico di

dimissioni, corrisponda una diminuzione, ancorché minima della valorizzazione economica. Infatti il peso medio dei drg nel 2015, presenta il seguente andamento:

1.c) Peso medio dei drg prodotti

Indicatore 2014

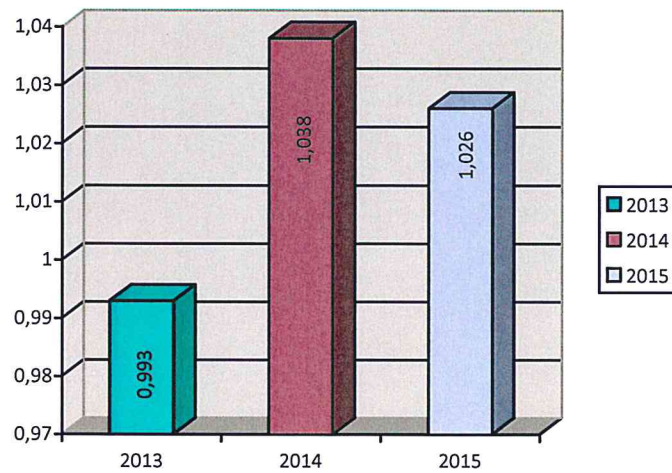


Figura 3 Peso medio drg ordinari

1.d) La degenza media

indicatore 2014

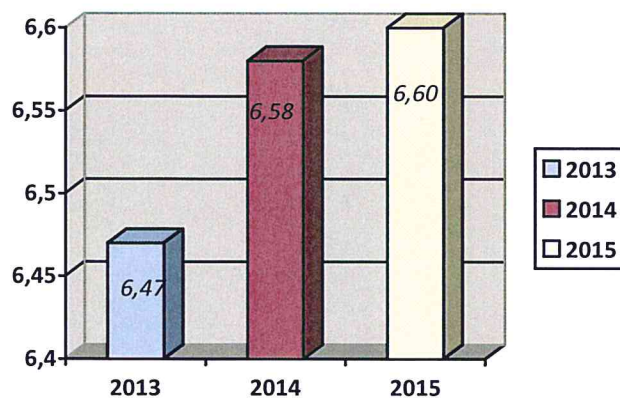


Figura 4 Degenza media per drg ordinari

Il peso medio dei drg è uno degli indicatori analizzati dal network di regioni di cui si è fatto cenno in precedenza e che costituisce parametro di confronto e valutazione per l'Azienda.

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 del 2014 per ciascun ricovero, con la degenza media fatta registrare da tutte le Regione del network nel 2013. Sulla scorta di tali indicatori la Regione Puglia (colorazione verde) registra dati positivi per i drg medici e l'Azienda Ospedaliera conferma tale colorazione anche se meno intensa. Diversamente la d.m. per drg chirurgici risulta in aumento. Tale caratteristica riguarda anche l'andamento dei dati della nostra Azienda. (dati riportati alle pag. 181 del rapporto).

Ulteriore specificazione riguarda la degenza media preoperatoria.

L'Azienda registra un buon risultato in tal senso, atteso che registra i seguenti dati:

1.e Degenza media preoperatoria

Indicatore 2014



Considerando i reparti chirurgici indicati dal MeS (pag.184) e i ricoveri programmati, ritenendo trascurabili i ricoveri di durata di 1 giorno.

2013	2014	2015
0.66	0.70	0.68

L'obiettivo è rappresentato da un indicatore inferiore o uguale all'unità. L'Azienda si posiziona, in ambito regionale, prima del Policlinico di Bari e subito dopo l'IRCCS di Castellana.

1.f) Tasso di mortalità aziendale

Indicatore 2014



Media nazionale 3.1

Media regionale 2.2

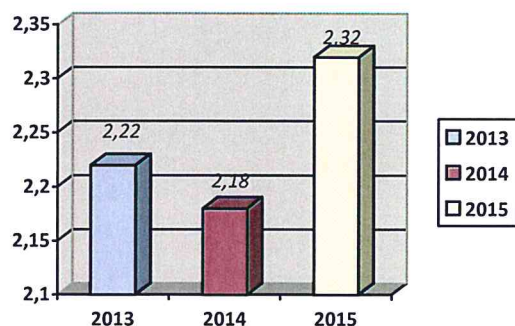


Figura 5 tasso di mortalità aziendale

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

1.g) Utilizzo posti letto

Indicatore 2014 non confrontabile



In attesa della definitiva rimodulazione organizzativa aziendale a seguito del nuovo piano dei dipartimenti, si espongono gli indicatori correlati ai posti letto. La simulazione si basa sul presupposto teorico che in Azienda siano attivi tutti i posti letto previsti dal Protocollo Regione – Università. Rapportando a tale ipotesi l'utilizzo medio effettivo dei posti letto utilizzati, si otterrebbero i seguenti parametri:

Anno	Indice occup.	Indice di rotazione	Intervallo Turnover
2013	72,78%	41,07	2,42
2014	70,46%	39,10	2,76
2015	70,98%	39,26	2,70

1.h) Mobilità attiva

Indicatore 2014



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 in lieve calo

	2013		2014			2015		
	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2014/2013</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2015/2014</i>
<i>DH</i>	541	468.712	462	362.049	-22,76%	500	434.906	16,75%
<i>Ordinari</i>	1.170	3.941.626	1.229	4.358.977	9,75%	1.221	4.098.524	-6,35%
<i>Totale</i>	1.711	4.410.138	1.691	4.721.026	7.6%	1.721	4.532.975	-4,15%

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

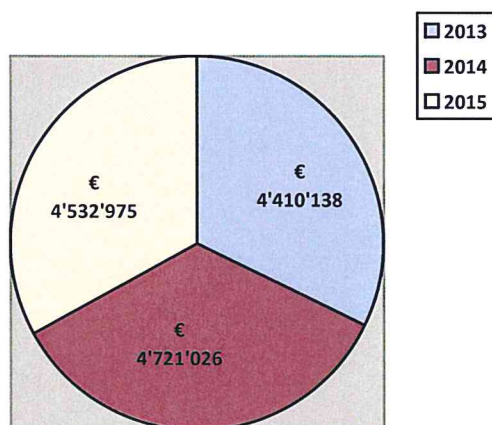


Figura 6 Produzione attiva per ricoveri ordinari e in d.h.

Mobilità passiva

La mobilità passiva dalla Provincia di Foggia: i numeri

	2012		2013			2014		
	n. ricoveri	importo	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2012/2013	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2013/2014
DH	4.322	5.427.030	3.849	4.833.481	-10,94%	3.811	4.927.606	1,95%
Ordinari	11.667	52.951.040	11.212	51.313.407	-3,09%	10.804	50.617.214	-1,36%
Totale	15.999	58.378.070	15.061	56.146.889	-3,82%	14.615	55.544.820	-1,07%

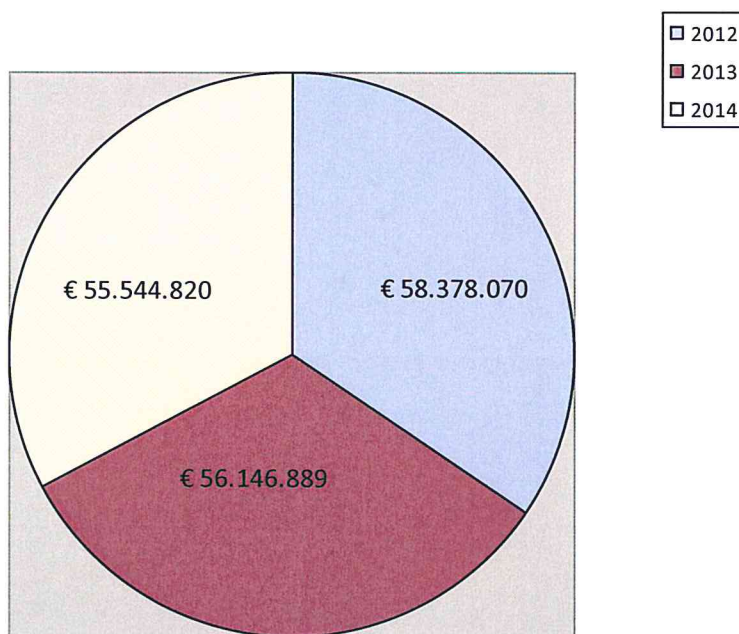


Figura 7 Mobilità passiva Provincia di Foggia

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

	2012		2013			2014		
	n. ricoveri	importo	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2011/2012	n. ricoveri	importo	Differenza % importi 2012/2013
DH	986	1.203.816	943	1.137.558	-5,50%	889	1.188.768	4,50%
Ordinari	2.073	12.946.590	2.603	12.580.859	-2,82%	2.395	12.313.224	-2,13%
Totale	3.689	14.150.406	3.546	13.718.417	-3,05%	3.284	13.501.992	-1,58%

