



Regione Puglia  
**OSPEDALI RIUNITI**  
*Azienda Ospedaliero – Universitaria*  
**FOGGIA**



## INDICE

### TITOLO I

#### ELEMENTI DI CONTESTO E DIREZIONALI

##### 1. ELEMENTI DIREZIONALI DEL CONTESTO

*1.1 ELEMENTI DIREZIONALI E CONTESTO RELATIVI AL RECUPERO EDILIZIO*

*1.2 ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI AL RINNOVAMENTO DELLE ATTREZZATURE E I.C.T.*

*1.3 ELEMENTI DIREZIONALI E CONTESTO RELATIVI A RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO*

*1.4 ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI AD ATTIVITA' CONNESSA AGLI APPROVVIGIONAMENTI DI BENI E SERVIZI*

##### 2. ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI ALLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

*2.1 AMBULATORIALE*

*2.2 RICOVERI ORDINARI E IN D.H.*

*2.3 ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI A CONSUMO FARMACI*

##### 3. DIRETTIVE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2011

### TITOLO II

#### DOCUMENTI DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

##### 1. CONTESTO

##### 2. METODI

##### 3. NUOVE PROSPETTIVE E VISIONE DELL'ORGANIZZAZIONE (Regola delle tre "C")

##### 4. IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA ETICO

##### 5. AZIONI PROGRAMMATE

*5.1 ORGANIZZAZIONE "DIVISIONALE" DELL'AZIENDA*

*5.2 LINEE ED AZIONI GENERALI*

*5.3 ATTIVITÀ NON SANITARIE , DI SOSTEGNO*

*5.3.1 Affari Generali*

*5.3.2 Relazioni con il Pubblico - Comunicazione – Stampa*

*5.3.3 Controlli Direzionali*

*5.3.3a Servizio Informatico Aziendale(SIA)*

*5.3.4 Struttura Burocratico-Legale*

*5.3.5 Gestione del Patrimonio- Approvvigionamenti*

*5.3.6 Gestione delle Risorse Umane*

*5.3.7 Struttura Prestazioni*

*5.3.7a Centro Unico Prenotazioni*

*5.3.8 Gestione Tecnica*

*5.3.9 Servizio di Prevenzione e Protezione*

*5.3.10 Struttura per la Gestione Economico-Finanziaria*

## **TITOLO III**

### **PROCESSO DIREZIONALE PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2011-2013**

**A - ADEGUAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI PER L'EROGAZIONE DEI LEA**

**B – MISURE PER IL CONTENIMENTO E PER L'INNALZAMENTO DEI LIVELLI DI EFFICACIA DEL SSR**

**C – RAFFORZAMENTO DEI MECCANISMI DI GOVERNANCE DEL SSR**

**D – AZIONI DI COMPLEMENTO CON EFFETTI NON IMMEDIATI**

**E - MAGGIORI RICAVI**

**F – AZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE**

## **TITOLO IV**

**DOCUMENTO DI DIRETTIVE DEL DIRETTORE GENERALE – 2011 –**

**CONCLUSIONI E RINVIO**



**RIMODULAZIONE PIANO GENERALE DI PIANIFICAZIONE  
PER IL TRIENNIO 2010 – 2012  
E RIALLINEAMENTO PER IL TRIENNIO 2011-2013**

**TITOLO I  
ELEMENTI DI CONTESTO E DIREZIONALI**

**1. ELEMENTI DIREZIONALI DEL CONTESTO**

Con delibera n. 41 del 1° febbraio 2010, l’Azienda ha approvato il documento di pianificazione triennale 2010-2012, individuando le linee programmatiche e le attività concrete da realizzare nel triennio di riferimento.

Nel corso del corrente anno la Regione Puglia ha adottato provvedimenti normativi e riorganizzativi importanti, con forte impatto sulla organizzazione e gestione delle Aziende Sanitarie pugliesi.

Di particolar rilievo, in tal senso, è la L.R. n. 4 del 25 febbraio 2010 che ha fortemente inciso sulle modalità organizzative e gestionali delle Aziende, nonché sui criteri e vincoli da tenere presenti nella programmazione e nella gestione delle attività. La possibilità di applicazione delle disposizioni di tale legge regionale è stata in gran parte, però, sospesa, per effetto di disposizioni regionali successive, con le quali è stato completato l’iter degli adempimenti che hanno accompagnato il “Piano di Rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012”, che la Regione ha sottoscritto con il Governo centrale, ai fini del riequilibrio del disavanzo dello stesso Servizio Sanitario Regionale

L’Azienda, in coerenza con tale quadro di riferimento e in ossequio alle direttive regionali in tema di contenimento della spesa, ha assunto ogni iniziativa utile al raggiungimento degli obiettivi più generali della Regione, con particolare riferimento a quelli di rientro del disavanzo regionale, finalizzato al rispetto del patto di stabilità cui la Regione è tenuta.

Di tanto, l’Azienda ha dato formale riscontro agli Organi regionali.

Invero, questa Azienda, anche negli ultimi anni ha assolto a tali compiti in condizioni di particolare difficoltà, peraltro più volte evidenziate nei vari documenti di programmazione e nei bilanci preventivi e di esercizio approvati e trasmessi agli Organi regionali. La Direzione ha insistito perché la situazione dell'Azienda venisse presa in considerazione e valutata come meritevole di particolare attenzione nel contesto regionale in relazione alla mission propria dell'Azienda: la elevazione del livello specialistico di questa diventerebbe di interesse strategico per la Regione Puglia, perché l'Azienda collocata a confine con tre regioni, potrebbe intercettare non solo la mobilità passiva (specie verso il Molise, in quanto è diventata la più rilevante per la Provincia di Foggia), ma determinerebbe anche attrazione extra-regionale (mobilità attiva).

Le problematiche in questione, già rappresentate nella precedente pianificazione, saranno dettagliatamente attualizzate nel documento che segue.

La pianificazione per il triennio 2010 -2012 costituiva un momento importante e di svolta per il futuro dell'Azienda, atteso che la stessa, nel periodo considerato, avrebbe qualificato l'offerta definitiva di assistenza che, a fine triennio, concluse le fasi di assestamento strutturale in atto e completato il processo di rinnovamento tecnologico attivato, avrebbe dispiegato a pieno regime le proprie capacità assistenziali.

Il presente documento tiene conto delle difficoltà legate, prevalentemente, alla dotazione organica e, come quello approvato per il triennio 2010-2012, costituisce coerente implementazione delle attività rese nel triennio 2007-2009 delle quali è doveroso rappresentarne sinteticamente le più significative azioni realizzate.

E' opportuno confermare che l'Azienda ha implementato ogni possibile iniziativa utile alla integrazione con il territorio.

Il livello di integrazione delle attività delle strutture a direzione ospedaliera con quelle rese dalle strutture a direzione universitaria, le innovazioni e la crescita culturale-scientifica apportate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia hanno reso questa Azienda come modello di riferimento per una "sana" integrazione Servizio Sanitario-Università degli Studi.

Per altri aspetti, l'attività dispiegata nel passato triennio ha visto impegnata la Direzione su quattro direttrici di iniziative:

- a) Il completamento del recupero del patrimonio edilizio aziendale;
- b) Un forte rinnovamento delle attrezzature tecnologiche;
- c) Un parziale potenziamento delle risorse umane (ferma la necessità di ripensamento della organizzazione del lavoro);

- d) Il rinnovo di molte procedure di approvvigionamento di beni e servizi, al fine di evitare eccessive situazioni di “proroghe contrattuali”.

A conclusione del triennio di riferimento si deve prendere atto del notevole lavoro svolto, anche in considerazione del fatto che la criticità evidenziata al punto a) non ha ancora potuto trovare adeguata soluzione da parte dei competenti Organi regionali, con la conseguenza che tutto ciò che si è realizzato ha gravato su un numero inadeguato di addetti che, ad ogni livello, hanno garantito il massimo di impegno, con notevole spirito di dedizione. Nel merito delle specifiche necessità delle attività di completamento e/o di nuovo intervento, si evidenzia:

### *1.1 ELEMENTI DIREZIONALI E CONTESTO RELATIVI AL RECUPERO EDILIZIO*

Il periodo 2007-2010 ha rappresentato un momento importante di implementazione delle attività tese al recupero del patrimonio edilizio aziendale.

Nel periodo anzidetto, infatti, sono proseguiti i lavori di ricostruzione del corpo di fabbrica “H” e dell’ala sinistra del c.d. “Terzo Lotto”. Entrambi i corpi di fabbrica sono stati completati e già oggi utilizzati, in parte, per le attività assistenziali.

Nell’ala sinistra del Terzo Lotto hanno trovato sistemazione le attività delle Nefrologie, delle Urologie, Oncologia e, a breve, potranno essere allocate adeguatamente altre importanti attività.

Nel corpo “H”, anch’esso ultimato e consegnato all’assistenza, troveranno sistemazione strutture fondamentali quali la Rianimazione a direzione Universitaria e, qualora l’Azienda dovesse avere la possibilità di incrementare la propria dotazione organica, altre attività fondamentali e qualificanti quali la Cardiocirurgia, la quale, peraltro, è fondamentale, come si è già detto e meglio si evidenzierà in seguito, ai fini della garanzia del completamento di percorsi assistenziali per le patologie di riferimento e della intercettazione della domanda assistenziale registrata nel territorio di riferimento e che attualmente determina mobilità sanitaria (extraprovinciale e, anche, extraregionale).

Sono stati completati i lavori di consolidamento del corpo “C”, destinato alle attività trapiantologiche renali e le cui sale operatorie sono state attivate nel mese di ottobre 2010.

Sono stati avviati i lavori (attualmente in via di completamento) della Struttura Dipartimentale di Fisiopatologia della Riproduzione.

Saranno disponibili, a breve, le nuove sale operatorie costruite in adiacenza dello stabilimento Maternità-Pediatico, il cui plesso è interessato, peraltro, da lavori di ristrutturazione e adeguamento impiantistico anche ai fini della definitiva ed idonea collocazione della Struttura di

Neonatologia e UTIN, costituendo quest'ultima centro di riferimento regionale ed extraregionale. Tali lavori sono momentaneamente fermi, in attesa dell'esecuzione degli interventi necessari a garantire la messa a norma antisismica.

Tale cautela, imprevista, è stata determinata dalle risultanze delle estensioni delle verifiche antisismiche effettuate a norma di legge. Da tali verifiche è scaturita una relazione, da parte dello studio ingegneristico incaricato, che ha evidenziato il problema della inadeguatezza statica e antisismica dell'intero immobile.

Alla luce di ciò e a seguito di formale richiesta della Direzione aziendale, la Regione ha istituito una unità di crisi del cui tavolo facevano parte, tra gli altri, la Protezione Civile e il Politecnico di Bari, oltre agli Organi e Uffici regionali. Proprio al Politecnico sono state affidate le ulteriori verifiche, alla luce delle quali è stata evidenziata la inderogabilità dell'intervento antisismico. L'Azienda ha affidato allo stesso Politecnico la progettazione degli interventi necessari; gli atti progettuali sono stati resi disponibili e si è proceduto a chiedere alla Regione l'assegnazione di fondi di investimento, che, per l'urgenza, potrebbero essere resi disponibili dalla riassegnazione di fondi F.E.S.R. non utilizzati da altre Aziende Sanitarie regionali.

L'Azienda, a fronte di specifico finanziamento di 65 milioni di euro per la costruzione di un nuovo plesso per l'emergenza e urgenza, ha completato le procedure della gara per l'affidamento dei lavori, i quali sono stati aggiudicati e cantierizzati nel mese di ottobre 2010. E' doveroso evidenziare l'assoluta mancanza di contenzioso nella fase, particolarmente delicata, connessa alle procedure espropriative.

E' stata realizzata una enorme mole di lavoro, che ha visto impegnate tutte le risorse tecniche aziendali in una visione collaborativa e sinergica che ha reso possibile il raggiungimento dell'obiettivo nonostante la già richiamata carenza di personale.

Si riporta di seguito un quadro riepilogativo dei lavori avviati, con il relativo importo e fonte di finanziamento:

Emergenza 118	€ 600.000	€ 600.000	Avviato
Foresteria	€ 450.000	€ 450.000	Avviato
Centro sterilità	€ 1.190.000	€ 1.190.000	Avviato
Antiblastici	€ 300.000	€ 300.000	da approvare
Arch. Anatomia Univ.	€ 588.400	€ 588.400	Avviato
Trasf. Odontoiatria	€ 250.000	€ 250.000	Completato
Lavori vari nel 2009	€ 1.709.980	€ 1.709.980	

<b>TOTALE</b>	<b>€ 5.088.380</b>		<b>€ 5.088.380</b>	
	<b>Importo</b>	<b>Finan Stato/Regione</b>	<b>Oneri bilancio</b>	<b>Stato</b>
Corpo H	€ 5.000.000	€ 5.000.000		Completato
Corpo C	€ 3.500.000	€ 3.500.000		Completato
Ala Sx 3° lotto	€ 7.900.000	€ 7.900.000		Completato
Sale operatorie	€ 5.232.559	€ 5.232.559		Completato
Corpi A e B	€ 15.261.769	€ 15.261.769		in costruzione
Antincendio Mat.	€ 3.257.300	€ 3.257.300		Avviato
Nuovo Plesso	€ 65.000.000	€ 65.000.000		Appaltato
<b>TOTALE</b>	<b>€ 105.151.628</b>	<b>€ 105.151.628</b>		

Con propria deliberazione n. 2 del 12.01.2011, a completamento di un procedimento di revisione della ricostruzione del lotto "B" ed dello stato degli atti e fatti relativi alla possibilità di utilizzare disponibilità rivenienti da ribasso d'asta, la Direzione Generale aziendale ha ripresentato istanza, all'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici, per l'autorizzazione alla progettazione ed esecuzione dei lavori per la realizzazione sul ricostruendo corpo "B", di ulteriori tre piani sui quattro (piano interrato e tre piani fuori terra) già in corso di completamento. La autorizzazione a tali lavori di completamento è stata chiesta ai sensi e per la ricorrenza dei presupposti previsti dall'art. 57, comma 5, del D. Lgs. n. 163/2006, in quanto, la necessità di liberare gli ambienti di degenza del plesso Maternità-Pediatrico, ai fini degli adeguamenti antisismici, ha determinato la urgenza, imprevista, di realizzare nuove aree di degenza. Il procedimento di esame, da parte dell'Autorità nazionale dei contratti pubblici, dell'iniziativa assunta dall'Azienda è in corso e l'aspettativa della Direzione Generale è di conseguire l'autorizzazione.

### *1.2 ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI AL RINNOVAMENTO DELLE ATTREZZATURE E I.C.T.*

Le strutture realizzate e realizzande non possono costituire meri contenitori. Si è proceduto, infatti, con enorme impegno lavorativo della competente Struttura, all'acquisizione della tecnologia necessaria a quelle strutture assistenziali allocate nei nuovi plessi. Sono state perfezionate le forniture delle attrezzature per la nuova Rianimazione a direzione universitaria, sono state sostituite le attrezzature obsolete della Struttura di Rianimazione a direzione ospedaliera, sono state allestite le sale operatorie del Centro Trapianti.

Il triennio di pianificazione d'interesse, non potrà non registrare un incremento qualitativo delle attività assistenziali, dovuto alla migliore sistemazione logistica e alle nuove attrezzature acquisite.



Anche per le attrezzature si riporta qui di seguito un prospetto riepilogativo dei settori di intervento e dei relativi oneri sostenuti:

Rianimazione Ospedaliera	€ 2.500.000
Rianimazione Universitaria	€ 2.600.000
Mammografia	€ 250.000
Apparecchiatura Endoscopica	€ 200.000
<b>Totale</b>	<b>€ 5.550.000</b>

A conclusione di una lunga interlocuzione con i competenti Organi regionali, dal novembre 2009 è stata attivata una PET su impianto mobile, con la conseguente erogazione delle prestazioni correlate con cadenza settimanale.

L'acquisizione di una PET fissa, il cui costo quantificabile in circa 5 milioni di euro in uno con le gamma camera necessarie alla Medicina Nucleare, sono state oggetto di recente specifica richiesta di finanziamento alla Regione, perché rappresentano obiettivi prioritari della Direzione per il 2011, per il completamento dei percorsi onco-neuro-cardiologici a conferma del sempre maggior impegno dell'Azienda nella elevazione dell'assistenza sanitaria per le patologie sopra dette.

In merito alla I.C.T., è opportuno far presente che si è pervenuti a considerazioni che hanno indotto l'Azienda ad un ripensamento delle strategie fino ad oggi seguite e che sono state caratterizzate da interventi parziali e/o frazionati. La nuova impostazione è determinata dalla notevole accelerazione delle esigenze informative e informatiche del sistema "Regione" e, per molti versi, del sistema "Paese". In tale nuovo contesto è di fondamentale importanza elaborare un piano generale che dia all'Azienda la possibilità di disporre di un sistema adeguato alle nuove esigenze: è attualmente in corso l'iniziativa per l'affidamento del dedicato studio e progettazione delle necessarie risorse informatico-informative aziendali.

### *1.3 ELEMENTI DIREZIONALI E CONTESTO RELATIVI A RISORSE UMANE E*

#### *ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO*

Il problema della inadeguatezza delle dotazioni organiche del personale ha rappresentato e rappresenta un limite oggettivo e grave per l'Azienda e per ogni possibile futura programmazione.

Il problema ha radici lontane. Più volte l'Azienda, nei propri documenti ufficiali e con ripetute interlocuzioni con la Regione, ha cercato di sottolineare questo aspetto nel tentativo di sensibilizzare gli Organi preposti per una condivisa e definitiva soluzione.

E' ferma intenzione della Direzione di procedere ad ogni possibile processo di rivisitazione e controllo dell'organizzazione del lavoro, ai fini della verifica di eventuali margini di miglioramento della efficienza ed efficacia nell'utilizzo del personale.

La carenza di personale è, però, tale da determinare continue tensioni che, con sempre maggiore difficoltà, si riescono a gestire attraverso mediazioni continue e defaticanti con le OO.SS., le quali, invero, manifestano la loro comprensione e sensibilità.

I carichi di lavoro non possono, però, andare oltre certi limiti di guardia, pena l'abbassamento dei livelli qualitativi e di sicurezza dell'attività assistenziale, per gli utenti e per i lavoratori.

Nel contesto descritto si inserisce, peraltro, una ulteriore difficoltà determinata dall'approvazione del DIF 2010 e da quanto riportato in tale documento in tema di abbattimento di prestazioni aggiuntive: direttiva imposta anche alla Regione dal Piano di Rientro per il riequilibrio economico del Sistema Sanitario Regionale. Infatti lo stesso DIF prevede un abbattimento del costo per tali prestazioni, rispetto a quello registrato nel 2009, in percentuali stabilite nel 30% per il 2010, nel 50% nel 2011, nell'80% nel 2012. L'obiettivo, vincolante per i Direttori Generali, vedrà l'Azienda in serie difficoltà.

Già nel 2009 l'Azienda, attraverso interlocuzioni con gli Uffici e Organi regionali, evidenziò come l'obiettivo dell'abbattimento, all'epoca previsto nel 30% rispetto al 2008, non poteva essere perseguito e raggiunto per il semplice motivo che, nella nostra situazione, tali prestazioni si traducevano in esigenze di copertura turni, perché, diversamente, non si sarebbero garantiti i livelli minimi di sicurezza assistenziale, nonché la stessa continuità dell'assistenza. Nonostante ciò, si procedette, nel corso del 2009, dopo l'approvazione del DIF di riferimento, a dare seguito a quanto disposto, con il "perverso" effetto, però, della notevole riduzione di attività chirurgica.

Stabilire, quale riferimento per l'ulteriore decurtazione, i limiti di spesa registrati nel 2009, determina una penalizzazione più grave per l'Azienda, viste le criticità della situazione di partenza. Ma un'altra considerazione, più volte evidenziata nei documenti di pianificazione e nelle relazioni ai bilanci preventivi e di esercizio, deve essere ribadita in questa sede. L'Azienda assicura livelli prestazionali, che sarebbero di competenza delle strutture territoriali in una quantità assolutamente esorbitante. Oltretutto, tale produzione "sostitutiva" non viene remunerata all'Azienda, perché le prestazioni ambulatoriali annue superano i 20 milioni di euro, con l'effetto che tale produzione, eccedentaria, rispetto ai tetti di remunerazione fissati dal DIF, si traduce in equivalente economia per il livello assistenziale di competenza. La stessa, però, determina un carico aggiuntivo di costi e di lavoro che, nell'organizzazione aziendale accentua l'esigenza di

ricorrere alle prestazioni aggiuntive e, quello che è ancora peggio, distrae risorse alla funzione principale dell'Azienda e cioè alle attività di elevata specializzazione: è necessario, quindi, che la Regione elevi, in ragione dei corrispondenti volumi annui, il tetto di remunerazione per questa Azienda fino a quando quella territoriale non avrà realizzato una adeguata rete di cure primarie.

Premessa la propensione a porre in essere ogni doverosa azione tendente a conseguire, comunque, gli obiettivi posti dal DIEF 2010, si sottolinea che l'Azienda potrà essere costretta ad adottare misure idonee a limitare le sovradimensioni di prestazioni non rientranti nella propria mission tipica. Ciò, in particolare, qualora azioni concordate con l'Azienda territoriale e tese a stabilire tipologia specialistica e più limitati volumi di attività da garantire da parte dell'Azienda Ospedaliera non dovessero produrre effetti sostenibili, ai quali si potrebbe pervenire anche attraverso la "contrattazione" di una attività integrata tra le due Aziende pubbliche nella Città di Foggia. Essa potrebbe prevedere la comunione di spazi, attrezzature e risorse (anche umano-professionali) per continuare a rendere e meglio, anche, potenziare l'erogazione di tali attività alla cittadinanza.

Come si è detto, la dotazione organica dell'Azienda è fortemente sottodimensionata. Nel 2005 con un parzialissimo riconoscimento del maggior fabbisogno, la Regione autorizzò un incremento di posti, nella dotazione organica, pari al 4%. Si pensi che, con analogo provvedimento venne riconosciuto un incremento del 12% all'Azienda Policlinico di Bari: risulta evidente che ogni raffronto, anche se parametrato, tra le due aziende certifica l'assoluta penalizzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria rispetto a quella di Bari.

Con atto n. 362 del 19.09.2008, la Direzione ha chiesto alla Regione l'autorizzazione ed il finanziamento per incrementare le dotazioni organiche nella quantità necessaria a garantire almeno l'attivazione delle strutture previste dal vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università. L'approvazione di tale atto, con una previsione incrementativa di n. 373 unità, avrebbe garantito un normale avvio delle nuove strutture previste dal Protocollo e per le quali si è intensamente lavorato per creare i contenitori di cui si è fatto cenno in precedenza.

La delibera del 2008, inviata al vaglio dei competenti Organi regionali risulta, oggi, superata dalla vigente contingenza di restrizioni le quali, però, consentirebbero comunque alla Regione, di riconoscere a questa Azienda incrementi di spesa per il personale in un quadro programmatico generale.

In mancanza, bisogna evidenziare che l'Azienda ha attivato tutte le iniziative possibili per razionalizzare i costi e organizzare al meglio il lavoro, con ovvi risultati solo di parziale successo.

Prima di tutto ha utilizzato per finanziare il costo del personale oltre l'80% della maggiore produzione (8% della produzione "corretta") di finanziamento connessa ai maggiori oneri per la integrazione dell'assistenza alla funzione della didattica e della ricerca.

Lo sforzo comune degli operatori, ospedalieri ed universitari, è stato superiore a quanto immaginabile ed ha consentito all'Azienda di mantenere i livelli assistenziali che sono riportati in prosieguo del presente documento.

Nel corso del 2009, si è fortemente implementata l'organizzazione dipartimentale che ha visto la Direzione impegnata sia sul versante interno, sia su quello interaziendale. Infatti, oltre alla costituzione, ormai a regime, dei Dipartimenti aziendali, sono stati costituiti Dipartimenti Inter-aziendali che coinvolgono l'Azienda territoriale e l'IRCCS di San Giovanni Rotondo.

Tale attività costituisce, per altro, naturale sviluppo di esperienza pregressa maturata con il Dipartimento interaziendale per l'Assistenza in Nefrologia, Dialisi e Trapianto di Rene - Comprensorio Provinciale di Foggia (DIAN): il primo realizzato in Italia (anno 2002) e che ha garantito e garantisce una assistenza a "rete" ai pazienti nefropatici. Gli "OO.RR." sono capofila di un network in cui la sinergia tra le due Strutture Complesse di Nefrologia e Dialisi di questa Azienda e le Strutture Complesse e SSD del territorio ha permesso di estendere l'assistenza in maniera capillare e di personalizzarla, con l'offerta di trattamenti dialitici adeguati alle necessità dei pazienti. L'integrazione tra la struttura nefrologica universitaria e quella ospedaliera ha reso possibile anche garantire trattamenti emodialitici notturni: anche questa è stata la prima esperienza in Puglia (anno 2004) e terza in Italia. Tale tipologia assistenziale rivela forte impatto sulla Qualità di Vita dei pazienti, per cui vi sono state richieste, naturalmente accettate, anche da pazienti extra-regione. La volontà della Regione, con l'approvazione del DIF 2010, di estendere il modello assistenziale di dialisi notturna su tutto il territorio regionale, dimostra la bontà, la innovatività gestionale e la lungimiranza della scelta aziendale.

L'integrazione inter-aziendale ed inter-istituzionale di attività ha consentito anche la realizzazione di una "unione di acquisto" (anno 2004), che per i materiali di dialisi ha portato ad una riduzione media dei costi annui di circa € 500.000,00.

Si evidenzia, altresì, che le Strutture di Nefrologia dell'Azienda assicurano la risposta al bisogno assistenziale esaurendone tutta la specifica domanda, senza residui bisogni gestiti dal settore privato. Tale situazione, peraltro, non è riscontrabile in nessuna provincia dell'Italia centro meridionale e insulare.

In relazione allo specifico problema del funzionamento dei dipartimenti aziendali, pur prendendo atto delle difficoltà e rallentamenti registrati nella fase di avvio, specialmente nel primo anno di transizione/assestamento, si è proceduto, e sarà sempre più consolidato, al processo di aggregazione-integrazione delle attività di questi livelli organizzativi, in particolar modo in relazione al processo di budgeting.

#### *1.4 ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI AD ATTIVITA' CONNESSA AGLI APPROVVIGIONAMENTI DI BENI E SERVIZI*

Sono già state realizzate le direttive circa il coinvolgimento delle competenti Strutture per la regolarizzazione delle attività connesse al rinnovo di rapporti contrattuali in proroga e, in tale prospettiva, si è riusciti a garantire, oltre ai carichi di lavoro eccezionali derivanti dall'acquisizione di nuove tecnologie di cui si è detto innanzi, il rinnovo di tutte le procedure di gara per la fornitura di servizi importanti quali:

- La ristorazione ai pazienti;
- La raccolta e conferimento di ROT;
- I servizi di vigilanza e di portierato;
- Il servizio di lavanderia e fornitura di biancheria ed effetti lettereci;
- Il servizio di tesoreria;
- La fornitura di kit per la diagnostica di laboratorio con le relative attrezzature.

Tutta l'attività amministrativa aziendale è stata informata, come si vede, al raggiungimento di condizioni ordinarie e fisiologiche nella gestione dei contratti.

Quanto riportato costituisce punto di partenza, come già detto in premessa, per l'ulteriore sviluppo della pianificazione di azioni e della programmazione di interventi del prossimo triennio.

## 2. ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI ALLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

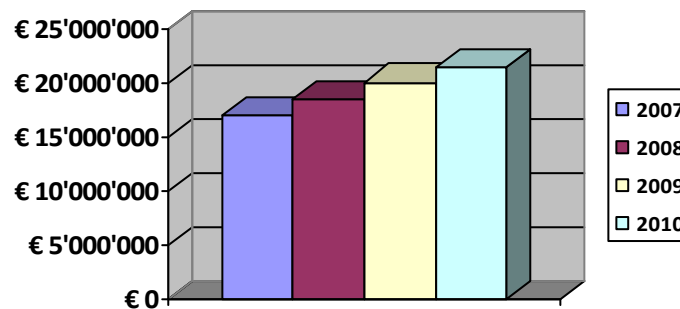
L'andamento di dettaglio della produzione è rappresentato qui di seguito in relazione alle diverse tipologie assistenziali:

### 2.1 AMBULATORIALE

- Costante incremento dell'attività ambulatoriale. Tale incremento riguarda praticamente tutte le strutture con qualche eccezione giustificabile, verosimilmente, da fattori occasionali e contingenti. I dati complessivi per il quadriennio, infatti, evidenziano:

2007	€ 16.970.855,08
2008	€ 18.517.609,68
2009	€ 20.097.570,05
2010	€ 21.497.749,50

produzione ambulatoriale



Nei quattro anni si è registrato un incremento pari ad € 4.526.894. Tale incremento, come già enunciato, si traduce in costi non rimborsati, a causa dei limiti di remunerazione imposti nei vari DIEF. Peraltro, i costi sono solo parzialmente compensati dagli incassi dei ticket i quali, per lo stesso periodo fanno registrare la seguente situazione:

2007	€ 2.045.842,33
2008	€ 2.120.418,86
2009	€ 2.477.852,99
2010	€ 2.653.205,42

con un incremento, nel quadriennio pari a € 607.363 ed una remunerazione di circa il 12,35% dei costi sopportati (se si volesse assumere congetturalmente, che le tariffe possano ritenersi completamente remunerative dei costi di produzione, anche se non è così). Questa evidente “minaccia” esterna induce uno squilibrio economico corrispondente, che potrebbe affievolirsi se la Regione favorisse, anche con specifiche indicazioni, i citati tavoli di concertazione-integrazione, tra le due Aziende Sanitarie pubbliche della Provincia di Foggia.

I volumi prestazionali riportati, in un quadro di carenza di personale, non mancano di determinare, inoltre, effetti negativi sui tempi di attesa.