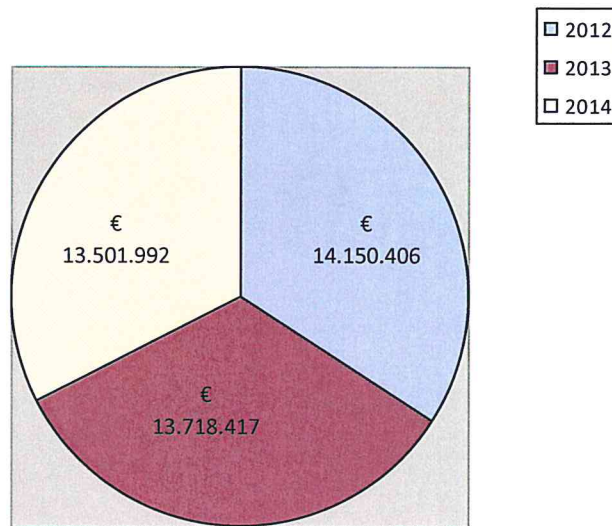


Figura 8 Mobilità passiva Comune Foggia

Si conferma la necessità di attivare azioni e iniziative volte ad aumentare la capacità attrattiva dell’Azienda al fine di migliorare tali dati.

In particolare, ad esempio, risulta sempre più urgente l’attivazione della Struttura di Cardiochirurgia. Tale attività è garantita, ad oggi, solo al centro e al sud della Puglia. I livelli di produzione sono, per altro, tali da giustificare ogni investimento tendente a garantire anche alle popolazioni del nord della Puglia tale tipologia di prestazioni. I dati di produzione relativi al 2013 e 2014 risultano essere:

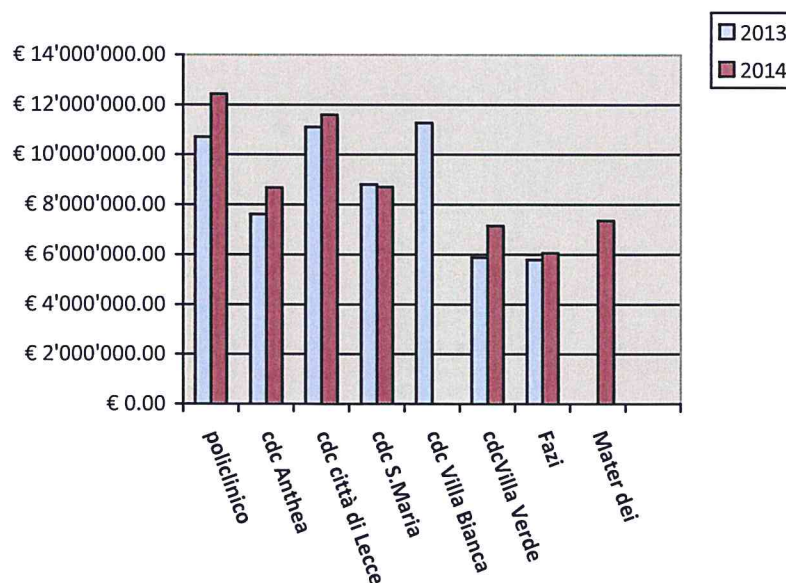


Figura 9 Produzione Cardiochirurgia per Istituti - Puglia

Il totale della produzione è pari:

2013 € 61.205.891,81

2014 € 62.014.511,17

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.

Il report 2014 del MeS evidenzia un dato molto negativo per la Regione Puglia nel suo complesso (per il 2014 la penultima posizione tra le Regioni del network. (pag. 176) mentre, in ambito regionale, la ASL Foggia registra il dato peggiore (pag.177).

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.

1.i) La spesa farmaceutica



indicatore 2014



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

Il dato aziendale è evidenziato qui di seguito:

2014 totale pesi drg = 42.882,63 spesa per farmaci = € 10.699.576; indicatore = € 249,51

2015 totale pesi drg = 42.966,94 spesa per farmaci = € 10.054.242,86; indicatore = € 234,00

Il dato fa registrare una diminuzione del costo per peso drg nei primi nove mesi del 2015.

2014		2015		
Peso drg	Costo per peso drg	Peso drg	Costo per peso drg	delta
42.882,63	€ 249,51	42.966,94	€ 234,00	-6,22%

1.I) Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico

indicatore 2014



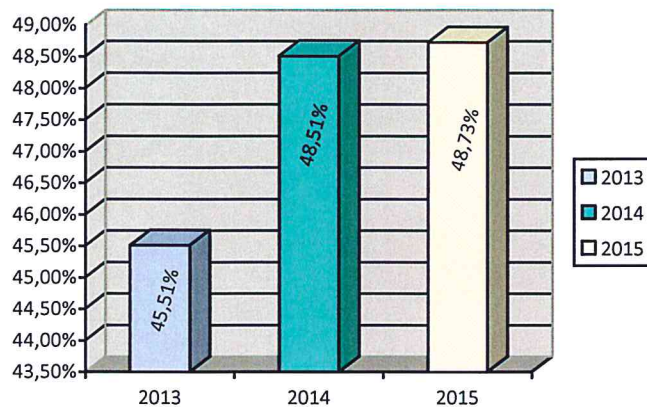
Un ricovero diurno di tipo diagnostico, salvo i casi giustificati da particolari esigenze assistenziali, individua un comportamento definito “*opportunistico*” in quanto sintomatico di prestazioni assistenziali erogabili con altre modalità organizzative.

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

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.
2013	638.532	7.149	11,20
2014	638.532	6.360	9,96
2015	638.532	6.624	10,37

Il dato è superiore alla soglia sopra indicata. Per altro anche nel report del MeS la Regione Puglia risulta, nel 2014, la penultima prima della regione Lazio (pag. 190). In ambito regionale la peggiore performance è data dalla ASL FG. (pag. 191). L’Azienda, come si è precisato in precedenza, per questa tipologia di indicatori *concorre* al risultato insieme con tutte le strutture del territorio. Sussistono possibilità di intervenire autonomamente per il complessivo miglioramento dell’indicatore. Infatti, è coerente intervenire sulla casistica aziendale che registra i seguenti dati:



1.m) Accessi di tipo medico per 1.000 abitanti

Indicatore 2014



Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: ≤ 90 per 1.000 abitanti

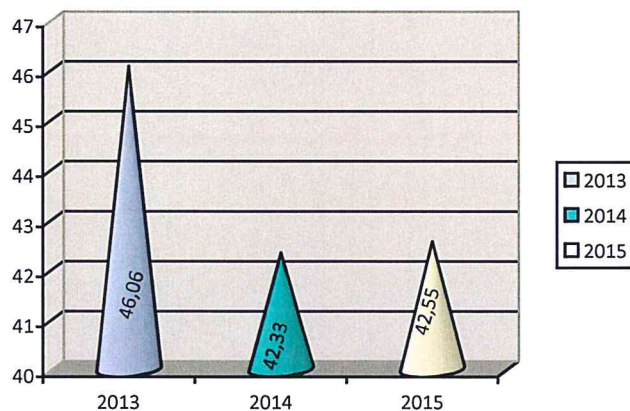


Figura 10 Accessi di tipo medico per 1.000 ab.

Il dato è inferiore alla soglia sopra indicata. Resta comunque un indicatore valutabile solo a livello territoriale complessivo per cui si conferma, con l'arancione, la necessità di migliorare il dato.

1.n) Percentuale di ricoveri con drg chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari



Indicatore 2014

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

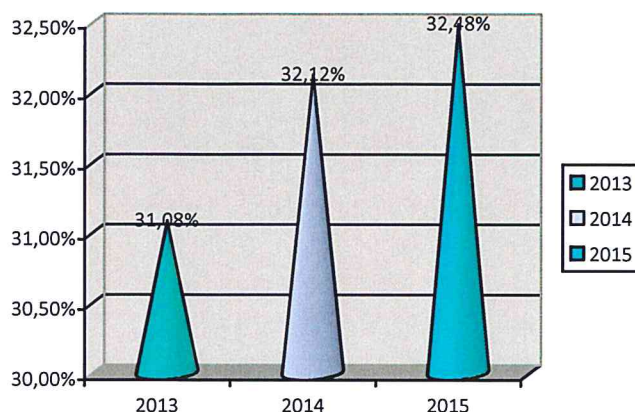


Figura 11 % drg chirurgici su totale drg ordinari

L'indicatore non è nei limiti LEA.

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

Infatti sul totale di drg medici da reparti chirurgici, è notevole l'incidenza di quelli da Pronto Soccorso.

Il totale dei drg medici da reparti chirurgici risulta:

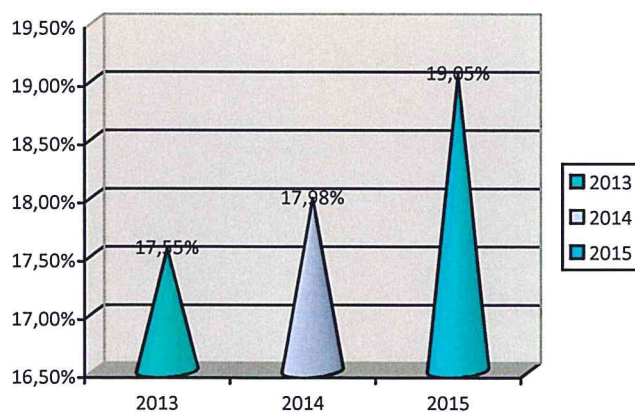


Figura 12 % drg medici da reparti chirurgici per ricoveri da P.S.

Pur considerando quest'ultimo aspetto, resta importante incidere su tale problematica anche perché nel report MeS, la Puglia è quart'ultimo posto (pag. 198) e, nell'ambito regionale la ASL FG è all'ultimo posto preceduta da questa Azienda (pag.199).

1.o) Rapporto tra drg a rischio di inappropriatazza e drg appropriati

Indicatore 2014



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

Il dato aziendale è il seguente:

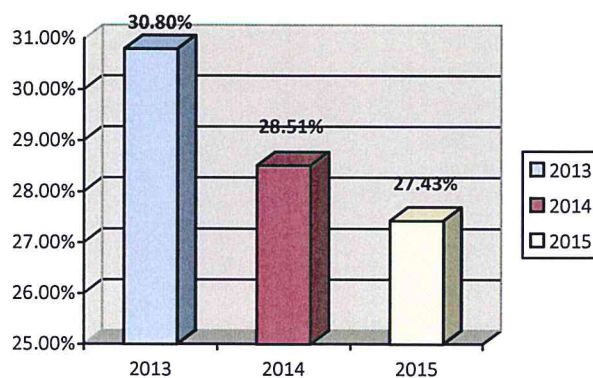


Figura 13 % drg inappropriati su appropriati

1.p) Percentuale parti cesarei

indicatore 2014



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

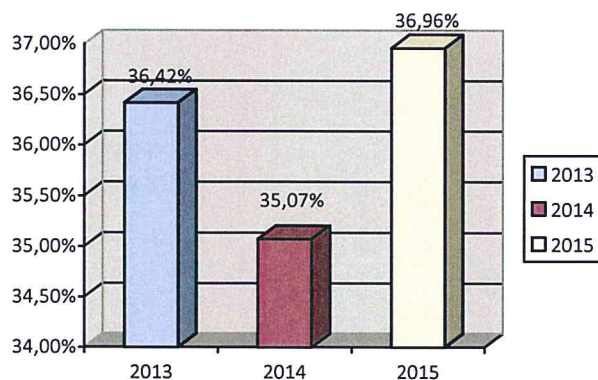


Figura 14 % parti cesarei

Il report del MeS individua la Puglia come regione con la peggiore performance (pag.220) dove viene considerata, però, un case mix omogeneo composta da donne primipare con gravidanza a termine. Gli

Ospedali Riuniti di Foggia, in ambito regionale, con la tipologia di campione individuato dal MeS si posizione al secondo posto per migliore performance (pag.221).

1.q) fratture femore operate in seconda giornata.

indicatore 2014



Parametro LEA $\geq 55\%$. (si considerano i drg 210,211,485 e 544 in pazienti ultrasessantacinquenni). Il dato aziendale è il seguente:

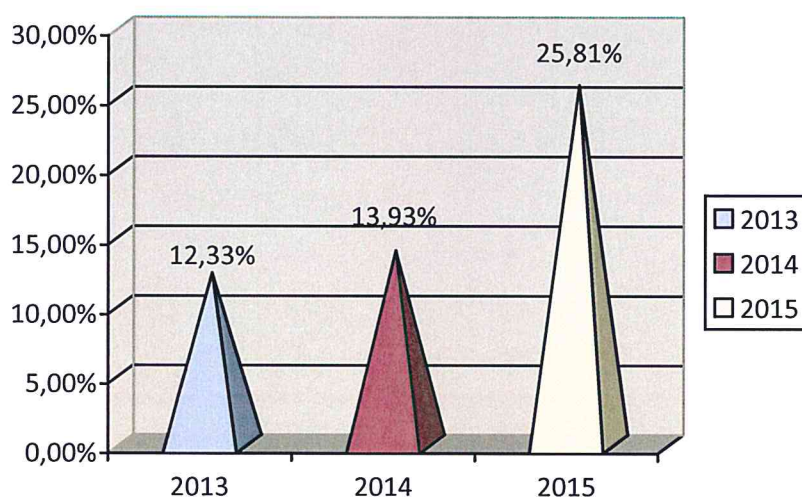


Figura 15 % interventi femore in seconda giornata

E' apprezzabile il costante trend positivo. Nel secondo semestre 2015 la percentuale ha raggiunto il 30,88% a fronte di un 20,51% del primo semestre. Resterà confermato l'obiettivo nel 2016.

Nel report MeS la Puglia è quasi al 50% e si posizione terzultima tra le regione del network (pag. 212).

In ambito regionale l'Azienda registra la performance peggiore (pag. 213).

ALTRI INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (P.N.E.)

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

indicatore 2014

Media nazionale per il 2014 = 9,2%

Il dato aziendale del 2014, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 10.3%

L'andamento nel triennio 2012-2014 è riportato nel seguente grafico:

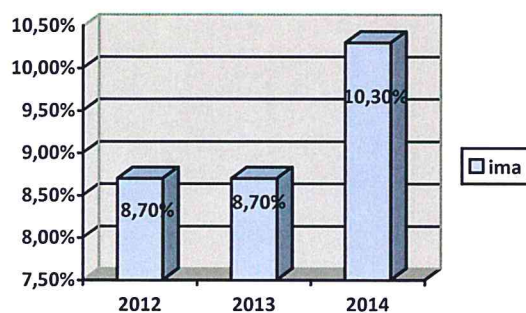


Figura 16 Mortalità a 30 giorni per IMA

2.b) Tasso di mortalità a 30 giorni per frattura collo del femore.

indicatore 2014

Media nazionale per il 2014 = 5,6%

Il dato aziendale del 2014, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 8.2%

L'andamento nel triennio 2012-2014 è riportato nel seguente grafico:

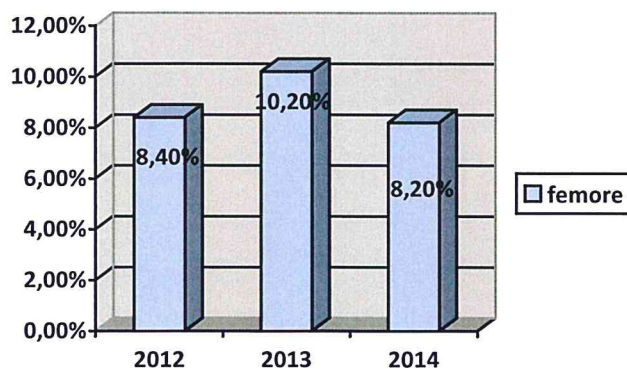


Figura 17 Mortalità a 30 giorni per frattura femore

2.c) Tasso di mortalità a 30 giorni per bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).
indicatore 2014



Media nazionale per il 2014 = 8,8%

Il dato aziendale del 2014, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 10.9%

L'andamento nel triennio 2012-2014 è riportato nel seguente grafico:

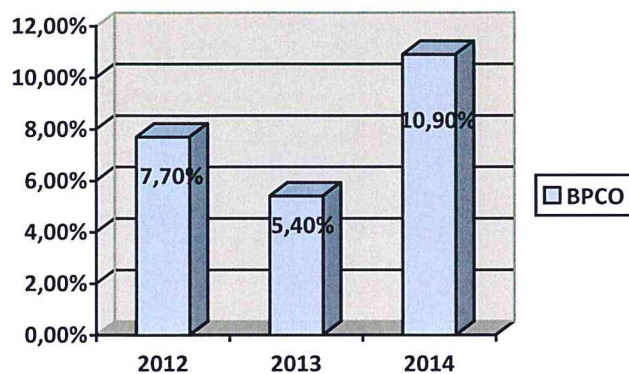


Figura 18 Mortalità a 30 giorni per BPCO

Produzione extraregionale

La produzione per drg ordinari extraregionali presenta i seguenti dati:

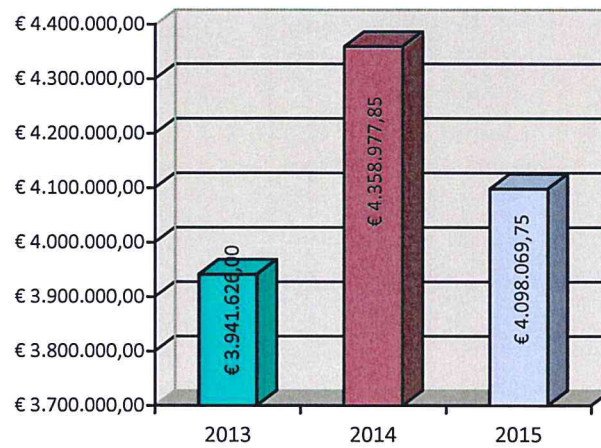


Figura 19 produzione extraregionale drg ordinari

La diminuzione è pari al 5,99% rispetto al 2014.

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

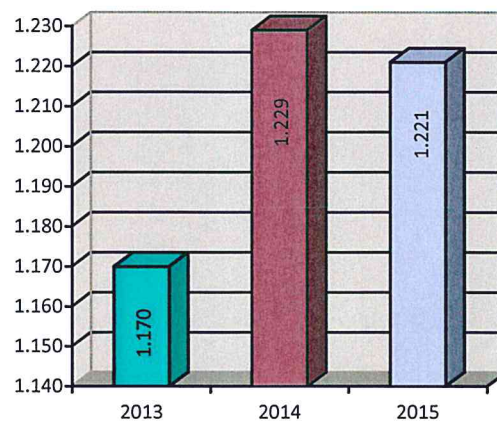


Figura 20 N. drg ordinari extraregionali

Con un decremento pari allo 0,81%. Il decremento numerico dei drg extraregionali è percentualmente minore di quello economico. Il che implica che anche la complessità di questi ricoveri diminuisce. Infatti il peso medio dei drg extraregionali è pari:

2013	1.09
2014	1.11
2015	1.07

La stessa produzione extraregionale ha interessato, nel 2015, le Regioni che si riportano nel seguente grafico:

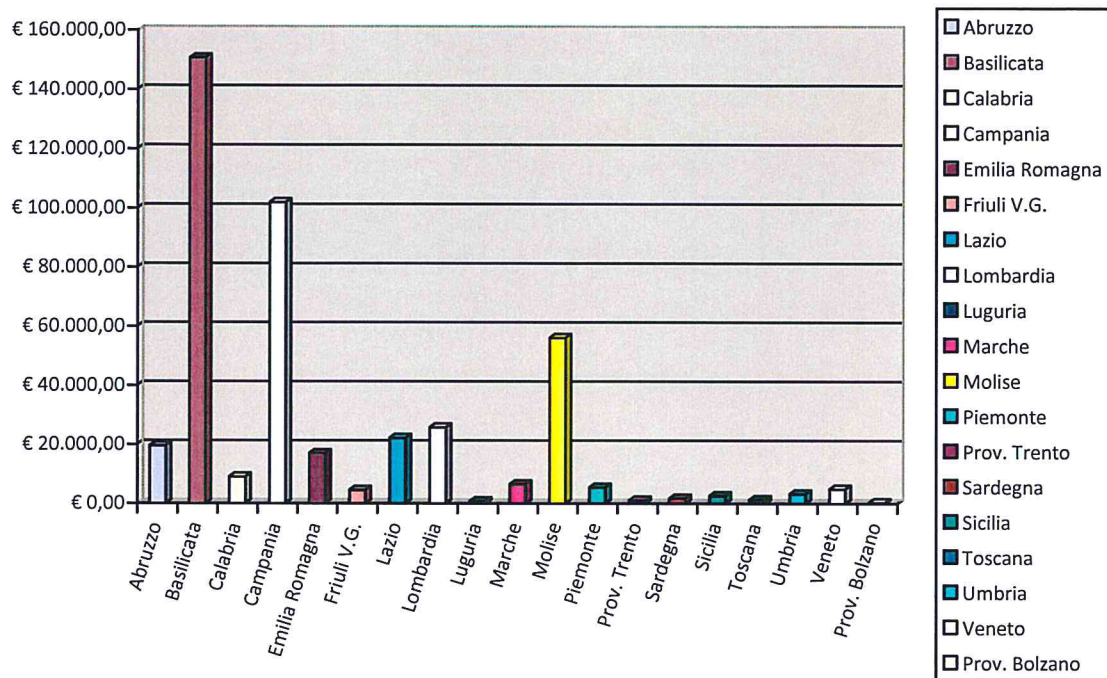


Figura 21 produzione per Regione di provenienza

La sola produzione regionale ha interessato le seguenti ASL:

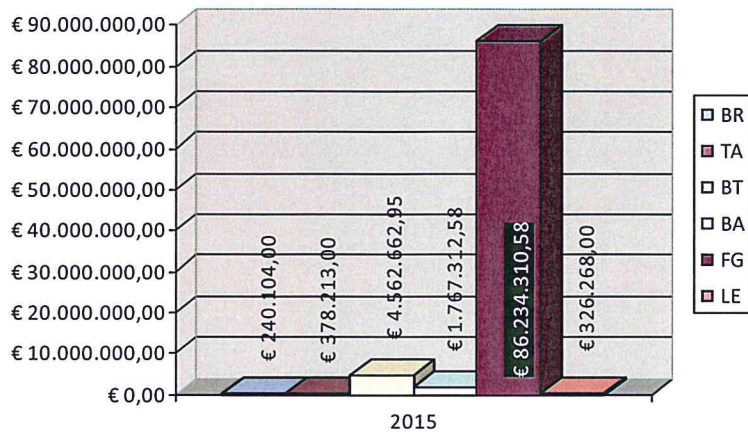


Figura 22 produzione per ASL regionale: totale € 93.444.977,11

Le attività aziendali in d.h. e d.s. registrano, sempre per lo stesso periodo, i seguenti dati:

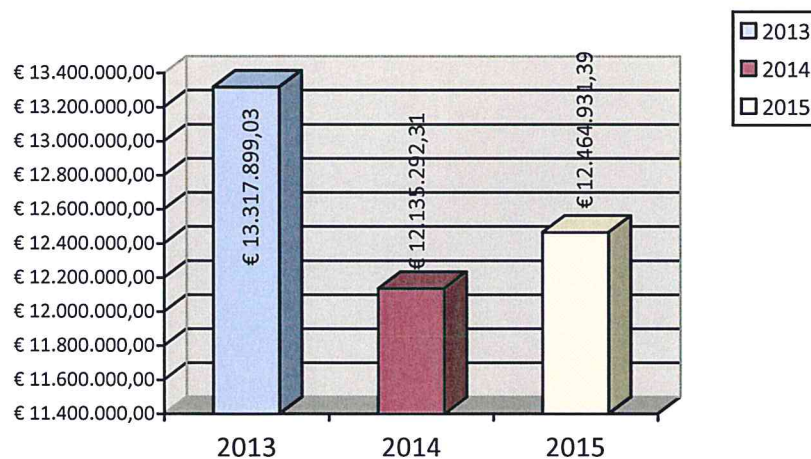


Figura 23. produzione drg in d.h.

L'incremento di produzione pari al 2,51% si ottiene nonostante la carenza di personale dedicato prioritariamente alle attività di ricovero in regime ordinario.

Significativo è l'incremento di d.s. che torna, tendenzialmente, pari a quello del 2013.