L'eccessivo impiego di risorse (soprattutto di personale) per attività ambulatoriali che potrebbero essere garantite dall'organizzazione territoriale, determina un insopportabile fenomeno di dispersione organizzativa per l'Azienda, in quanto fonte di articolazioni in “centri e servizi” per attività, in larga parte di assistenza primaria, che privando di personale le strutture ad attività di degenza ospedaliera, causa un rallentamento nei corrispondenti processi di elezione e di urgenza, nonché un notevole freno alla crescita di innovazione specialistica, che la integrazione con le attività delle nostre strutture a direzione universitaria renderebbe sempre più possibile, ed infine, anche una riduzione del livello di qualità totale.

L'Azienda, comunque, attiverà ogni iniziativa utile alla massima razionalizzazione degli ambulatori, puntando ad una “organizzazione per aree ambulatoriali”, tale da consentire maggiore elasticità nell'utilizzo delle risorse umane e professionali.

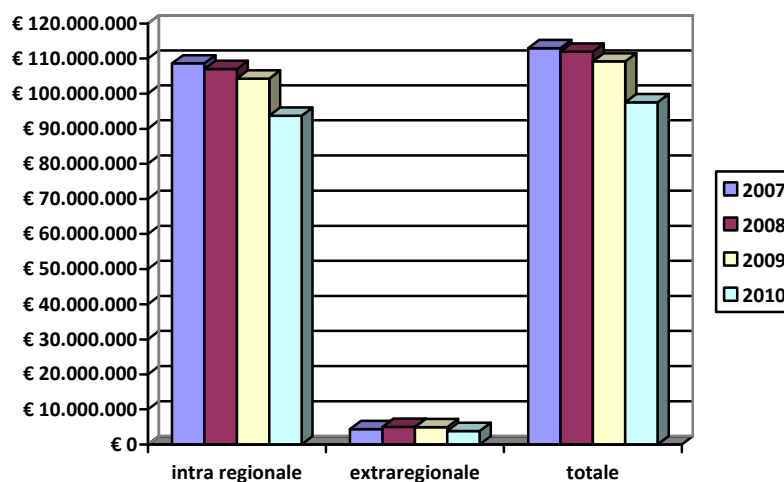
## 2.2 RICOVERI ORDINARI E IN D.H.

- All'aumento delle attività ambulatoriali e, come si vedrà, dei D.H., corrisponde una riduzione della produzione derivante dai ricoveri in regime ordinario, così come indicato nei piani sanitari nazionali e regionali. I dati aziendali risultano essere, infatti:

### DRG Ordinari

	<i>Intra-regionali</i>	<i>extra-regionali</i>	%	<i>totale</i>
2007	€ 108.591.647	€ 4.367.191	3.9%	€ 112.958.838
2008	€ 106.986.399	€ 5.021.808	4.5%	€ 112.008.207
2009	€ 104.228.131	€ 4.904.543	4.5%	€ 109.132.674
2010	€ 100.571.788	€ 4.300.748	4.3%	€ 104.872.537

andamento produzione DRGs ordinari



Il numero di dimissioni in regime ordinario registrate per anno risultano essere:

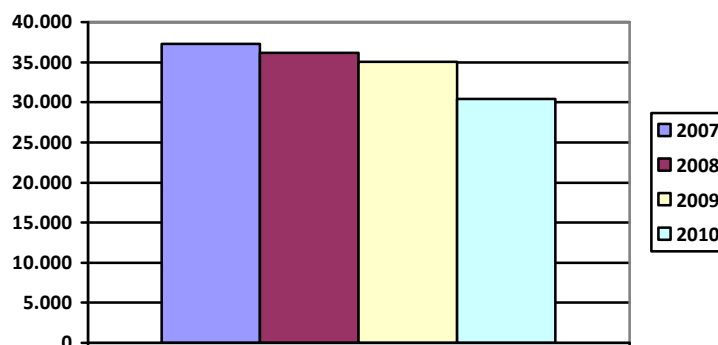
2007	37.306
2008	36.161
2009	35.016
2010	34.536

Sulla scorta dei dati disponibili e da un raffronto delle percentuali di DRGs in D.H. rispetto ai DRGs ordinari si evidenziano i seguenti dati:

	Tot. ric. acuti	% Ordinari			% D.H.		
		Azienda	Puglia	Italia	Azienda	Puglia	Italia
2007	53.497	69.7	Mancante	70.4	30.3	Mancante	29.6
2008	54.658	66.2	74.1	68.9.	33.8	25.9	31.1
2009	54.140	64.7	72.6	69.3	35.3	27.4.	30.7
2010	54.770	63.05	Mancante	Mancante	36.95	Mancante	Mancante



### numero ricoveri ordinari

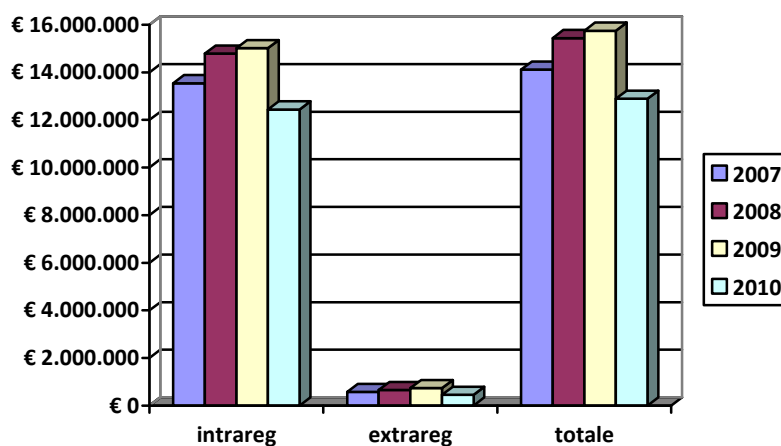


Se si osserva il dato relativo ai ricoveri in D.H. si evidenzia una buona performance.

DRGs in D.H.

	<i>intra-regionale</i>	<i>extra-regionale</i>	<i>%</i>	<i>totale</i>
2007	€ 13.539.174	€ 570.615	4,2	€ 14.109.789
2008	€ 14.783.888	€ 650.205	4.39	€ 15.434.093
2009	€ 15.012.488	€ 730.476	4.86	€ 15.742.964
2010	€ 14.712.295	€ 777.949	3,6	€ 15.490.244

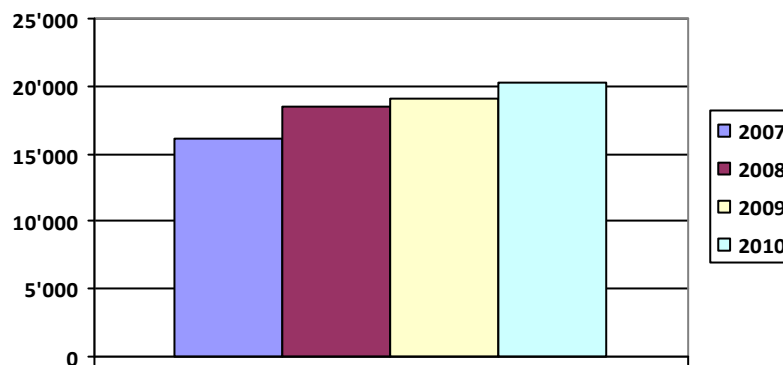
### andamento produzione D.H.



Il numero di dimissioni in regime di D.H. registrate per anno risultano essere:

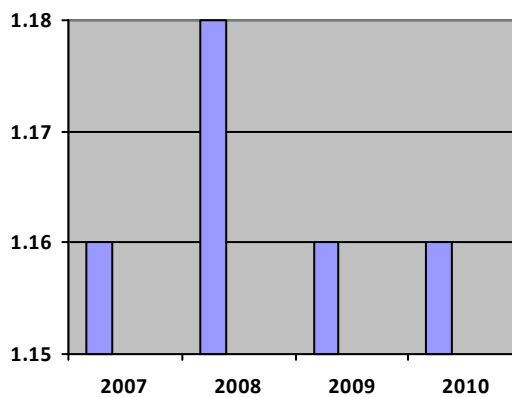
2007	16.191
2008	18.497
2009	19.124
2010	20.234

numero di dimissioni in D.H.



Il case mix aziendale risulta, nel triennio:

2007	1.16
2008	1.18
2009	1.16
2010	1.16

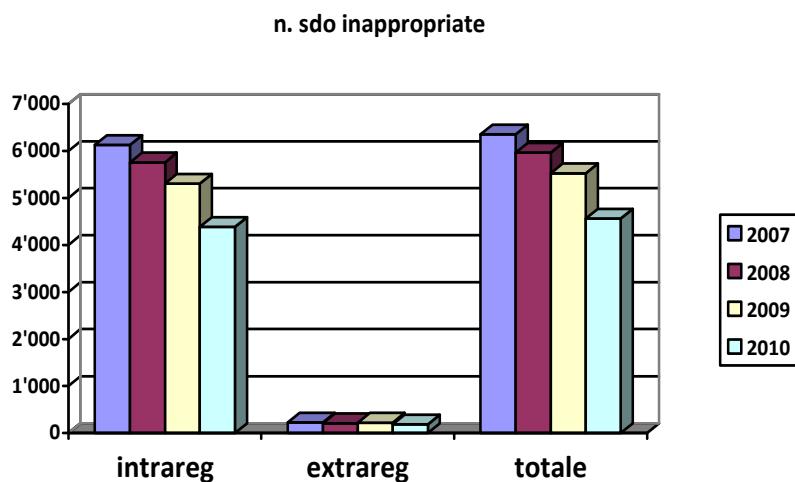


Cospicua risulta essere la produzione di DRGs considerati ad alto rischio di inappropriatelyzza. Il dato non è ascrivibile, però, a carenze aziendali. L'Azienda continua, infatti, unico ospedale pubblico della Città di Foggia, a rappresentare punto di riferimento per tutto il territorio provinciale: perviene, soprattutto per la Città di Foggia, una domanda assistenziale primaria non governabile dalla stessa Azienda ed alla quale, obbligatoriamente, deve dare risposta. Ciò, verosimilmente, a causa di limiti dell'offerta sanitaria del livello assistenziale territoriale: questo conferma sempre più la necessità estrema di accordi operativi con l'ASL FG, per ristabilire appropriatezza e congruità degli interventi di offerta a carico di ciascuno, nonché la realizzazione di una rete di offerta sul territorio e/o per le attività di competenza della organizzazione sanitaria e territoriale, che possono contemplare anche una integrazione di risorse e professionalità, come già enunciato, tra le due aziende pubbliche, ma che, magari sulla base di apposita direttiva regionale, faccia in modo che, nella rete di offerta, ognuno svolga la parte di competenza.

Questo problema riveste un'importanza fondamentale in quanto, come più volte evidenziato in vari documenti ufficiali, determina ricadute negative non solo sui livelli di costi sopportati e non remunerati ( basta guardare i livelli raggiunti dalle prestazioni ambulatoriali e della farmaceutica ) ma costituisce, altresì, fattore di costo aggiuntivo dovuto all'impatto negativo sul sistema organizzativo dell'Azienda già sofferente per la carenza di personale.

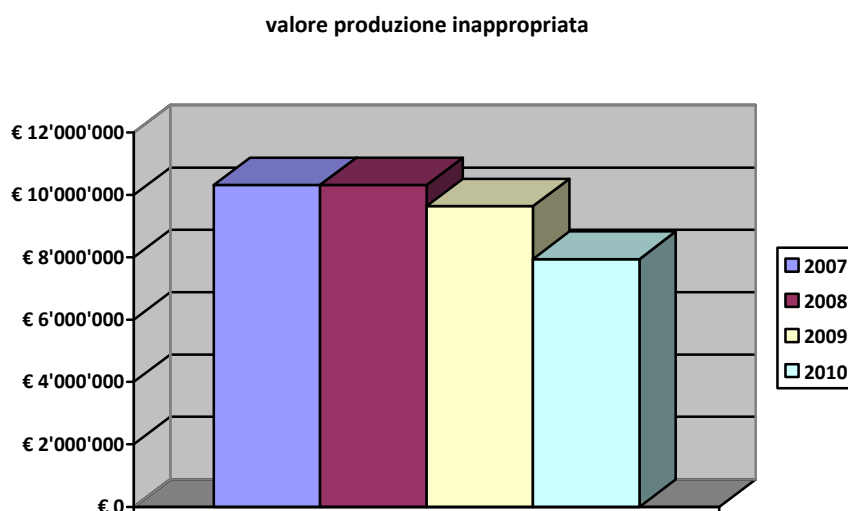
I dati sulle inappropriatelyzze risultano essere:

Anno	Intra-regionale	Extra-regionale	Totale	Importo
2007	6.125	226	6.351	€ 10.315.207
2008	5.758	208	5.966	€ 10.315.522
2009	5.302	221	5.523	€ 9.638.566
2010	4.874	199	5.073	€ 8.790.325



È importante sottolineare come la produzione di DRGs inappropriate sia in costante decremento fin dal 2007.

Tale risultato è tanto più significativo se si considera che l'Azienda soddisfa una domanda assistenziale che, come precisato in altre parti del presente documento, non risulta governabile in quanto non sarebbe possibile rifiutare tipologie di prestazioni che non troverebbero, verosimilmente, risposte adeguate nell'organizzazione della rete di offerta nel territorio.



Invero, l'analisi delle inappropriatezze non dovrebbe riguardare i soli 108 DRGs classificati inappropriate e sui quali si registrano penalizzazioni nella successiva remunerazione.

Le inapproprietezze relative, più in generale, alla valutazione della congruità dei vari setting assistenziali dimostra che, per l'Azienda, si verifica un fenomeno di *inappropriatezza* che, ancorché indipendente da fattori endogeni, determina la necessità di intervenire per l'adeguamento dei setting e per l'orientamento della domanda assistenziale relativa verso le strutture territoriali con una diversa tipologia di prestazione.

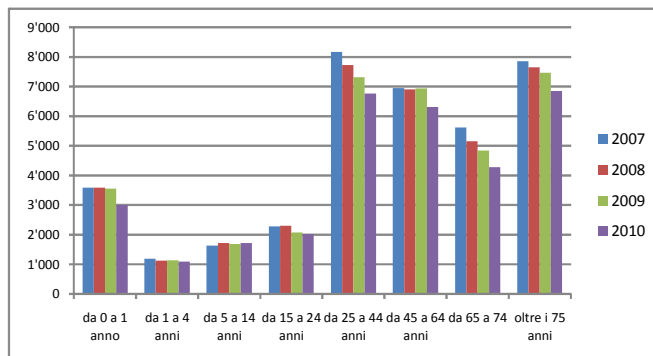
Infatti, se si leggono i dati relativi alle inapproprietezze rientranti in quest'ultima tipologia, si vede che, dai dati rilevati a seguito dell'analisi dei ricoveri dell'anno 2009 dell'Azienda Ospedaliera effettuata con metodo MAAP, 138 DRGs, determinati da n. 19.327 ricoveri, di cui 6.500 in regime ordinario e 12.827 in DH/DS, registrano una percentuale di trasformabilità del setting assistenziale superiore al 20%. Utilizzando i fattori di trasformabilità per ciascun DRGs, il numero di ricoveri in setting assistenziali appropriati si riduce a 9.649 (- 50% del totale dei ricoveri esaminati), di cui 3.463 ricoveri ordinari (- 56,05%) e 6.186 DH/DS (- 48%).

Nel processo direzionale 2011, in sede di definizione del budgetting, a ciascuna articolazione o struttura aziendale saranno resi noti i definitivi dati di inappropriatezza per l'anno 2010, nonché assegnati specifici obiettivi di riduzione del fenomeno, anche attraverso la modifica della tipologia prestazionale. Si rende, pertanto, necessaria ogni azione tendente alla riduzione non solo delle inappropriatezze determinate dai DRGs classificati tali e determinanti penalizzazioni economiche, ma anche in relazione all'analisi MAAP. Si ritiene di poter individuare, pertanto, quale obiettivo strategico aziendale la riduzione dell'inappropriatezza organizzativa dei ricoveri ordinari e DH/DS, secondo le rispettive percentuali di trasformabilità registrate secondo MAAP nel 2009. La riduzione avverrà in maniera graduale, fissando una percentuale di abbattimento del 10% nel 2011, fino a raggiungere una percentuale dell'30% nel 2013. Tale obiettivo è subordinato al buon esito degli accordi con il livello Territoriale, se promossi come precisato in precedenza dalla Regione, al fine di rendere concreta anche la possibilità di trasferimento di prestazioni presso strutture territoriali. Nel quadro descritto si ritiene, comunque di analizzare la tipologia di domanda assistenziale assicurata, considerando che il target di riferimento è rappresentato dal territorio provinciale. A tal fine si riportano, qui si seguito, alcuni dati.

L'Azienda registra un richiesta assistenziale in regime di ricovero ordinario e D.H. che evidenzia una notevole incidenza anche di pazienti anziani relativamente al quadriennio 2007-2010, per i quali più frequentemente si tratta di "cronicità" risolvibili, in gran parte, in ambito territoriale.

*Ricoveri ordinari per fasce di età:*

	da 0 a 1 anno	da 1 a 4 anni	da 5 a 14 anni	da 15 a 24 anni	da 25 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74	oltre i 75 anni
2007	3'597	1'192	1'633	2'287	8'175	6'959	5'622	7'858
2008	3'591	1'135	1'726	2'308	7'721	6'905	5'150	7'658
2009	3'560	1'140	1'686	2'075	7'310	6'943	4'852	7'469
2010	3'012	1'095	1'715	2'027	6'765	6'317	4'276	6'848

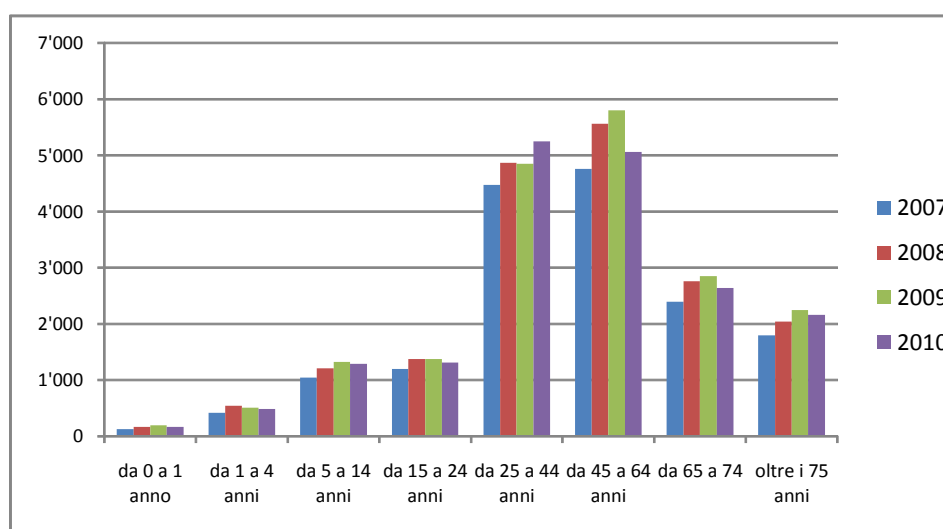


L'incidenza percentuale delle classi di età aggregate da 0 a 14 anni, da 65 a 74 e oltre i 74 anni, risulta essere:

DRG Ordinari				
	% da 0 a 14	da 65 a 74	> di 75	tot. > a 65
2007	17.2	15.1	21.1	36.1
2008	17.8	14.2	21.2	35.4
2009	18.2	13.8	21.3	35.2
2010	16.86	12.39	19.83	32.21

Ricoveri in D.H. per fasce di età:

	da 0 a 1 anno	da 1 a 4 anni	da 5 a 14 anni	da 15 a 24 anni	da 25 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74	oltre i 75 anni
2007	125	413	1'043	1'194	4'471	4'758	2'394	1'795
2008	162	545	1'209	1'374	4'864	5'561	2'754	2'043
2009	191	507	1'318	1'373	4'852	5'799	2'850	2'246
2010	165	487	1'285	1'310	5'246	5'059	2'642	2'157



Per i DRGs in D.H. si registrano, per le analoghe fasce di età, le seguenti percentuali:

DRG in d.h.				
	% da 0 a 14	da 65 a 74	> di 75	tot. > a 65
2007	9.8	14.8	11.1	25.9
2008	10.3	14.9	11	25.9
2009	10.5	14.9	11.7	26.6
2010	9.58	13.06	10.67	23.72

Si nota come l'incidenza della popolazione anziana sul totale degli assistiti sia consistente anche per gli accessi in D.H..

E' opportuno sottolineare come tale indicatore, in caso di "indotte" prestazioni inappropriate, sia sintomatico di maggiori costi sopportati dall'Azienda per la erogazione dei correlati servizi. Infatti, la "pesatura" della popolazione residente, ai fini del riparto del F.S.N., si giustifica con la maggiore incidenza di costi, a parità di prestazione, che determina l'erogazione di assistenza sia con riferimento ai livelli di assistenza intesi come aree di offerta "competenti (cfr c. 6, art. 1, D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.)" e sia a target con età superiore ai 65 anni. Conseguentemente, tali maggiori assorbimenti di risorse devono essere riconosciuti con coefficienti incrementativi del finanziamento a questa Azienda, atteso che l'incidenza notevole di pazienti rientranti in tali fattispecie è soprattutto frutto di carenze di equivalente offerta sanitaria del territorio. Se tali prestazioni venissero garantite da strutture territoriali, meno complesse organizzativamente, i costi sarebbero certamente inferiori, ma soprattutto si eviterebbe concentrazione di utenza in unico punto di offerta, che è causa importante dell'allungamento dei tempi di attesa, sia per l'accesso, sia per le risposte.

I maggiori costi sopportati dall'Azienda si desumono dalla lettura dei "pesi" per fasce di età sulla scorta dei quali i riparti di F.S.N. sono determinati.

Classi di età	0 - 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	> 75
Peso ass. ospedaliera	2.539	0.376	0.254	0.392	0.567	0.945	2.105	3.025
Peso ass. specialistica	0.343	0.240	0.169	0.228	0.363	0.573	1.000	0.897

Di tali costi aggiuntivi, sopportati in grande parte per una funzione vicaria del livello assistenziale territoriale (si veda la valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali), bisognerebbe, quindi, tener conto in fase di riparto delle risorse regionali stabilito nei DIEF di riferimento.

Invero, l'età costituisce un fattore incrementativo della spesa, a parità di prestazione, per tutta la Regione Puglia. Infatti, sempre in riferimento al 2009, il raffronto del tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti e per fasce di età, evidenzia:

Anni	> 1 anno	da 1 a 4	da 5 a 14	da 15 a 24	da 25 a 44	da 45 a 64	da 65 a 74	> a 75	Totale
Puglia	589.08	129.57	60.43	74.92	107.53	135.23	266.02	376.4	<b>149.12</b>
Italia	448.53	83.3	43.58	61.06	87.49	103.14	206.14	312.57	<b>122.46</b>

La tipologia di prestazioni in regime di ricovero evidenzia che, nel triennio 2007 -2009, i primi 20 DRGsordinari per numerosità di produzione, escluso il DRG 391 (neonati sani ), rappresentano, rispetto al totale dei DRGs prodotti, rispettivamente:



2007	36.20%
2008	36.10%
2009	36.20%

Tra i venti DRGs più numerosi, al secondo posto, se si escludono i neonati sani, si registra il DRG 371 (parto cesareo) il quale, rispetto al totale dei parti per anno, registra le seguenti regressioni percentuali:

2007	44%
2008	42%
2009	36.50% ( ASL Foggia 38,1% )

con un trend che nel 2010 è ancora in diminuzione.

Si riportano, qui di seguito i dettagli relativi ai primi venti DRGs ordinari più numerosi.

ANNO 2007				ANNO 2008				ANNO 2009			
DRG ORDINARI PIU' NUMEROSI				DRG ORDINARI PIU' NUMEROSI				DRG ORDINARI PIU' NUMEROSI			
	n° DRG	Peso	N° Dimis.		N° DRG	Peso	N° Dimis.		n° DRG	Peso	N° Dimis.
1	391	0.15980	2'234	1	391	0.15980	2'230	1	391	0.15980	2'011
2	373	0.44390	1'522	2	373	0.44390	1'596	2	373	0.44390	1'718
3	371	0.73340	1'219	3	371	0.73340	1'159	3	371	0.73340	988
4	088	0.82090	818	4	087	1.22430	738	4	032	0.70130	738
5	381	0.45680	712	5	032	0.70130	656	5	087	1.22430	719
6	087	1.22430	704	6	316	1.15010	552	6	524	0.76920	640
7	032	0.70130	618	7	088	0.82090	546	7	316	1.15010	631
8	379	0.44240	567	8	379	0.44240	519	8	127	1.02700	565
9	359	0.97850	542	9	127	1.02700	498	9	379	0.44240	514
10	316	1.15010	539	10	144	1.17790	467	10	359	0.97850	455
11	127	1.02700	522	11	381	0.45680	442	11	144	1.17790	442
12	144	1.17790	473	12	183	0.55680	435	12	183	0.55680	425
13	183	0.55680	411	13	359	0.97850	433	13	039	0.48340	391
14	017	0.84710	399	14	039	0.48340	422	14	162	0.74480	371
15	039	0.48340	399	15	266	0.96550	418	15	026	0.48530	363
16	014	1.26050	396	16	014	1.26050	409	16	014	1.26050	360
17	266	0.96550	386	17	026	0.48530	406	17	381	0.45680	359
18	184	0.30140	368	18	017	0.84710	393	18	266	0.96550	348
19	162	0.74480	359	19	162	0.74480	392	19	088	0.82090	328
20	494	0.88900	331	20	089	1.13940	362	20	089	1.13940	322
			13'519				13'073				12'688
Totale Aziend.			37'306	Totale Aziend.			36'181	Totale Aziend.			35017

Le aggregazioni maggiori di DRG per numerosità non evidenziano una adeguata complessità della produzione, per cui tutte le azioni aziendali devono essere, sia pur gradualmente, orientate verso livelli di impegno di maggiore specializzazione, con la finalità (aggiuntiva) di inserimento del corrispondente livello di fidelizzazione degli utenti bisognevoli.

## Tablelle descrittive DRGs

### 2007

3 371	PARTO CESAREO SENZA CC
4 088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
5 381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
6 087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
7 032	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA` > 17 SENZA CC
8 379	MINACCIA DI ABORTO
9 359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
10 316	INSUFFICIENZA RENALE
11 127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
12 144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
13 183	ESOFAGITE, GASTROENT. E MISC. DI MALATTIE DELL`APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC
14 017	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC
15 039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
16 014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE (REV.09)
17 266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE S. CC
18 184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL`APPARATO DIG., ETA` < 18
19 162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC
20 494	COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC

## 2008

n°drg D.R.G.

1	391	NEONATO SANO
2	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
3	371	PARTO CESAREO SENZA CC
4	087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
5	032	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA` > 17 SENZA CC
6	316	INSUFFICIENZA RENALE
7	088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
8	379	MINACCIA DI ABORTO
9	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
10	144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
11	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
12	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL` APPARATO DIG., ETA` >17 SENZA CC
13	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
14	039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
15	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE S.CC
16	014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE (REV.09)
17	026	CONVULSIONI E CEFALEA ETA` < 18
18	017	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC
19	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC
20	089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 CON CC

## 2009

N°drg D.R.G.

1	391	NEONATO SANO
2	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
3	371	PARTO CESAREO SENZA CC
4	032	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA` > 17 SENZA CC
5	087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
6	524	ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA
7	316	INSUFFICIENZA RENALE
8	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
9	379	MINACCIA DI ABORTO
10	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
11	144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC
12	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MAL. DELL` APPARATO DIG., ETA` >17 SENZA CC
13	039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
14	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC
15	026	CONVULSIONI E CEFALEA ETA` < 18
16	014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE (REV.09)
17	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
18	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC
19	088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
20	089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 CON CC

I primi 20 DRGs in D.H. più numerosi risultano:

ANNO 2007			
DRG RICOVERI IN D.H. PIU' NUMEROSI			
	N° drg	Peso	N° Dimis.
1	039	0.48340	1'660
2	134	0.67010	1'524
3	266	0.96550	1'117
4	381	0.45680	1'034
5	025	0.69890	652
6	206	0.82360	580
7	364	0.53950	565
8	042	0.84450	523
9	270	0.76680	437
10	490	1.19730	437
11	006	0.73690	326
12	183	0.55680	320
13	063	1.45860	318
14	360	0.85750	311
15	026	0.48530	305
16	241	0.80960	291
17	298	0.26510	255
18	411	0.48220	248
19	169	0.90130	220
20	410	0.75390	216
			11'339
TOTALE DIMISSIONI AZIENDALI			16'191

ANNO 2008			
DRG RICOVERI IN D.H. PIU' NUMEROSI			
	N° drg	Peso	N° Dimis.
1	134	0.67010	1'757
2	039	0.48340	1'722
3	381	0.45680	1'345
4	266	0.96550	847
5	042	0.84450	788
6	206	0.82360	738
7	270	0.76680	654
8	025	0.69890	650
9	364	0.53950	625
10	490	1.19730	450
11	063	1.45860	444
12	411	0.48220	377
13	298	0.26510	320
14	183	0.55680	315
15	360	0.85750	302
16	026	0.48530	298
17	006	0.73690	293
18	241	0.80960	269
19	410	0.75390	218
20	467	0.25830	208
			12'620
TOTALE DIMISSIONI AZIENDALI			18'497

ANNO 2009			
DRG PER RICOVERI IN D.H.PIU' NUMEROSI			
	N° drg	Peso	N° Dimis.
1	134	0.67010	1'826
2	039	0.48340	1'440
3	381	0.45680	1'366
4	266	0.96550	879
5	206	0.82360	796
6	042	0.84450	714
7	364	0.53950	659
8	270	0.76680	557
9	411	0.48220	466
10	490	1.19730	462
11	298	0.26510	387
12	410	0.75390	383
13	063	1.45860	358
14	183	0.55680	355
15	563	0.73060	351
16	248	0.76330	322
17	006	0.73690	311
18	026	0.48530	304
19	564	0.61840	291
20	241	0.80960	273
			12'500
TOTALE DIMISSIONI AZIENDALI			19'124

L'Azienda dovrà attivare azioni che possano determinare una drastica riduzione delle inapproprietezze. Nel caso riportato, i DRGs evidenziati sono tutti inappropriati. Ciò significata che per questa tipologia di prestazioni la percentuale di inapproprietezze per anno risulta essere:

2007	37%
2008	37.9%
2009	30%

Da ultimo, ai fini della rappresentazione della produzione aziendale nel triennio 2007 – 2009, si ritiene di riportare, qui di seguito, la produzione di DRGs ordinari, raggruppati nelle prime 20 MDC per numerosità.