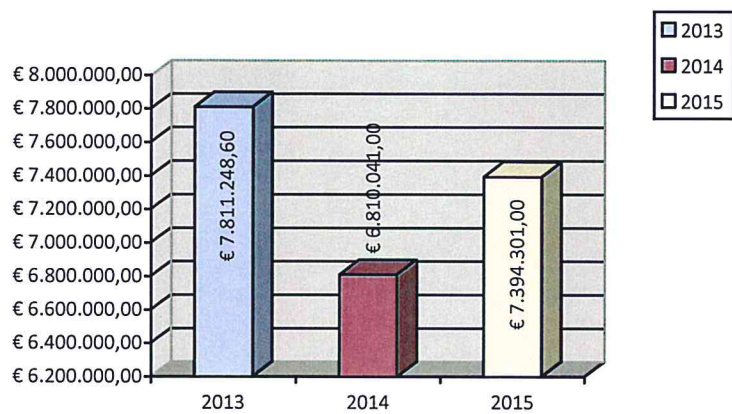


Figura 24 produzione drg in d.s.

Con un incremento, rispetto al 2014, pari all'8,36%.

Produzione ambulatoriale

Si conferma il continuo, costante incremento di attività ambulatoriali per esterni. Il dato, come più volte segnalato in altri documenti aziendali, non è privo di ricadute negative per l'Azienda. Con il trend evidenziato si conferma la funzione vicaria dell'Azienda nei confronti del livello assistenziale territoriale. Ciò determina ricadute negative sia in termini economici, stante la bassa remunerazione di questa tipologia di prestazioni, sia in termini organizzativi: le strutture aziendali preposte alla erogazione di questi servizi devono necessariamente dedicare sempre maggiori risorse organizzative alle attività ambulatoriali, a scapito di quelle connesse ai ricoveri.

Per giunta, come evidenziato in altre parti della presente relazione, gli indicatori sulla scorta dei quali l'attività dell'Azienda è misurata costantemente (indicatori di appropriatezza, indicatori MeS, indicatori del PNE), presuppongono un impegno sempre più cospicuo di risorse umane e strumentali, finalizzate alla migliore performance dell'assistenza agli acuti in regime di ricovero.

I livelli di attività raggiunti per tali prestazioni, si riportano nel prospetto che segue:

<i>anno</i>	<i>Numero</i>	<i>Valore</i>
2013	1.585.659	€ 22.543.942,25
2014	1.632.909	€ 24.592.323,09
2015	1.716.834	€ 25.048.097,62

Nella sotto indicata tabella sono riportati i dati riassuntivi relativi agli accessi al Pronto Soccorso aziendale nel periodo 2013 – 2015, al netto delle attività di programmazione elettive, che assommano a:

<i>Attività di pronto soccorso</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Numero di accessi per codice triage:			
Codice non specificato	45	27	9
Codice bianco non critico	795	530	226
Codice giallo mediamente critico	29.813	34.675	34.638
Codice nero – deceduto	22	42	35
Codice rosso molto critico	3.721	3.563	3.519
Codice verde poco critico	27.074	24.360	24.700
Totale numero di accessi	61.020	63.197	63.127

Quadro di sintesi aziendale

INDICATORE	PIANO 2015 -2017	PIANO 2016 -2018
Produzione drg ordinari		
Numero dimissioni		
Peso medio drg		
Degenza media		
D.M. preoperatoria		
Tasso mortalità az.		
Utiizzo p.l.		
Mobilità attiva		
spesa farmaceutica		
% ricov. diurni di tipo diagnostico		
Accessi di tipo medico x 1.000 abitanti		
% ricoveri chirurgici su totale ricoveri ordinari		
rapporto tra drg inappropriati e appro.		
% parti cesarei		
% interventi femore in seconda giornata		
% di mortalità a 30 gg. Per IMA		
% di mortalità a 30 giorni per frattura femore		
% mortalità a 30 giorni per BPCO		

Considerazioni

Si registrano risultati positivi rispetto ad indicatori importanti quali il tasso di mortalità complessivo. Il peso medio dei drg risente verosimilmente della domanda indotta dal territorio e della conseguente impossibilità di incidere da parte dell'Azienda. Migliora la spesa farmaceutica per i ricoverati. Ciò anche in dipendenza del fatto che il numero di drg diminuisce in ossequio alle vigenti direttive nazionali e regionali. Le azioni programmate dalla Direzioni, 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 su tale parametro. In tal senso sarà importante verificare tali dati dopo l'attivazione del nuovo sistema gestionale delle sale operatorie acquisito dall'Azienda. È soddisfacente rispetto agli indicatori medi di riferimento regionale ma sarà opportuno effettuare verifiche ulteriori finalizzate al miglioramento dell'indicatore. Resta la criticità determinata dall'alta percentuale dei drg medici da reparti chirurgici. Tale fattore dovrà essere particolarmente monitorato nella consapevolezza che la domanda indotta non consentirà di comprimere il dato oltre certi limiti. (si è evidenziata nella relazione l'incidenza di ricoveri da P.S.). Un aumento dei drg chirurgici, ancorché nei limiti esposti determinerà sicuramente una ricaduta positiva sul livello di complessità della casistica trattata.

Tabella riassuntiva delle positività e negatività

<u>Positività</u>	<u>Negatività</u>	<u>Suscettibili di miglioramenti</u>
Tasso mortalità aziendale	Spesa farmaceutica	Produzione per ricoveri ordinari chirurgici
Utilizzo posti letto	Accessi tipo medico x 1000 abitanti	Mobilità attiva e passiva
Rapporto tra drg inappropriati e appropriati	% drg chirurgici su totale drg	% parti cesarei
Spesa farmaceutica	% fratture femore trattate in 2 ^a giornata	% fratture femore trattate in 2 ^a giornata
	Tasso mortalità a 30 gg. Per frattura femore	
	Tasso di mortalità a 30 gg. Per IMA	
	Tasso di mortalità a 30 gg per BPCO	

Chi opera in Azienda

L'Azienda Ospedaliera registra una forte carenza di personale derivante dal mancato riconoscimento e/o adeguamento di unità di personale necessarie all'attivazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

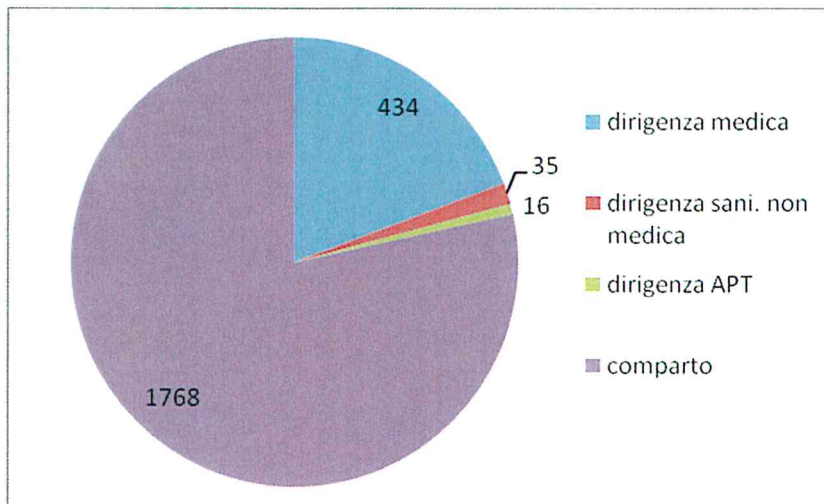
L'Azienda sconta, da questo punto di vista, uno storico gap che si registra fin dalla sua costituzione.

E' prassi consolidata effettuare benchmark con aziende dello stesso settore su attività e processi simili allo scopo di acquisire notizie utili per orientare le proprie attività. Eseguendo tali raffronti con Aziende di pari dimensioni, si è potuto rilevare come l'Azienda sia sottodimensionata in rapporto alle risorse umane disponibili.

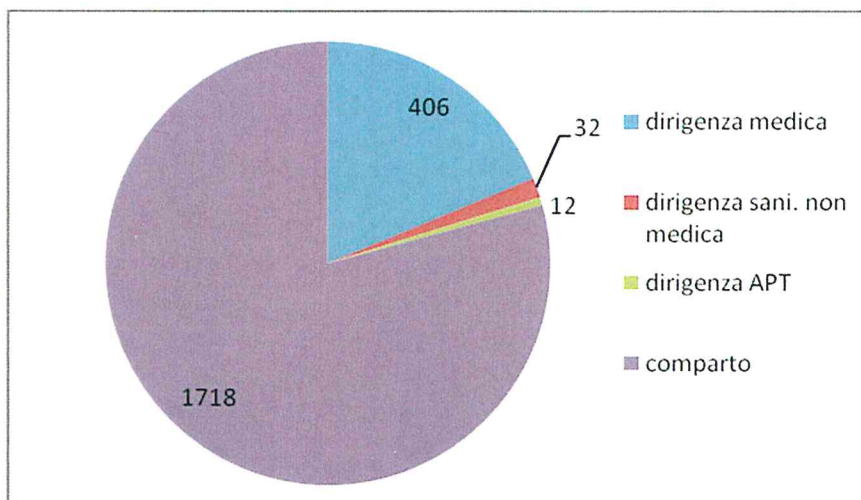
Allo stato, però, solo per garantire gli attuali standard assistenziali e senza alcuna previsione incrementativa prevista dal vigente Protocollo d'Intesa Regione Università, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia necessiterebbe di ulteriori 103,51 unità, delle quali 32 medici e 34 infermieri. Tali carenze si registrano, si ripete, in rapporto agli attuali carichi di lavoro, calcolati con il metodo del full time equivalent (FTE). I dati sono, peraltro, riportati nella relazione sui dati di attività aziendali al 31 dicembre 2014, pubblicata nell'apposita sezione "Trasparenza" del sito aziendale. E' evidente che l'attivazione di nuove linee di attività, così come previste dal Protocollo Regione – Università, necessiterebbe di una integrazione di d.o. ben maggiore.