**Anno 2007**

M.D.C.		SDO
14	Gravidanza, parto e puerperio	4.412
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4.062
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	4.003
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardio-circolatorio	3.397
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3.140
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.868
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto	2.198
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.043
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.585
7	Malattie e disturbi epato-biliari e del pancreas	1.424
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.316
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.127
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.099
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.023
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	762
17	Malattie e disturbi mielo-proliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	717
19	Malattie e disturbi mentali	409
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	387
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specifiche)	352
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi	320

**Anno 2008**

M.D.C.		SDO
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	4.283
14	Gravidanza, parto e puerperio	4.166
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3.704
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardio-circolatorio	3.304
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3.091
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.878
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto	2.253
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.723
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.532
7	Malattie e disturbi epato-biliari e del pancreas	1.446
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.232
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.195
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	955
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	856
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	746
17	Malattie e disturbi mielo-proliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	696
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	385
19	Malattie e disturbi mentali	382
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi	377
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specifiche)	348

## Anno 2009

M.D.C.		SDO
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	4.242
14	Gravidanza, parto e puerperio	4.018
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3.339
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardio-circolatorio	3.317
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3.014
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.774
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto	2.159
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.795
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.362
7	Malattie e disturbi epato-biliari e del pancreas	1.320
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.305
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.169
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	909
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	730
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	699
17	Malattie e disturbi mielo-proliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	602
19	Malattie e disturbi mentali	442
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi	423
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici	372
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	350

Nel triennio le MDC più numerose risultano essere la 1, la 14, la 4, la 5 e la 6.

Dal confronto della produzione aziendale con i dati disponibili e relativi alla mobilità passiva extraregionale registrata dalla ASL di Foggia, si ricava la necessità, per il sistema regionale e per l'Azienda, di implementare le prestazioni connesse alle MDC 5 (Malattie e disturbi dell'apparato circolatorio); 6 (Malattie e disturbi dell'apparato digerente); 7 (Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas); 8 (Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo); 2 (Malattie e disturbi dell'occhio) – vedi tabella

MDC	DESCRIZIONE MDC	N. ricoveri	Intra	% Intra	Extra	% Extra
<b>5</b>	<b>Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio</b>	<b>23.953</b>	<b>21.998</b>	<b>91,8</b>	<b>1.955</b>	<b>8,2</b>
6-7	Malattie e disturbi dell'apparato digerente, epatobiliari e del pancreas	19.579	17.953	91,7	1.626	8,3
<b>8</b>	<b>Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo</b>	<b>18.126</b>	<b>14.395</b>	<b>79,4</b>	<b>3.731</b>	<b>20,6</b>
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	12.438	11.299	90,8	1.139	9,2
14	Gravidanza, parto e puerperio	11.936	11.323	94,9	613	5,1
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	8.662	8.119	93,7	543	6,3
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	8.299	7.717	93,0	582	7,0
<b>2</b>	<b>Malattie e disturbi dell'occhio</b>	<b>8.032</b>	<b>6.906</b>	<b>86,0</b>	<b>1.126</b>	<b>14,0</b>
<b>17</b>	<b>Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate</b>	<b>7.567</b>	<b>6.405</b>	<b>84,6</b>	<b>1.162</b>	<b>15,4</b>
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	7.227	6.602	91,4	625	8,6
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	7.059	6.383	90,4	676	9,6
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	6.636	6.001	90,4	635	9,6
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	6.039	5.542	91,8	497	8,2
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	5.622	5.428	96,5	194	3,5
<b>23</b>	<b>Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari</b>	<b>3.040</b>	<b>2.603</b>	<b>85,6</b>	<b>437</b>	<b>14,4</b>
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	2.953	2.675	90,6	278	9,4
<b>19</b>	<b>Malattie e disturbi mentali</b>	<b>2.419</b>	<b>1.926</b>	<b>79,6</b>	<b>493</b>	<b>20,4</b>
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	2.117	1.949	92,1	168	7,9
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.115	998	89,5	117	10,5
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	1.049	953	90,8	96	9,2
25	Infezioni da H.I.V.	510	475	93,1	35	6,9
	DRG NON CLASSIFICATI	498	392	78,7	106	21,3
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	164	116	70,7	48	29,3
24	Traumatismi multipli rilevanti	136	126	92,6	10	7,4
22	Ustioni	68	64	94,1	4	5,9
	<b>ASL FG</b>	<b>165.244</b>	<b>148.348</b>	<b>89,8</b>	<b>16.896</b>	<b>10,2</b>

I dati relativi alla mobilità extraregionale della Provincia di Foggia e relativa al 2009, mostra la incidenza della mobilità passiva verso le Regioni sottoelencate:

<b>Regione</b>	<b>Numero Ricoveri</b>	<b>%</b>
Molise	3.270	19,3
Emilia Romagna	2.781	16,5
Lazio	2.194	13,0
Abruzzo	2.102	12,4
Lombardia	1.883	11,1
Campania	964	5,7
Marche	869	5,1
Toscana	793	4,7
Basilicata	582	3,4
Piemonte	468	2,8
Veneto	408	2,4
Liguria	254	1,5
Umbria	99	0,6
Friuli Venezia Giulia	77	0,5
Trentino Alto Adige	62	0,4
Sicilia	44	0,3
Calabria	30	0,2
Sardegna	14	0,1
Valle d'Aosta	2	0,0
<b>Totale</b>	<b>16.896</b>	<b>100</b>

Si può osservare come le MDC 2,5, 6, 7 e 8 determinino da sole un numero di ricoveri pari a 9.113 che, se valorizzati rappresentano un costo, per la Regione Puglia, pari a non meno di € 24.000.000

Per le stesse MDC l'Azienda Ospedaliera registra un andamento della produzione in numero di SDO, partendo dal 2007, così rappresentato:

<b>MDC</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
2	1.099	1.195	1.169
5	3.397	3.304	3.317
6	3.140	3.091	3.014
7	1.424	1.446	1.320
8	2.198	2.253	2.159

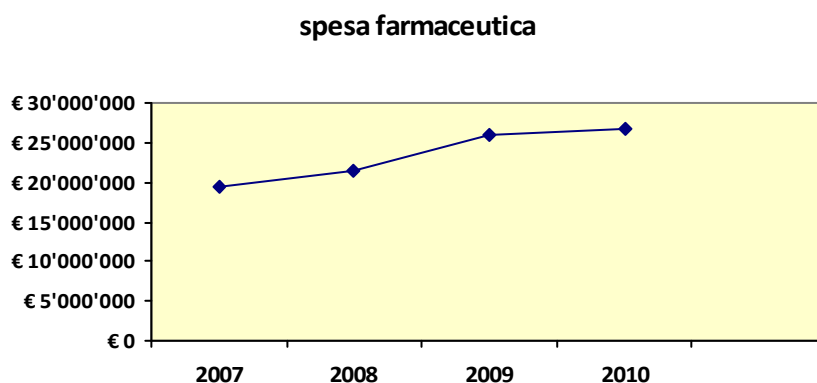


Un intervento teso alla implementazione delle attività rientranti in tali MDC sarebbe, per tanto necessario ai fini del contenimento della mobilità passiva e della relativa spesa. In questa ottica si pongono come essenziali le attivazioni di II<sup>a</sup> Emodinamica, Chirurgia Vascolare, Cardiochirurgia, Trapiantologia organi digerenti ed epatobiliari, che, di certa realizzazione se la Regione potesse.

### 2.3 ELEMENTI DIREZIONALI RELATIVI A CONSUMO FARMACI

- L'Azienda continua a registrare un incremento costante di spesa per l'acquisto di farmaci. Il dato relativo al quadriennio risulta essere:

2007	€ 19.386.000
2008	€ 21.441.000
2009	€ 26.073.000
2010	€ 26.800.000 ( dato da verificare in fase di consuntivo )



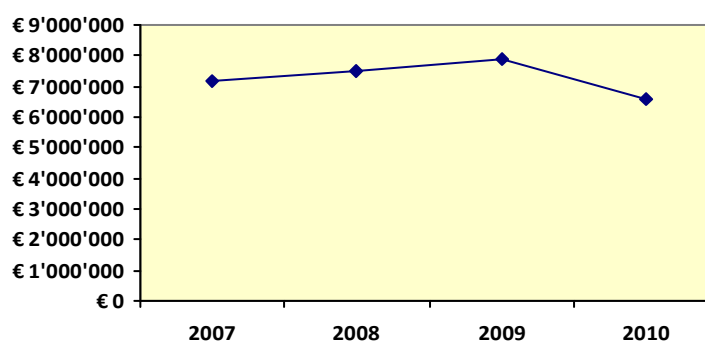
Il livello di spesa, nell'anno 2010, per la somministrazione di farmaci (file F) (costi anticipati dall'Azienda) è stato di € 20.245.408 a fronte di un rimborso previsto nel DIEF 2010 di soli € 16.000.000. A tanto si deve aggiungere l'osservazione che la distribuzione diretta dei farmaci comporta anche altri costi (non contemplati, anche quando la regione dovesse "rimborsare" tutto il costo dei farmaci distribuiti agli utenti esterni) come quelli del personale impegnato e quelli generali.

L'incremento è determinato dal costante aumento di farmaci dispensati a cittadini non ricoverati o in attuazione di specifici protocolli. Se si evidenzia, infatti, la sola spesa per farmaci dispensati a pazienti ricoverati, i dati denotano un decremento. Infatti:

2007	€ 7.204.694
2008	€ 7.520.396

2009	€ 7.869.547
2010	€ 6.554.492 ( dato da verificare in sede di consuntivo )

consumo farmaci per ricoverati



La richiesta di risorse aggiuntive da riconoscere all’Azienda, per remunerare i costi indotti da tali livelli di azioni integrative che nulla hanno a che fare con quelli di produzione dell’Azienda è, peraltro, in linea con le attese risorse incrementative del FSR da parte del Governo, in linea con il “Nuovo patto per la salute” sottoscritto lo scorso 23 ottobre 2009 tra Governo e Regioni, il quale prevede risorse aggiuntive per il SSN pari a 1.600 milioni nel 2010, 1.719 milioni nel 2012.

Si riporta, di seguito, una sintetica analisi del contesto aziendale, utilizzando la metodologia della SWOT analisi

Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilità di risorse professionali derivanti dalla integrazione Ospedale – Facoltà di Medicina e Chirurgia;</li> <li>• Miglioramento, in corso, della logistica;</li> <li>• Rinnovamento della tecnologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadeguatezza della dotazione organica;</li> <li>• Sottostima delle risorse finanziarie riconosciute dai DIFE;</li> <li>• Difficoltà nella modulazione della propria offerta assistenziale per l’obbligo di dare risposta a fabbisogni assistenziali tipici dell’assistenza territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incertezza degli aggiuntivi finanziamenti necessari al completamento strutturale per migliorare la logistica;</li> <li>• Incertezza circa l’effettiva disponibilità di adeguate dotazioni di organico necessarie alla attivazione di Strutture ad alta specializzazione previste dal vigente Protocollo Regione - Università</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorganizzazione delle attività secondo la logica di gestione per processi, attraverso la realizzazione di condizioni di sostenibilità economica delle aspettative di sviluppo, procedendo alla più oculata previsione e controllo dei costi nelle fasi in cui essi sorgono ( in fase di processo ).</li> </ul>



**RIMODULAZIONE PIANO GENERALE DI PIANIFICAZIONE  
PER IL TRIENNIO 2010-2012  
E RIALLINEAMENTO PER IL TRIENNIO 2011-2013**

**TITOLO II**

**DOCUMENTI DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE**

**1. CONTESTO**

A norma dell'art. 3 della Legge Regionale n. 38/94 l'Azienda, con atto n. 41 del 1° febbraio 2010 ha approvato la pianificazione triennale 2010-2012.

Si procede, con il presente documento, alla rimodulazione di detta pianificazione, alla luce delle nuove esigenze determinatesi con l'approvazione del Piano di Rientro regionale e delle conseguenti azioni previste dalla Regione nel triennio.

Il presente documento tiene conto di tutta la normativa regionale e nazionale vigente.

La Regione Puglia ha approvato atti di Piani pluriennali e Programmi attuativi in materia sanitaria, nonché indirizzi generali utili alle Aziende Sanitarie regionali. Tali atti, contenuti nei documenti annuali di indirizzo economico-funzionale, hanno, così, accompagnato le linee di legislazione e pianificazione inserite nei documenti fondamentali approvati dalla Regione Puglia e rappresentati da:

- La Legge Regionale n. 25 del 3 agosto 2006;
- La Legge Regionale n. 26 del 9 agosto 2006;
- La Legge Regionale n. 39 del 28 dicembre 2006;
- La Legge Regionale n. 40 del 31 dicembre 2007;

- Delibera di Giunta Regionale n. 834 del 27 maggio 2008 di adozione del MAAP (Modello di Analisi della Appropriatezza per Elenchi di Procedure);
- Legge Regionale n. 23 del 19 settembre 2008 relativa all'approvazione del Piano Regionale per la Salute;
- DIEF 2009 giusta Delibera di Giunta Regionale n. 1442 del 4 agosto 2009;
- Vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università degli Studi di Foggia;
- Legge Regionale n. 4 del 25 febbraio 2010;
- Regolamento di riordino della rete ospedaliera adottato con D.G.R. n. 2791 del 15.12.2010;
- Delibera di Giunta Regionale n. 2866 del 20 dicembre 2010 (DIEF 2010 );
- Legge Regionale n. 19 del 31 dicembre 2010, avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2011 e del bilancio pluriennale 2011-2013.

Sulla scorta degli atti all'epoca vigenti, l'Azienda ha elaborato ed approvato la pianificazione triennale 2010-2012 la quale, per le motivazioni espresse nel precedente Titolo I, si rimodula in questa sede con un riferimento al triennio 2011-2013, tenendo presente che sarà necessaria ogni ulteriore rivisitazione della stessa alla luce delle eventuali modifiche pianificatorie, programmatiche e normative che, nel tempo, potrebbero essere approvate sia a livello nazionale, sia regionale. Ogni modifica e rimodulazione potrà, inoltre, essere possibile e necessaria alla luce di modificate esigenze organizzativo-assistenziali dell'Azienda che, nel corso del triennio, potrebbero determinarsi.

Se non si modifica il forte condizionamento esterno del flusso di domanda generalista, la produzione, almeno nel breve periodo non potrà far registrare trend economici in incremento significativi rispetto agli anni precedenti. Ciò anche per una serie di motivazioni che, nel medio periodo, si spera possano migliorare e che si possono raggruppare rispettivamente nelle seguenti cause:

- nel breve periodo, la mancata crescita sarà ancora influenzata dalla precaria sistemazione logistica, transitoria, dovuta ai molteplici lavori di ristrutturazioni e ricostruzioni in corso, che non mancheranno, a completamento degli stessi, di determinare migliori condizioni per un incremento della produzione;
- nel più lungo periodo, l'atteso incremento di cui al precedente punto è "atteso" anche in considerazione delle innovazioni tecnologiche in programma e già parzialmente attuate, le quali renderanno possibile prestazioni più qualificate e capaci di maggiore attrazione nel prossimo triennio;

- a tale prospettiva di potenziamento si accompagnerà una evoluzione culturale-organizzativa e metodologia di governo delle attività, in relazione della metodica secondo una gestione per processi operativi;
- inoltre, l'attivazione delle strutture ad alta specializzazione, previste dal vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università, in spazi adeguati e con i dovuti supporti tecnologici potrà costituire il vero punto di svolta per i livelli quali-quantitativi della produzione aziendale.

Nel contesto sommariamente descritto risulta, appunto, gradualmente possibile attivare percorsi che, in attuazione di quanto previsto dalla vigente normativa in tema di performance della Pubblica Amministrazione, consentano la definizione di un piano delle performance aziendali con la contestuale individuazione delle linee di attività connesse alla specificazione dei parametri di valutazione delle attività delle articolazioni operative e degli operatori.

Nel corso del 2011, l'Azienda dovrà predisporre quanto necessario per la definizione di un percorso valutativo rispettoso della normativa vigente garantendo, nel contempo, la massima trasparenza dell'azione amministrativa e la visibilità della stessa verso l'esterno.

Si ritiene coerente prevedere che il processo possa andare a regime, con le modalità qui di seguito descritte, che consentiranno il conseguente processo valutativo. Infatti, per la specifica materia è applicabile la normativa contenuta nel D. Lgs n. 150/2009, così come previsto dalle delibere del CIVIT nn. 112, 113, notificate all'Azienda, da parte della Regione Puglia, con propria nota n. 0013352 del 22 novembre 2010. normativa nazionale, se non dal 2012 in relazione alle attività rese nel 2011.

Per tale finalità si ritiene di poter individuare, come step intermedi, le seguenti azioni:

- a) Predisposizione ed adozione di atti regolamentari riguardante l'accesso agli atti, il procedimento amministrativo, l'individuazione delle linee di attività con la contestuale indicazione dei responsabili dei vari procedimenti e l'indicazione della tempistica necessaria per la formalizzazione degli interventi o degli atti conclusivi;
- b) Reingegnerizzazione del sito aziendale con la previsione della possibilità di pubblicare non solo gli atti finali dei procedimenti (Albo Pretorio), ma anche la possibilità di seguire l'iter e lo stato delle procedure relative ai diversi settori aziendali;
- c) Predisposizione/implementazione di un piano delle performance aziendale, in esecuzione a quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs n. 150/2009 e conforme alle disposizioni del CIVIT indicate con le citate delibere di detto Organismo, provvedendovi, per quello generale, già con il presente documento di pianificazione dal quale ciascuno

Dipartimento aziendale procederà a formare quello di pertinenza, attraverso i piani pluriennali e di programmazioni annuali delle attività;

- d) Individuazione dei parametri in base ai quali procedere alla valutazione delle performances delle attività rese sia dai dipartimenti/strutture che dai singoli operatori.

Per tali adempimenti, ritenuti fondamentali e strategici, la Direzione ritiene di individuare gruppi di lavoro e relative responsabilità, con l'indicazione della tempistica entro la quale dovranno essere resi gli adempimenti. I gruppi di lavoro dovranno, altresì, monitorare ogni eventuale modifica normativa che possa comportare, in itinere, l'adeguamento delle iniziative ai fini dalla predisposizione ed adozione degli atti finali.

Con riferimento ai punti a), b), c) d) e per la parte di competenza, la Direzione Generale emanerà direttive vincolanti ai Direttori di Dipartimenti e di Strutture che essa individuerà ed incaricherà dei connessi adempimenti, sia per le gestioni generali ed amministrative, sia per quelle gestionali sanitarie.

I descritti adempimenti dovranno realizzarsi:

- Adozione regolamento di cui al punto a) entro il 30 giugno 2011;
- Reingegnerizzazione sito web entro il 30 settembre 2011 previa verifica della possibilità che lo stesso possa essere realizzato con risorse interne in tempi più brevi. In caso di verificata inadeguatezza e/o insufficienza delle risorse interne, si procederà ad integrazione anche esterna, con l'aspettativa di ottenere un "prodotto" completo di necessità informatiche ed informative entro il 31.12.2011. Nel caso contrario, in sinergia con la Struttura gestione Patrimonio, si dovranno approntare le procedure per l'acquisizione del prodotto sul mercato. Tale prodotto dovrà essere, comunque, disponibile entro il 31 dicembre 2011;
- Predisposizione della prima bozza di piano delle performance delle attività dei singoli dipartimenti da sottoporre alla Direzione aziendale, entro il 30 maggio 2011, in uno con la proposta di un set di indicatori coerenti ed elaborato con i criteri individuati nelle delibere del CIVIT.

Nel presente documento di pianificazione e programmazione si procederà a dettagliare alcune previsioni per quanto riguarda gli indirizzi generali di governo dell'Azienda e di funzioni gestionali di sostegno alle attività sanitarie, mentre per gli aspetti specifici di pianificazione e sviluppo di queste, ma anche alcune di quelle di sostegno, si procede alla specializzazione di obiettivi di più elevata prospettiva ed alla definizione di obiettivi specifici di attività. A tal proposito, non si può

prescindere dalla elaborazione ed approvazione sia un apposito “Piano”, che individua obiettivi, azioni, attività ed indicatori di verifica rappresentati in appositi matrici e sia obiettivi specifici assegnati a dipartimenti e strutture, in uno con indirizzi operativi ed indicazioni metodologiche, nonché che renda esplicito riferimento alle complessive ed alle specifiche risorse che l’Azienda prevede di rendere disponibili: in maniera tale che l’insieme costituisca il “piano aziendale delle performance” previsto per il triennio 2011-2013.

## 2. METODI

Quella di riorganizzare le attività dell’Azienda per processi operativi, che si identifichino in larga parte, con i percorsi diagnostico-terapeutici è il viatico scelto per conseguire risultati di miglioramento continuo della qualità totale delle attività o prestazioni, nonché di appropriata utilizzazione di risorse e di economicità massima possibile dell’allocazione delle stesse, attraverso riflessioni, così riassumibili:

- consentono la progettazione delle migliori possibili pratiche assistenziali; favoriscono il miglioramento continuo della qualità, anche delle fasi intra-processuali e persino delle singole prestazioni;
- garantiscono di prevedere e controllare la “strutturazione” dei costi nel momento in cui essi si devono o si possono formare;
- Presuppongono, così, di assumere come approccio sistematico di analisi, il riferimento costante a:

**Qualità:** impostazione e finalizzazione delle azioni ed interventi: attraverso i sei elementi di disponibilità e accessibilità, appropriatezza, accettabilità, competenza e professionalità, continuità, sicurezza (esagono di Hughes);

miglioramento continuo della qualità: secondo il ciclo P.D.C.A (Plan, Do, Check, Act) o ruota di Deming:

verifica degli esiti: attraverso step periodici di Analisi Partecipata della Qualità (A.P.Q) e valutazioni in Audit Civico.

**Sostenibilità:** sotto l’aspetto della sostenibilità economica, la Direzione Generale, favorirà la formazione, intesa come conoscenza per il potenziamento delle competenze, degli effetti attesi per la costante pre-valutazione, di ogni nuova introduzione, attivazione o modifica di processi-percorsi e protocolli,

attraverso analisi di costi-benefici (A.C.B.), di costo-efficacia (A.C.E.) e, quando necessaria, di costi-utilità (A.C.U.)

**Estensione:** applicazione di queste analisi ai processi operativi e/o modelli di Activity Based Costing /A.B.C.)

**Verifica:** attraverso la progettazione del sistema I.T.C., bisogna realizzare il piano delle risorse informatico-informative aziendali (E.R.P., Enterprise Resources Planning) che deve consentire all'Azienda di convertire le informazioni in nuove azioni e strumenti operativi, in modo che possa essere possibile valutare le complessive performances aziendali, ossia valutare non solo che le attività che l'Azienda produce siano state fatte bene, ma anche in maniera corretta e giusta. Realizzato, cioè, il sistema di E.R.P. a supporto dei processi da concretizzare, si dovrà procedere, anche attraverso implementazione ed applicazione graduale, alla valutazione delle performances delle complessive attività aziendali, con l'applicazione del sistema di "Scheda a punteggio bilanciato" (Balanced Scorecard).

### **3. NUOVE PROSPETTIVE E VISIONE DELL'ORGANIZZAZIONE (Regola delle tre "C")**

In effetti, non prospettandosi significative integrazioni di risorse, l'Azienda deve orientarsi verso l'aspettativa di un complessivo miglioramento organizzativo-gestionale, che possa garantire economie di processi e più oculata allocazione di risorse, tali da rendere possibile il miglioramento continuo delle attività (prospettiva complessiva di crescita e sviluppo).

Insomma, la opportunità richiamata, offerta dal corrente momento di restrizioni economiche, deve essere occasione di rigenerazione del modello dell'organizzazione aziendale assumendo come obiettivo di governo la coesistenza delle capacità di:

- a) **Comunicazione** quale valorizzazione delle politiche di comunione delle informazioni e conoscenze;
- b) **Coordinamento** quale consapevolezza che dalla Comunicazione derivi la condivisione di Know-How e di coerenti scelte operative: cioè, quella particolare situazione, di "privilegio", in cui ognuno fa una cosa o compie una azione sapendo, che è quella che l'intero sistema aziendale si attende;



- c) **Cooperazione** quale sistema di relazioni continue, che utilizzando gli effetti della Comunicazione e Coordinamento, renda effettiva la integrazione di attività ed operatori nell'applicazione di ogni processo operativo.

Infine, anche in coerenza con gli indirizzi e principi che la Regione emanerà in materia di organizzazione aziendale di tipo strutturale, l'Azienda dovrà razionalizzare situazioni di "dispersione organizzativa" (effetto principale di tale modello, ormai sorpassato), utilizzare principalmente la descritta opportunità di organizzare per processi le funzioni aziendali, senza che ciò debba significare nocumento alcuno per la architettura degli "uffici" (incarichi) dirigenziali, che potrebbero essere soltanto "riqualificati" in coerenza con gli obiettivi di miglioramento e di sviluppo, in argomento.

#### **4. IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA ETICO**

Come già evidenziato nel documento di pianificazione triennale 2010-2012, è necessario per l'Azienda dotarsi di un sistema etico che funga da stimolo ad una evoluzione razionale ed efficiente della propria organizzazione, come ulteriore garanzia della trasparenza dell'operato della stessa. Il sistema etico deve formalizzare un complesso di regole cui la Direzione Generale, tutte le direzioni ed i responsabili delle articolazioni dell'Azienda, nonché i dipendenti tutti, devono attenersi nello svolgimento delle funzioni e delle attività di rispettiva competenza. Tali regole devono basarsi su valori e principi espressamente individuati e posti a fondamento dell'agire aziendale, coerentemente ed in completamento di quanto previsto nell'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento. Ciò in coerenza, anche, con le nuove norme che regolano i processi valutativi e le performances.

Lo spunto ad inserire nella programmazione del triennio la elaborazione del codice etico aziendale viene dal D. Lgs. 231 dell'8.06.2001 che riguarda la "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica".

Esso non vincola gli Enti Pubblici (tra cui si colloca l'Azienda Ospedaliera), tuttavia, è opportuno cogliere l'occasione per delineare anche nella nostra Azienda, un modello di comportamento che definisca un quadro di valori etici tanto consoni in un settore quale quello sanitario a perseguire finalità di pubblico interesse.

La predisposizione del Codice Etico ha come presupposto l'introduzione di Modelli Organizzativi Comportamentali atti a perseguire fundamentalmente due finalità:

- incentivare la migliore qualità delle attività svolte dalle aziende, tramite i propri collaboratori, in considerazione dei valori espressamente individuati;
- impedire o ostacolare condotte contrarie alle prescrizioni di legge.

I Modelli Organizzativi a loro volta devono essere sufficientemente chiari e formalizzati, soprattutto per quanto riguarda l'attribuzione di responsabilità, le linee di relazioni e la descrizione dei compiti.

All'interno del Modello Organizzativo devono essere descritte le attività, le procedure e le operazioni al fine di conferire trasparenza e riconoscibilità ai processi decisionali ed attuativi. Esse, inoltre, devono prevedere meccanismi di verifica interna per facilitare il compito degli organismi interni di controllo e di valutazione.

L'elaborazione del Codice Etico comportamentale dovrà avvenire attraverso le seguenti tappe operative:

1. Costituzione di un gruppo di lavoro nominato dal Direttore Generale, sentito il Collegio di Direzione;
2. Condivisione dei valori etici;
3. Definizione dei Modelli Organizzativi;
4. Stesura del codice etico-comportamentale;
5. Controllo della diffusione dello stesso;
6. Raccolta delle osservazioni da parte dei destinatari;
7. Elaborazione finale del Codice;
8. Linee generali per la organizzazione delle attività aziendali per processi operativi integrati.

Le aree meritevoli di analisi secondo i criteri sopra enunciati sono:

- o Articolazioni erogative di assistenza sanitaria intermedia e finale;
- o Coordinamento e responsabilità organizzative, personale di comparto;
- o Gestione funzioni igienico-organizzative aziendali;
- o Gestione del rischio e della sicurezza;
- o Comunicazione e cooperazione;
- o Marketing e sviluppo;
- o Patrimonio;
- o Farmaceutica;
- o Gestione magazzini;
- o Politiche per il personale;

- Gestione tecnica ed alberghiera;
- Apparecchiature elettromedicali.
- Formazione

Tale approccio si inserisce nell'ambito di una pianificazione e programmazione che prevedono il miglioramento continuo della qualità.

L'elaborazione e l'attuazione, a regime, di un codice etico comportamentale è fortemente correlato alla prevista, corposa, implementazione della ICT, o meglio della citata costruzione di un E.R.P., e delle risorse e professionalità connesse le quali dovranno, sempre più essere compatibili, sufficienti e funzionali alle politiche dello sviluppo previsto dalla Direzione Generale.

L'elaborazione e l'attuazione di quanto riportato innanzi prevede, nel breve periodo, la predisposizione di un cronoprogramma e della discussione e condivisione, con le Strutture indicate, delle procedure e della modulistica utile al raggiungimento dell'obiettivo.