Presso l'Azienda operano i seguenti dipendenti ospedalieri e personale universitario conferito all'assistenza, alla data del 31 dicembre 2014:

Personale a tempo indeterminato e determinato

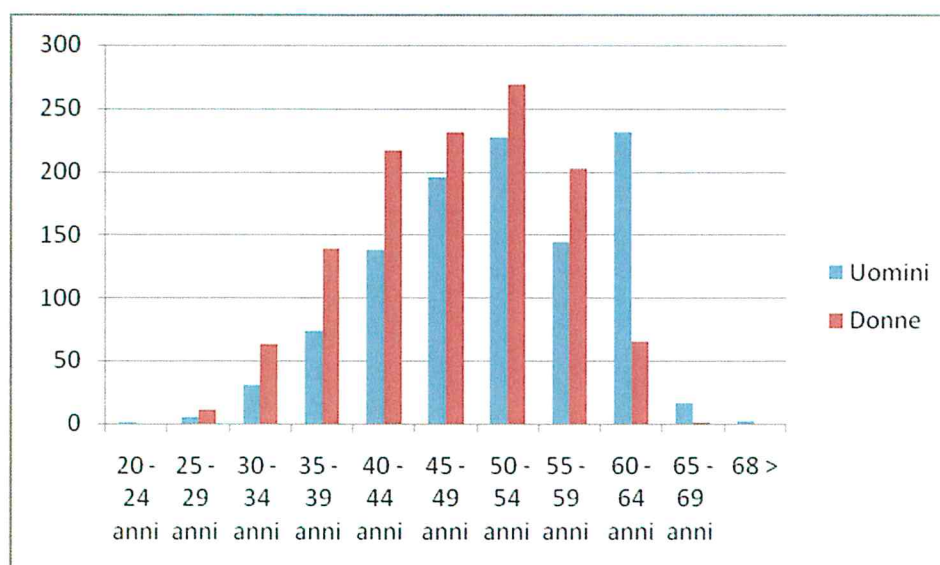


Personale a tempo indeterminato



Per le funzioni integrate di assistenza, didattica e ricerca, inoltre, risultano conferiti n. 85 docenti universitari.

Rappresentazione età anagrafica (età media 53 anni)



E' palese come l'età anagrafica del personale dipendente in conseguenza del blocco del turnover in atto sin dal secondo semestre del 2010 tende ad innalzarsi, determinando non pochi problemi per la gestione e "manutenzione" della dotazione organica.

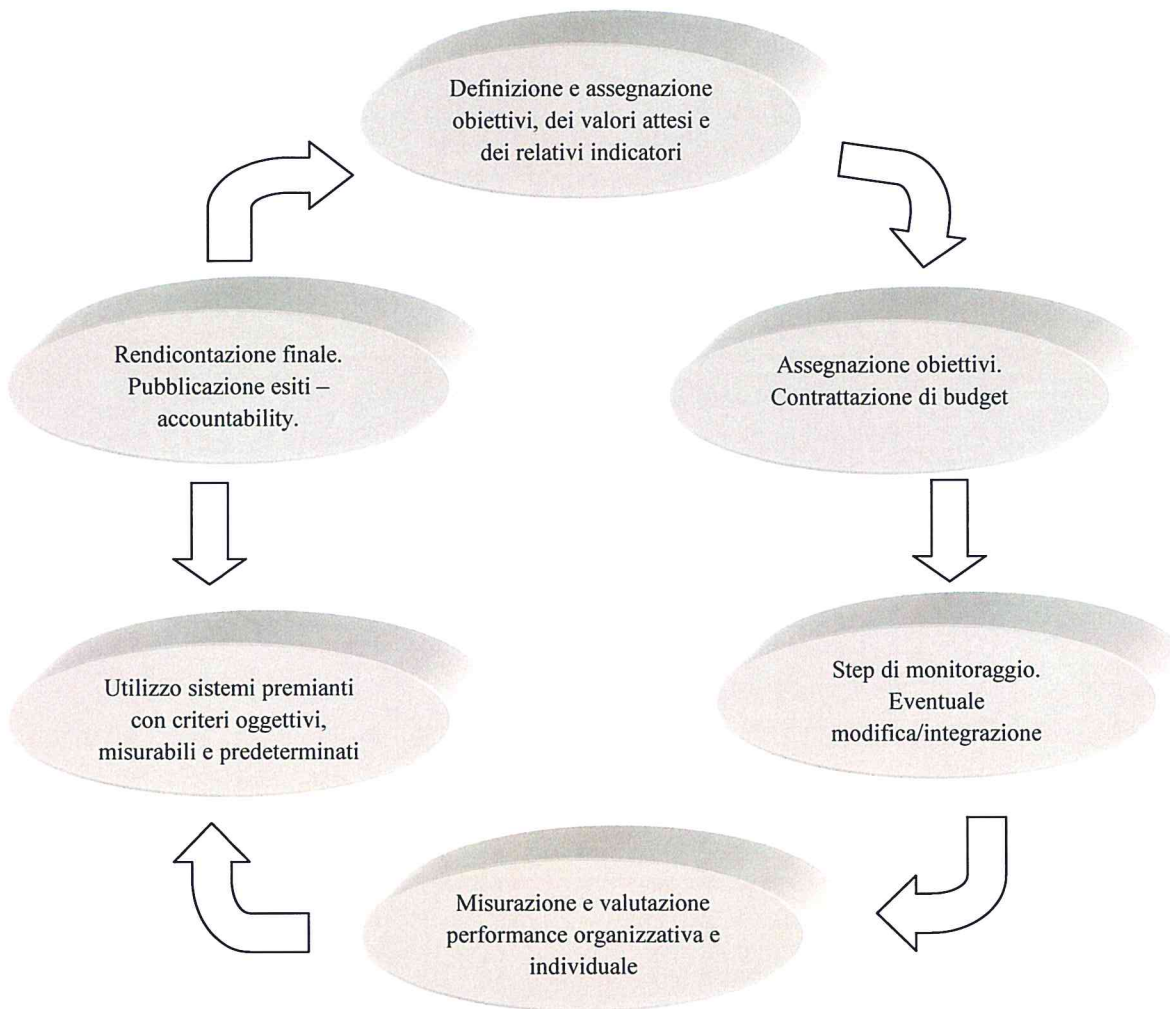
MACROAREE

- 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 n. 5 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

Ciclo delle performance



Gli obiettivi, strategici generali e operativi specifici, individuati con il presente documento, saranno concertati, per l'anno 2016, con i rispettivi centri di responsabilità aziendali in apposite sedute di budget.

La sessione di budget si attiverà nel mese di febbraio 2016 sulla scorta delle azioni previste nel presente piano e sulla base delle disponibilità rilevabili dal bilancio economico di previsione.

La sessione di budget si attiverà con l'invio delle schede per la predisposizione della relativa proposta di budget da parte dei vari centri di responsabilità. Le schede sono predisposte in modo che ogni C.d.R. possa 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 vengono inviati dalla Struttura Programmazione e Controllo con cadenza trimestrale e, inoltre, sono disponibili sul sito aziendale – sezione trasparenza.

Con l'invio delle schede di budget, ai Centri di responsabilità sono inviate anche altre schede contenenti la rappresentazione dei dati di attività della Struttura riferiti, di norma, ai trimestri dell'anno precedente, con una apposita sezione nella quale le stesse Strutture propongono gli obiettivi di attività per l'anno di riferimento della contrattazione di budget.

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.