Nel quadro di riferimento innanzi descritto, nel confermare la "mission" aziendale, già definita nell'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento, nonché esplicitata nei documenti di pianificazione e di programmazione, la Direzione Generale porrà in essere tutti gli strumenti per:

- rinforzare e migliorare le proprie iniziative per riqualificare l'allocazione e l'utilizzazione delle risorse, nel rispetto dei principi di efficacia, di efficienza ed economicità;
- consolidare una metodica operativa che tenga conto sempre più dell'esigenza di erogare servizi di qualità continuamente migliorata, anche con l'applicazione del codice etico di cui innanzi;
- riequilibrare ed ottimizzare le risorse disponibili, anche per far fronte ad esigenze eccezionali;
- dare applicazione, al Protocollo di Intesa tra Regione Puglia ed Università degli Studi di Foggia, anche confidando nella erogazione di effettive risorse adeguate da parte della Regione Puglia;
- Predisporre azioni e rimodulazioni di obiettivi coerenti con i vigenti documenti di pianificazione e programmazione nazionali e regionali;
- attivare ogni iniziativa utile alla migliore possibile distribuzione erogativa, in sinergia con l'ASL provinciale, delle attività demandabili al livello di assistenza territoriale;
- attivare procedure interne per implementare il sistema di verifica e controllo della qualità reale e percepita, con un coinvolgimento delle competenti articolazioni operative, delle

organizzazioni degli utenti e del volontariato, perché si implementino sempre di più meccanismi di audit.

Come in passato, anche per il triennio 2011-2013, tali obiettivi saranno perseguiti tenendo ben presente la caratteristica ad attività integrata dell'Azienda con l'Università degli Studi e la necessità di attivare sinergie tra risorse ospedaliere e universitarie, al fine di indirizzarle verso obiettivi coincidenti e non conflittuali.

La dipartimentalizzazione delle attività aziendali è stata completata sotto il profilo formale-organizzativo e, sulla scorta dell'individuazione degli obiettivi assegnandi per il triennio di riferimento ai rispettivi Direttori di Dipartimento, è atteso un sicuro miglioramento dell'integrazione delle attività, sia attraverso l'elaborazione e monitoraggio continuo dei percorsi diagnostico-terapeutici, sia attraverso la eventuale rimodulazione degli stessi obiettivi, in coerenza con le eventuali modifiche dei documenti di pianificazione-programmazione, in una ottica di progettazione ed utilizzazione dinamica degli stessi, per adeguarli alle mutate esigenze assistenziali ed alle variazioni indotte dalla legislazione e della pianificazione-programmazione dei livelli istituzionali preordinati.

Identica attenzione deve essere dedicata alla massima implementazione delle attività dei Dipartimenti interaziendali costituiti e costituendi, per i quali sono formalizzate e sperimentate, da tempo, le discipline e le procedure interne di funzionamento e di organizzazione delle attività.

## **5. AZIONI PROGRAMMATE**

### *5.1 ORGANIZZAZIONE "DIVISIONALE" DELL'AZIENDA*

Si è già evidenziato che, per una prospettiva di miglioramento generale, essenziale supporto potrà essere la riprogettazione della organizzazione, secondo logiche "divisionali" delle attività delle strutture aziendali, migliorandone la integrazione nei processi assistenziali, sia di quelli interni e sia di altri relazionati extra-moenia. Perché questo possa progettarsi ed applicarsi è prioritariamente necessario realizzare alcune condizioni, che, oggi, costituiscono vincoli.

Questi vincoli possono, così, essere riepilogati:

- riduzione tendenziale delle inapproprietezze dei ricoveri, rispetto ai limiti previsti dal Progetto PRUO e dai limiti di ammissibilità delle prestazioni per L.E.A., considerando che, spessissimo, la domanda assistenziale e l'assenza di concreti filtri della stessa in altri livelli

assistenziali, non consente un reale governo del fenomeno: ciò al fine di una maggiore certezza in ordine a quali processi operativi bisogna dedicare “attenzione”;

- attuazione e verifica dell’effettivo utilizzo delle Linee guida provvisorie per i Day Hospital e piena realizzazione, secondo quanto già formalmente deliberato dall’Azienda, della Day Surgery: per gli stessi motivi di cui al punto precedente;
- avanzamento ed ulteriore miglioramento della integrazione tra Azienda ed Università attraverso una più puntuale e soddisfacente definizione dei ruoli e degli impegni economici delle due Istituzioni, da precisare nell’approvando nuovo Protocollo di Intesa Regione-Università: per finalità di “comunicazione e cooperazione”;
- piena attuazione della dipartimentalizzazione con una ulteriore implementazione dei Dipartimenti Interaziendali: per una gestione più completa e più efficace dei processi e degli esiti;
- implementazione della informatizzazione aziendale al fine di disporre di una adeguata banca dati condivisa, adeguamento alle disposizioni vigenti relative alle modalità di gestione delle comunicazioni interne ed esterne, migliorando l’afflusso dei dati verso il S.I.S.R. e verso il MEF, così come previsto dalla vigente normativa. Il tutto dovrà essere concepito in una logica integrata che, con la costituzione di un repository aziendale, consenta la gestione dei dati clinici e contabili con modalità omogenee. Importante, a tal fine è quanto già evidenziato nel presente documento di pianificazione. Altro vincolo è quello di conseguire una totale integrazione con la rete informatica Universitaria per un verso, nonché la totale integrazione con la RUPAR dall’altro;
- completamento del processo reale di aziendalizzazione con l’adeguamento e approvazione del nuovo Atto Aziendale, anche in ossequio a quanto previsto dalla programmazione regionale, segnatamente nel DIF 2010: per migliorare i limiti di controllo e rendere necessarie certezze all’ambiente aziendale.

Perché si possa passare (seppure gradualmente, ma avendo cura, nel primo periodo, di far coesistere e rendere compatibili entrambi i modelli) da una organizzazione per struttura (modello settoriale) ad una organizzazione per processi e/o complete attività da rendere (modello divisionale), è necessario procedere a:

- o Progettazione ed attivazione di percorsi aziendali diagnostico-terapeutici e di assistenza, anche interaziendali, con approvazione del corrispondente piano entro il 30.06.2011, al

fine principale di migliorare gli esiti assistenziali, ma anche per verificare la congruità della sostenibilità (remunerazione) delle attività e prestazioni occorrenti, tenendo ben presente che l'Azienda deve continuare a tendere all'equilibrio economico di periodo. Obiettivo della elaborazione di proposta del piano, della progettazione ed applicazione dei percorsi è specificamente attribuito al Direttore Medico di Presidio, in sinergia e coerenza con gli indirizzi del Direttore Sanitario aziendale. Fermo restando l'approvazione del piano entro il 31.07.2011, la progettazione dei percorsi previsti dallo stesso piano, deve essere effettuata entro il 30.11.2011 per essere approvato dalla Direzione Generale entro il 31.12.2011, ai fini della applicazione dall'1 gennaio 2012;

- o Attivazione di altre forme di organizzazioni gestionali innovative, che potrebbero vedere l'Azienda impegnata in attività con il sistema territoriale di tutela della salute e, particolarmente, nella parte di competenza, compresa in una organizzazione più lata per processi, costituita da Percorsi Interaziendali e/o Interistituzionali di cura e di assistenza, nell'ambito delle aggregazioni dipartimentali interaziendali delle attività e di coinvolgimento nei processi assistenziali dei Piani di Zona, ai sensi del comma 1-septies, art. 4, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i..

## *5.2 LINEE ED AZIONI GENERALI*

Si confermano per il presente piano triennale, tutte le azioni di seguito riportate:

- ricerca di modelli di risposta più adeguati alle crescenti aspettative dell'utenza, di fronte all'elevata frequenza dei cittadini che si dichiarano insoddisfatti di numerosi aspetti del S.S.N., con conseguente miglioramento dei livelli di efficienza e di qualità totale;
- Miglioramento dell'informazione agli utenti, in particolare per quanto riguarda il "consenso informato" per i trattamenti sanitari. Tale obiettivo è da ritenersi specifico per la Direzione Medica di Presidio in sinergia con la Struttura AA.GG. in quanto, questa, referente per la privacy;
- processo di aziendalizzazione più incisivo e miglioramento del livello di collaborazione nel sistema sanitario con gli altri soggetti (in particolare col volontariato in sanità e con le organizzazioni degli utenti): obiettivo delle articolazioni della Struttura AA.GG.;
- valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali e umane degli operatori dell'Azienda, favorendone la integrazione verso processi erogativi completi: obiettivi generali per tutti;

- ulteriore implementazione dell'attività formativa del personale, a tutti i livelli, compresa l'approvazione del documento delle politiche di formazione e sulle corrispondenti linee guida, nonché del programma di corsi di formazione E.C.M., con l'utilizzo dell'accREDITAMENTO dell'Azienda, già effettuata, all'O.R.F.S. (Organismo Regionale per la Formazione in Sanità). L'assunzione, cioè, di un ruolo di primo piano dell'Azienda, nella Regione, per lo sviluppo e l'eccellenza delle politiche della formazione: obiettivo assegnato alla Struttura per la Formazione che si prospetta ampiamente conseguibile anche grazie all'ottimo risultato raggiunto nell'ultimo periodo;
- utilizzo dei sistemi di comunicazione utili alla diffusione dell'informazione e delle conoscenze scientifiche: obiettivo assegnato al Direttore Medico di Presidio ed alla Struttura AA.GG., con le rispettive articolazioni;
- Attivazione delle procedure e percorsi utili all'adozione di bilanci etici e sociali con cadenza annuale, prevedendo la pubblicazione del secondo bilancio sociale aziendale entro il 2011. Tale obiettivo vedrà coinvolte e valutate la Struttura AA.GG., la Struttura Prestazioni, la Struttura Programmazione e Controllo Direzionale, la Direzione Medica di Presidio, tramite le proprie articolazioni operative;

Nel contesto descritto, ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Nazionale, l'Azienda attiverà azioni relative a:

- Implementazione delle azioni utili ad ogni sinergia con i MMG e con i PLS affinché si riducano i ricorsi inappropriati alle cure ospedaliere, prospettando una integrazione-collaborazione con l'Azienda territoriale nella predisposizione ed attuazione di percorsi interaziendali di assistenza, tramite protocolli diagnostico-terapeutici. E' già attiva, per altro, una Commissione per l'assistenza condivisa;
- Promozione di modelli organizzativi che consentano la garanzia assistenziale con metodologie diverse dal ricovero: ospedalizzazione domiciliare;
- Attivazione delle Unità Speciali di Accoglienza Permanente;
- Implementazione delle attività connesse alla Terapia del Dolore, per la quale è già anche attiva la Partoanalgesia;
- Verifica della praticabilità di istituzione della biobanca del sangue cordonale e di altre biobanche previste dal P.S.N. 2009;
- Implementazione del sistema informativo nell'ambito delle implementazioni generali informatiche (E.R.P) previste dalla presente programmazione;

- Verifica e miglioramento delle attività connesse con la maternità e i percorsi di nascita, favorendo il parto naturale;
- miglioramento della qualità complessiva del proprio sistema di erogazione: progettazione preventiva ed analisi successive;
- potenziamento ulteriore dell'attività di ricerca, in stretta collaborazione con l'Università degli Studi di Foggia;
- potenziamento delle attività assistenziali aziendali di alta specialità: nell'ambito dello sviluppo già prospettato come "opportunità" di riorganizzazione conseguente ai vincoli del Piano regionale di Rientro economico e riequilibrio del Sistema Sanitario Regionale;
- potenziamento della propria offerta ed integrazione nel sistema regionale di Emergenza ed Urgenza;
- investimenti nelle risorse umane e nella qualità, con la introduzione di una cultura di valorizzazione delle professioni, delle competenze e degli impegni alla funzione, attraverso equi sistemi premianti, la formazione permanente, la sperimentazione di modelli innovativi, le collaborazioni di interattività e lo sviluppo delle funzioni manageriali;
- collaborazione, in sinergia con l'Azienda territoriale, alle politiche di promozione primaria per stili di vita salutari e della educazione al corretto impiego dei farmaci.

### *5.3 ATTIVITÀ NON SANITARIE , DI SOSTEGNO*

Per le articolazioni organizzative aziendali di attività generali, amministrative, professionali e tecniche, si evidenziano di seguito i risultati da conseguire e le implementazioni e/o modifiche delle azioni già fissate nel Piano triennale precedente di attuazione della Programmazione Sanitaria Regionale.

#### *5.3.1 Affari Generali*

Per il triennio 2011-2013 la Struttura dovrà attivare azioni che consentano, a fine periodo di pianificazione e programmazione, il raggiungimento di alcuni obiettivi ritenuti di particolare rilievo dalla Direzione Generale, in quanto contemplano la funzione di staff per questa, perché possa interagire positivamente con altre articolazioni organizzative al fine di:

1. assicurare il livello di verifica e controllo della osservanza della normativa sulla privacy (indicatori: numero di accertamenti eseguiti);



2. formare ed approvare il “Documento programmatico sulla sicurezza dei dati personali, anche considerando che questo obiettivo costituisce specifico elemento di valutazione del Dirigente preposto quale responsabile privacy (indicatore: approntamento nei termini di legge);
3. predisporre ogni proposta necessaria al continuo aggiornamento dei dirigenti e del personale in relazione alla normativa di cui ai precedenti punti, essendo la Struttura responsabile dell’applicazione di ogni modifica e/o aggiornamento normativo emanato sia dal Parlamento che dall’Autorità Garante (indicatori: comunicazioni esplicative).
4. Verificare lo stato di adeguamento/aggiornamento dei vari regolamenti aziendali, interagendo con i settori coinvolti, di volta in volta, ai fini della predisposizione tempestiva degli eventuali aggiornamenti (indicatori: numero verifiche nel corso dell’anno ).
5. Curare la gestione dei contratti assicurativi, provvedendo alla tempestiva denuncia dei sinistri, in uno con la Struttura Burocratico-Legale, e organizzando, d’intesa con il Broker, di volta in volta individuato, la predisposizione di ogni reportistica utile alla verifica, da parte della Direzione Generale e della competente Struttura Programmazione e Controllo Direzionale, dell’andamento della spesa sostenuta a tale titolo dall’Azienda, delle somme effettivamente erogate dalle Compagnie assicurative a titolo risarcitorio. Tali elementi dovranno costituire base di valutazione per ogni eventuale proposta migliorativa del relativo servizio. (indicatore: approntamento prima reportistica entro il primo semestre 2011 ed, in prosieguo, trenta giorni dopo la fine di ciascun semestre);
6. Relazionare alla Direzione Amministrativa, semestralmente, sullo stato di attuazione degli obiettivi assegnati (indicatore: regolare flusso di informazione);
7. Assicurare, tramite gli Uffici, ogni assistenza alle attività degli organi ed organismi collegiali istituiti in Azienda (indicatore: relazioni semestrali sulle attività rese);
8. Diffondere agli uffici interessati le informazioni e la formazione sulle normative rilevanti per le specifiche attività che giungono al protocollo centrale dell’Azienda (indicatore: numero comunicazioni);
9. Continuo adeguamento, a seguito di eventuali nuove esigenze, e monitoraggio della corretta applicazione dell’esistente “Regolamentazione della viabilità interna e disciplina di accesso alle strutture aziendali”.