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 2016, che coincidono con quelli indicati nelle allegate schede, formerà oggetto della "relazione sulle performance" da adottare a consuntivo di esercizio, appena si rendono disponibili i dati assestati di periodo.

Sistema di valutazione delle performance

Il procedimento di valutazione si compone di più parti, secondo quanto previsto dal D.Lvo n°150 del 27 ottobre 2009.

La sintesi del processo è rappresentata sin otticamente, da seguente schema:



Valutazione delle performance manageriali

L'Azienda non ha costituito l'O.I.V. e si avvale della Struttura equivalente costituita dal Nucleo Interno di Valutazione (N.I.V.). E' intenzione di questa Direzione Generale avviare il procedimento per la costituzione dell'O.I.V.

Il N.I.V./OIV provvede a misurare e valutare le performance delle Strutture nel loro complesso.

Il procedimento di valutazione, in questa fase, si effettua verificando il grado di performance complessivo registrato dalla Struttura, in ordine al raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi specifici assegnati. Si avvale, per la sintesi delle valutazioni del sistema di misurazione, in atti, condiviso con le OO.SS. di categoria del personale dipendente.

Il procedimento si basa su criteri oggettivi e predeterminati, consistenti nell'attribuzione di una quota di punteggio a ciascun obiettivo raggiunto. Gli obiettivi sono, in tal senso, parametrati su base 100 o su altra base comunque omogenea.

A valle del procedimento il N.I.V./OIV formula la valutazione di sintesi, trasmettendo gli esiti della valutazione al Direttore Generale e alla competente Struttura Politiche per il Personale.

Valutazione performance individuali

A partire dal consuntivo 2012, la valutazione delle performance individuali sono effettuate anche nei confronti del personale di comparto.

Le performance individuali per i dirigenti seguono il seguente schema:



Valutazione di prima istanza

Il Direttore di Struttura, sulla base di schede di valutazione predefinite e concordate con le OO.SS., procede, in contraddittorio, alla valutazione del dirigente della struttura. La scheda, come già evidenziato, è caratterizzata da una serie di indicatori parametrati su base 100. La compilazione riguarda molteplici aspetti relativi alla performance del valutato: grado di professionalità, livello di collaborazione, attitudine alla soluzione di problematiche, capacità di integrazione nel team, ecc..

Formulata la valutazione e acquisita la sottoscrizione del valutato per accettazione, la scheda è trasmessa alla Struttura Politiche per il Personale per gli ulteriori adempimenti.

Valutazione di seconda istanza

Il Collegio tecnico è composto da membri esterni terzi all'Azienda. Sulla scorta delle eventuali relazioni presentate dal valutato e sulla scorta del riscontro oggettivo basato sui dati di attività disponibili in Azienda, il Collegio formula la sua valutazione.

Il N.I.V./OIV acquisiti gli atti relativi alla valutazione di prima istanza, verifica la regolarità e congruità del procedimento, formulando una valutazione positiva o negativa sullo stesso.

Completato l'iter valutativo si procede al riconoscimento della eventuale retribuzione di risultato, compatibilmente con la disponibilità dei correlati fondi contrattuali. I risultati della valutazione saranno pubblicati sul sito aziendale "sezione trasparenza".

Le somme sono attribuite con criteri di proporzionalità ai risultati conseguiti e sulla scorta dei parametri sui quali si basano le schede di valutazione e di cui si è già detto.

Le premialità per il 2016 saranno attribuite in conformità a quanto disposto dall'art.19 del D.lvo n° 150 del 2009 e saranno pubblicati nell'apposita sezione del sito aziendale sezione "Trasparenza".

MACRO AREA 1 - Legalità, trasparenza, performance, organizzazione														
AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	FINALITA' E INDICATORI	INDICATORI	MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE				TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
				MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE				2015	PIANO 2016	PIANO 2017	PIANO 2018	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Legalità	L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Redazione piano di formazione	Aggiornamento del Piano con le modalità e nei termini previsti	si	entro 15/10	entro 28/2	entro 28/2	entro 30/11	Struttura legale e contenzioso	Resp. Aziend. Trasparenza	Direzione Amministrativa		
			Istituzione registro protocollo riservato	Relazione conclusiva entro 31/01	si	entro 30/11	entro 30/11	entro 30/11	Struttura legale e contenzioso	Resp. Aziendale Formazione				
			Relazione annuale del piano di prevenzione	Riscontro avvenuta istituzione	no	entro 15/10	entro 31/1	entro 31/1	Struttura AA.GG.	Tutte le strutture tecnico/amministrative				
			Relazione trimestrale al responsabile legalità su stato attuazione adempimenti previsti dal Piano triennale sulla trasparenza e legalità	Adozione della Relazione con le modalità e nei termini previsti	no	entro 15/10	entro 31/1	entro 31/1	Struttura AA.GG.	Tutte le Strutture APT				
Trasparenza	L.190/12 Direttive regionali D.Lgs. 33/12 D.Lgs. 196/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e tempi previsti dalle fonti di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Redazione Piano della Prevenzione	Adozione e/o rimodulazione 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	Tutte le Strutture	Direzione Amministrativa			
			Aggiornamento tempestivo delle informazioni	Verifica continua dell'avvenuto aggiornamento ed evidenza, nella relazione finale, delle eventuali incongruenze	no	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Resp. Aziend. Trasparenza	Struttura Legale e contenz. Tutte le strutture tecnico/amministrative				
			Verifica e controllo del rispetto delle regole sulla privacy	Verifica, a campione, della corretta applicazione delle regole privacy ed evidenziazione, con apposita relazione, delle eventuali incongruenze, con indicazione dei possibili miglioramenti.	No	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Affari Generali	Controllo di Gestione Strutture di staff				
			Redazione Bilancio Sociale	Relazione nei termini previsti, salvo necessità di evidenziazioni intermedie	si	entro 30/10	entro 30/05	entro 30/05	Affari Generali	Controllo di Gestione Strutture di staff				
Ciclo della Performance	DL.150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Redazione Piano della Performance triennale e scorporamenti successivi	La stesura del Documento dovrà garantire la congruenza dello stesso sia con le fonti di riferimento (norme di settore e direttive e obiettivi posti dalla Regione) che con gli obiettivi di miglioramento in relazione alle risorse esistenti.	si	entro 30/6	entro 31/01	entro 31/01	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria Strutture di staff	Direzione Amministrativa			
			Controlli intermedi stato di attuazione Piano della Performance	Il Documento dovrà altresì esporre in maniera chiara sia il dato di partenza che il risultato che si intende conseguire	si	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria				
			Relazione finale attuazione Piano	Il processo di attuazione richiede continui controlli circa lo stato di avanzamento, al fine di verificare la presenza di fattori ostacoli al perseguimento degli obiettivi e con la finalità di stimolare le varie strutture, in base ai dati intermedi, verso un ulteriore impegno utile a consentire il raggiungimento degli obiettivi.	si	entro 15/03	entro 15/03	entro 15/03	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria				
			Schede di budget	Il Documento dovrà evidenziare, con dati numerici chiari correlati da grafici, il risultato conseguito rispetto agli obiettivi predeterminati	No	entro 31/3	entro 29/2	entro 29/2	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria				
Organizzazione	D.Lgs. 502/92 Atto di intesa Regione-Università DGR 879/15	Ridefinizione assetto organizzativo	Monitoraggio andamento spesa per c.d.c.	Con l'utilizzo del nuovo sistema gestionale dal 1 gennaio 2016 ogni struttura coinvolta nella predisposizione di atti di spesa avrà assegnato un budget da monitorare e rispettare. Per il superamento dello stesso si dovranno acquisire le autorizzazioni con le conseguenti modifiche di budget.	No	prima verifica relativa al 1° trimestre e, entro 31/10	mantenimento	mantenimento	Controllo di Gestione	Tutte le strutture aziendali.	Direzione Amministrativa			
			Adozione Atto Aziendale	Assicurare, con una metodica conviva, l'attuazione dell'intesa Regione-Università e adeguare l'organizzazione ai processi di sviluppo.	No	entro 31/10			Affari Generali	SIA				

MACRO AREA 3 - Risk management

AREA PROGETTUALE	FINALITA' E INDICATORI		MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE					RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
	RIFERIMENTI	OBIETTIVI		INDICATORI	2015	2016	2017	2018	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Formazione		Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	Redazione e attuazione piano di formazione	Svolgimento dell'attività formativa nei termini stabiliti. Relazione finale	no	entro 30/9	entro 30/6	entro 30/6	Medicina Legale	Resp. Aziendale Formazione	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
			Redazione regolamento	Adozione del Regolamento entro il termine previsto	no	entro 31/10			Affari Generali	Struttura Legale e contenz. Medicina Legale Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
Procedure		Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrali circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	no	report trimestrale dal 30/6 in poi	report trimestrale	report trimestrale	Presidente organismo interno gestione sinistri	Struttura Legale e contenz. Medicina Legale Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
			Definizione di procedura operativa di verifica delle cartelle cliniche e gestione delle non conformità	Adozione procedura nel termine previsto	no	entro 30/09			Statistica e Epidemiologia	Medicina Legale	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
			n. soccombenze/numero contenziosi	La migliore definizione di fasi interne di gestione dei potenziali contenziosi, dovrebbe determinare un miglioramento progressivo degli esiti giudiziari delle controversie relative alle malpractices. Relazione al termine dell'annualità	no	Relazione al 30/10	Relazione al 30/6	Relazione al 30/6	Struttura Legale e contenz.		Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
		Analisi dei miglioramenti	Corretta compilazione SDO/Riduzione SDO non validate	L'attuazione dell'obiettivo richiede un confronto continuo con le strutture di dimissione. Il risultato è raggiunto con la riduzione o l'eliminazione del fenomeno, secondo i tempi stabiliti in "tempi di attuazione"	si	riduzione 50% SDO non validate rispetto al 2015	eliminazione casistica	eliminazione casistica	Statistica e Epidemiologia		Direzione Sanitaria o struttura all'uopo delegata

MACRO AREA 4 - Servizi

AREA PROGETTUALE	FINALITA' E INDICATORI		MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILITA' ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
	RIFERIMENTI	OBIETTIVI		2015	2016	2017	2018			
Incremento offerta			L'obiettivo posto è strettamente correlato anche ad un continuo monitoraggio delle agende di prenotazione per esterni. L'indicatore dovrà essere migliorato anche ad eventuale detrimento dei volumi di attività per esterni.	no	entro i tempi previsti negli obiettivi del Direttore di Dipartimento	entro i tempi previsti negli obiettivi del Direttore di Dipartimento	manutenimento	Radiologie	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	Direzione Sanitaria
			Verifica della possibilità di incrementare le prestazioni sulla base di parametri standard che, tenendo conto dei miglioramenti tecnologici, individuino adeguati rapporti tra personale e produzione. Produzione di una griglia di verifica e relazione finale basata su tempi costruiti ad hoc	no	Produzione griglia di verifica al 31/10 e eventuale adeguamento della produzione	adeguamento produzione ai parametri stabiliti		Radiologie		
			Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste diagnostiche per interni	no	entro 31/10/16 (almeno 2 protocolli)	entro 31/12/17 (almeno altri 3 protocolli)	manutenimento	Radiologie e Laboratori	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	
			Verifica dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica per interni	no	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Radiologie e Laboratori	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	
			Migliorare il rapporto tra efficacia e costo dei farmaci. Verifiche, per le annualità successive, circa l'adeguatezza delle somministrazioni	si	entro 31/12/16	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	
			riduzione spesa farmaci del 2% rispetto anno precedente	no	entro 31/12/16	entro 31/12/17	entro 31/12/18	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	
			riduzione del 2% rispetto anno precedente	no	entro 31/12/16	entro 31/12/17	entro 31/12/18	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie utilizzatrici di dispositivi	
			Verifica congruenza tra dato effettivo e dato contabile	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	Tutti le Strutture sanitarie	
			Analisi continua dei costi afferenti alle varie strutture ed incontri con i responsabili delle stesse al verificarsi di evidenti scostamenti	no	Verifiche e relazione trimestrale	Verifiche e relazione trimestrale	Verifiche e relazione trimestrale	Farmacia Controllo di Gestione	Tutti le Strutture con posti letto	
			La farmacia dovrà fornire i dati numerici dei pazienti dimessi che transitano nella Farmacia Ospedaliera per il ritiro dei farmaci prescritti alle dimissioni	si	Relazione mensile	Relazione mensile	Relazione mensile	Farmacia Controllo di Gestione		
Miglioramento del rapporto costi/efficacia			La Farmacia dovrà fornire i dati trimestralmente al Controllo di Gestione	no	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	Farmacia	Tutti le Strutture sanitarie	
			La Farmacia dovrà predisporre relazioni trimestrali evidenziando l'andamento della spesa e le iniziative intraprese per migliorare la specifica performance. Predisposizione di eventuali specifici protocolli terapeutici d'intesa con i Direttori di Dipartimento assistenziali e con la D.S.	no	1° relazione entro il 31/10	miglioramento	miglioramento	Farmacia d'intesa con D.S.	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	

MACRO AREA 5 - Strutture tecnico-amministrative

AREA PROGETTUALE	FINALITÀ E INDICATORI			MODALITÀ DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILITÀ ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
	RIFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI		2015	2016	2017	2018			
Organizzazione e personale		Attuazione organizzazione conseguente all'Atto Aziendale	Conferimento incarichi	Definizione, d'intesa con la Direzione Sanitaria o Amministrativa, delle pesature e degli obiettivi relativi agli incarichi dirigenziali rivestiti dalla nuova organizzazione aziendale. Formalizzazione degli obiettivi specifici per ciascun incarico da individuare in coerenza con il Piano triennale della Performance e gli eventuali accordi di budget. Stipula dei conseguenti contratti	no	stipula contratti entro 30/9			Politiche del Personale		Direzione Amministrativa
			Definizione e verifiche dei fondi aziendali	Corretta individuazione dell'ammontare dei fondi, in particolare per la individuazione della retribuzione di posizione connessa ai conferimenti incarichi, e del loro utilizzo	si	Relazione al 31/12	Relazione al 31/12	Relazione al 31/12			Direzione Amministrativa
	Directive aziendali CC.CC.NN.LL Fonti normative	razionalizzazione risorse umane	Dotazione organica	Produzione della nuova dotazione organica e svolgimento delle procedure assunzionali conseguenti	si	entro 31/10 (eventuale rivisitazione)	entro 31/10 (eventuale rivisitazione)	entro 31/10 (eventuale rivisitazione)			Direzione Amministrativa
			Verifica fabbisogni assistenziali	Verifica, in base a parametri e riferimenti predefiniti, delle necessità di personale infermieristico e di supporto e conseguente riallocazione del personale. Produzione di apposito documento riferito a ciascuna struttura aziendale. Raccordo delle effettive dotazioni per singolo centro di responsabilità, con la Struttura Politiche per il Personale	no	entro 30/9	Mantenimento	Mantenimento	SIOS	Coordinatori delle varie strutture	Direzione Sanitaria
			Allineamento dati	Allineamento codifiche c.d.r. con il Controllo di Gestione. Modifiche operative relative alle acquisizioni dei dati relativi al costo del personale per consentire la rilevazione automatica degli stessi, con codifiche univoche, alla Struttura Controllo Gestione e quella Economico Finanziaria.	no	in linea con i tempi di avvio del nuovo sistema gestionale	Mantenimento	Mantenimento	Politiche del Personale	Controllo di Gestione ed Economico Finanziario.	Direzione Amministrativa
Contenzioso		Fruibilità dei dati	Implementazione della gestione informatica	Attivazione di un sistema informatico di gestione dei dati relativi alle controversie	no	entro 30/9	Mantenimento	Mantenimento	Ufficio Legale		Direzione Amministrativa
	Directive aziendali	Veridicità dati di bilancio	Implementazione della gestione informatica	Sintetica relazione, per ciascun contenzioso non trattato dal sistema interno di gestione dei rischi clinico, di determinazione del relativo accantonamento	no	A regime entro 30/9	Mantenimento	Mantenimento			

Punteggi attribuibili alle Strutture e relativi criteri

In coerenza con i criteri di misurazione delle performance dei Direttori di Dipartimento, anche per le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali il punteggio massimo attribuibile è pari a 50, composto da 25 punti per gli obiettivi generali e 25 per quelli specifici, così come individuati per i Dipartimenti. In sede di contrattazione di budget potranno essere individuati ulteriori e/o diversi obiettivi specifici per le singole Strutture. In questo caso il pannello di misurazione degli stessi sarà rimodulato e reso coerente con la contrattazione, fermo restando che la somma dei punteggi attribuibile sarà sempre uguale a 50 punti. L'individuazione di nuovi o diversi obiettivi specifici o la diversa pesatura degli stessi effettuata in sede di processo di budgetting, terrà conto, ovviamente, degli obiettivi generali e strategici individuati nelle 5 macroaree riportate come allegato al Piano della Performance 2016 - 2018.