10. Adempimenti connessi alle attività dell'audit civico;

Gli obiettivi innanzi riportati dovranno essere assegnati ed ulteriormente specializzati, specie per la quantificazione degli indicatori di verifica, nel corso dell'attuazione e/o completamento del processo direzionale, di cui il budgetting è parte, relativo all'anno 2011.

### *5.3.2 Relazioni con il Pubblico - Comunicazione - Stampa*

L'Ufficio continuerà ad assicurare il supporto necessario a rendere più agevole la fruizione dei servizi erogati dall'Azienda.

Le azioni in tal senso devono riguardare tutte le modalità di comunicazione e diffusione d'informazioni, oltre al supporto front-line da garantire all'utenza attraverso gli sportelli dell'U.R.P.

La Struttura AA.GG. continuerà a curare la pubblicazione della *"Agenda Ospedaliera"*

La stessa Struttura, d'intesa con la Direzione Medica di Presidio e con l'Audit aziendale assicurerà la massima collaborazione in relazione agli interventi relativi al miglioramento dell'accoglienza del paziente, fornendo il relativo supporto tramite i punti front-office dedicati e attraverso la divulgazione di materiale informativo attinente alle modalità di fruizione delle prestazioni anche da parte degli stranieri. L'Ufficio sarà fortemente impegnato nella organizzazione dell'accoglienza, in coerenza con l'obiettivo specifico previsto nel presente documento di programmazione. Altro obiettivo fondamentale e qualificante è rappresentato dalla redazione della Carta dei Servizi.

La Struttura, anche in sinergia con gli Uffici della Direzione Medica di Presidio e con l'organizzazione Universitaria, deve provvedere a divulgare adeguatamente i contenuti di alcune specifiche attività svolte in Azienda e relative a:

- presenza in campo nazionale, europeo e mondiale degli esiti delle attività di ricerca svolte nell'Azienda (numero eventuale di casi) ;
- nuove prospettive assistenziali dell'Azienda (divulgazione delle implementazioni di attività assistenziale realizzata e le linee di sviluppo della stessa);
- traguardi delle attività di genetica presso i laboratori di analisi e di ricerca (indicatore: pubblicazione dei resoconti all'interno dell'Azienda e sul sito aziendale in apposito settore);
- sviluppo delle attività diagnostico-terapeutiche di alta qualità (indicatore: acquisizione, in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia e Statistica sanitaria, delle relazioni semestrali);

- innovazione organizzativa e gestionale, come impegno del presente e del futuro, necessaria allo sviluppo dell'Azienda (indicatore: partecipazione ai gruppi di processi operativi) ;

Gestione dello specifico spazio dedicato sul sito web aziendale, per veicolare tutte le notizie ed informazioni utili all'utenza ed alle attività degli operatori interni sanitari e non.

Nell'anno 2011 si dovrà dare maggiore e particolare impegno alle comunicazioni, interne ed esterne, sulle attività sopra elencate.

La Struttura dovrà garantire, inoltre, il mantenimento di tutti i rapporti con le associazioni di volontariato, cercando di massimizzare gli effetti positivi sull'Azienda che le attività di tali organizzazioni determinano, anche in funzione dell'apporto prezioso che esse potranno fornire per aumentare la qualità percepita delle attività aziendali.

### *5.3.3 Controlli Direzionali*

Anche questa Struttura dovrà svolgere un ruolo centrale nella trasformazione gestionale che dovrà realizzarsi nel triennio di riferimento.

Alla Struttura è assegnato l'obiettivo di supportare il complessivo intervento che deve portare alla graduale modifica della organizzazione aziendale verso un modello che tenga conto dei processi operativi da realizzare.

La Struttura ha garantito, nello scorso triennio, la propria attività di supporto e collaborazione con le Strutture aziendali e con la Direzione Strategica. In continuità con quanto avvenuto negli anni precedenti, la Struttura deve avere un ruolo di propulsione e raccordo con le altre strutture operative ai fini della predisposizione e monitoraggio delle applicazioni dei documenti aziendali di pianificazione e programmazione. Dovrà, quindi, eseguire e coordinare tutti i procedimenti connessi alla elaborazione, del complessivo processo direzionale dell'Azienda, ovviamente, tenendo presente che, per questo, deve essere assicurata ogni collaborazione e supporto nella contrattazione di budget.

La Struttura avrà cura di monitorare, a regime, il grado di assolvimento degli obiettivi di pianificazione-programmazione e di budgetting nonché le elaborazioni trimestrali dei report di attività, provvedendo a segnalare, in forma collaborativa e di supporto, sia alle strutture interessate, sia alla Direzione Strategica, ogni eventuale scostamento di dati rispetto agli indicatori previsti ed assegnati nel richiamato processo direzionale. Tale attività dovrà essere rilevata in coerenza con i centri di costo e di responsabilità, in ogni tempo organizzati nell'Azienda.

Si prevede che la concreta possibilità di trasmissione on line dei dati, da parte degli operatori autorizzati, possa essere a regime entro il 2011.

Risultano evidenziati, pertanto, i seguenti obiettivi specifici da considerare condivisi con le strutture tecniche e amministrative coinvolte:

1. realizzazione e utilizzo del nuovo gestionale entro il 1 aprile 2011;
2. utilizzo del software a regime entro il 30 giugno 2011;
3. decentramento delle funzioni di lettura dei report alle strutture interessate, secondo i criteri innanzi citati, entro il 31 dicembre 2011.

Costituiscono, inoltre ordinari obiettivi per la Struttura il proseguimento delle attività di supporto fino ad oggi assicurate ad ogni articolazione organizzativa aziendale e agli organi coinvolti nelle attività di verifica e controllo delle attività, prima di tutti il costituendo Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda.

#### *5.3.3.a Servizio Informatico Aziendale (SIA)*

Come evidenziato nella parte generale del presente documento, è necessario procedere ad una profonda rivisitazione delle modalità di gestione informatizzata dell'Azienda.

La Direzione Generale, previa opportuna valutazione ed approfondimento circa le reali disponibilità informatiche presenti in Azienda, valuterà azioni e percorsi che possano realizzare l'obiettivo finale evidenziato nelle parti precedenti della relazione.

In tal senso gli operatori del SIA dovranno essere utilizzati in funzione dell'esito della citata analisi della Direzione.

Infatti, i livelli e le modalità di coinvolgimento risulteranno dalla quantità/complessità dei sistemi da gestire.

Per tali motivi si ritiene di formalizzare in un momento successivo gli specifici obiettivi della Struttura Programmazione e Controllo, in relazione alle specifiche competenze informatiche, in ogni caso queste saranno definite nel processo di budget relativo alla struttura. Nel frattempo il SIA continuerà ad attendere a tutte le competenze attuali.

#### *5.3.4 Struttura Burocratico-Legale*

Nel triennio 2007-2009, la Struttura ha aumentato il numero di casi di risoluzione in via extragiudiziale dei conflitti rispetto alla media annuale del triennio precedente. Analogo obiettivo è stato raggiunto in relazione alla assunzione diretta del patrocinio dell'Azienda nei vari contenziosi. La Struttura ha garantito la consulenza legale a tutte le strutture aziendali e alla Direzione Amministrativa.

Nel triennio di riferimento della presente pianificazione la Struttura dovrà tendere all'incremento di questo trend, compatibilmente con la eventuale ulteriore disponibilità di risorse umane da assegnare a seguito del completamento dei percorsi di reclutamento già attivati e programmati dall'Azienda.

In collaborazione con la Direzione Amministrativa aziendale, la Struttura potenzierà il proprio impegno nelle attività di verifica dei contenuti di regolamenti ed atti di disciplina delle attività, fatto salvo quello dell'Atto Aziendale di organizzazione e Funzionamento, che per la diretta emanazione dalla Direzione Generale, sarà predisposto da questa.

E' specifico obiettivo per la Struttura la predisposizione di apposito regolamento che normi le modalità e i criteri di attribuzione degli incarichi professionali a legali esterni, ciò nella salvaguardia della possibilità, da parte della Direzione Strategica, di individuare, intuitu personae, studi professionali, singoli o associati, per materie ritenute di particolare complessità e rilievo per le attività aziendali.

La Struttura dovrà, inoltre, quale ulteriore specifico obiettivo, elaborare una reportistica semestrale relativa alle vertenze pendenti in relazione alle strutture sanitarie alle quali afferiscono, nonché all'esito, di volta in volta registrato.

Alla Struttura è assegnato anche l'obiettivo di integrazione operativa nella impostazione metodologico-organizzativa delle funzioni di Risk Management, all'uopo integrandosi con le articolazioni operativo-gestionali che la Direzione Generale individuerà come direttamente responsabile della gestione e/o in essa coinvolta.

#### *5.3.5 Gestione del Patrimonio- Approvvigionamenti*

Tutte le attività di riordino strutturale sono state associate a procedure di acquisizione di tecnologia che, puntualmente, sono state garantite con livelli massimi di professionalità.

Inoltre, la Struttura, per entrambi i settori che la compongono, ha garantito una sostanziale interruzione del ricorso alle proroghe contrattuali, provvedendo a rinnovare procedure estremamente complesse e delle quali si è dato conto in altra parte di questo documento.

Per l'esercizio 2011 si prevedono le sottoelencate attività:

- Completamento della procedura per l'acquisizione di una PET fissa in luogo di quella mobile attualmente in uso. L'obiettivo è, comunque, subordinato alla soluzione di problemi relativi alla verifica delle modalità di gara, anche in riferimento all'ottenimento del finanziamento regionale, la cui richiesta è stata già inoltrata all'Assessorato regionale competente. Alla luce del riscontro da parte dell'Assessorato si dovrà valutare anche l'opportunità di modificare le modalità di acquisizione delle attrezzature;
- Acquisizione delle attrezzature necessarie per le otto nuove sale operatorie, subordinatamente al riconoscimento del relativo finanziamento.
- Avvio procedure per l'acquisizione di arredi necessari ai costruendi corpi di fabbrica A e B;

Per il 2012 sono da attivare le seguenti procedure:

- Attivazione della procedura per l'acquisizione delle attrezzature per la Radiologia a direzione Universitaria. Tale tempistica è dettata dal fatto che è necessario allestire opportunamente i locali presso il Terzo lotto per la sistemazione delle attrezzature;
- Avvio delle procedure utili all'acquisizione delle tecnologie e arredi eventualmente necessari per il nuovo plesso per l'emergenza e urgenza.

Per il 2013

- Perfezionamento delle procedure utili alla acquisizione delle attrezzature e arredi per il nuovo plesso per l'emergenza e urgenza.

Per alcuni dei casi a cui si riferiscono gli interventi sopra elencati, in mancanza di dedicati trasferimenti in c/investimenti, l'Azienda progetterà di realizzare le opere necessarie ed acquisire le tecnologie attraverso sistema di finanza alternativa (progetti di finanza, realizzazione e co-gestione di opere, ecc.): in tal caso alla Struttura sarà assegnato come obiettivo la collaborazione nell'allestimento delle procedure di acquisizione e di evidenza pubblica.

### *5.3.6 Gestione delle Risorse Umane*

Il ruolo chiave della Struttura dovrà assumere un significato ancora più pregnante nel corso del triennio.

E' stata in più punti evidenziata la criticità connessa alla generale carenza delle dotazioni di organico del personale. È stato altresì evidenziato, che, a fronte di una prospettiva riduzione delle risorse disponibili, l'Azienda dovrà procedere ad una revisione e riprogettazione complessiva dell'organizzazione del lavoro, in uno con la riorganizzazione per attività e/o processi. In ogni caso, tenendo conto, anche dei vincoli normativi in materia di assunzioni di personale per il triennio di riferimento, dovrà programmare le assunzioni a breve periodo, nei limiti di quanto consentito per legge e secondo quanto previsto nel Piano di fabbisogno e programma di assunzioni allegati al presente documento di pianificazione (All. n. 3).

Dovranno essere garantite, come nel passato, le corrette relazioni con le OO.SS.

Per quanto riguarda i limiti di spesa del personale, negli ultimi anni il legislatore è intervenuto con provvedimenti tesi a garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica e, da ultimo, per il triennio 2010/2012 ha disposto che la spesa del personale non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito del 1,4 per cento al lordo degli oneri riflessi a carico dell'Ente e dell'I.R.A.P..

Il Decreto Legge 25.06.2008 n. 112, convertito con Legge n. 133 del 6/08/2008, all'art. 49 ha novellato l'art. 36 del D. Lgs. 165/01 prevedendo che le Amministrazioni Pubbliche, per rispondere ad esigenze temporanee ed eccezionali, possono avvalersi delle forme flessibili di assunzione e di impiego del personale previste dal codice civile e dalla legge sul rapporto di lavoro subordinato nell'impresa, in particolare dal D. Lgs. 6.09.2001 n. 368, nel rispetto delle procedure di reclutamento vigenti.

A questi ultimi fini il legislatore è, altresì, intervenuto con un ulteriore provvedimento teso a contenere, ulteriormente per l'anno 2011, i costi del personale delle PP. AA., ed in particolare con il D. Lgs. n. 78/2010 convertito nella Legge n. 122/2010 è stato previsto che i costi conseguenti alla instaurazione di rapporti di lavoro flessibili dovranno essere contenuti nel limite del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009. Inoltre lo stesso decreto ha stabilito riduzioni dei costi degli apparati amministrativi, in particolare interventi in materia di spese per collaborazioni e consulenze, per Organi Collegiali ed altri Organismi, per missioni, per attività di formazione, Collegi Arbitrali, Relazioni Pubbliche e Convegni, etc.

Le citate ultime norme, così come disposto dall'art. 6, c. 20, del D. Lgs. n. 78/2010, convertito dalla Legge n. 122/2010, (circolare M.E.F. n. 40 del 23.12.2010), pur non applicandosi in via diretta agli Enti del S.S.N., costituiscono disposizioni di principi generali ai fini di coordinamento della finanza pubblica, per questo, sono state recepite dalla Regione Puglia, con propria Legge del

Pianificazione 2011-2013 – Pianificazione c Controllo Direzionale  
Direttore Sanitario

04.01.2011 n. 1, rendendo così precettive tali disposizioni di contenimento di spesa pubblica anche per le Aziende ed Enti del S.S.R..

Quest'ultimo provvedimento regionale renderà di certo più arduo garantire l'assolvimento degli obblighi istituzionali dell'Azienda se posto in relazione al divieto imposto dalla L.R. n. 12/10 ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, di procedere alla copertura dei posti, sia con contratti a tempo determinato e sia a tempo indeterminato, resisi vacanti a far data dal 12.10.2010, anche se è stata prevista la possibilità di procedere, nel rispetto dei limiti di spesa ex lege n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), art. 2 - comma 71 -, alla mobilità tra Aziende ed Enti del S.S.R., nonché la possibilità di chiedere di attuare alla Regione Puglia deroghe al generale divieto.

Si aggiunge, infine, la nuova misura di contenimento prevista dall'art. 9 , comma 2 bis, della Legge 122/10 che, se dovesse essere confermata la sua applicabilità anche agli Enti del S.S.R., determinerà, nel triennio 2011-2013, un ulteriore vincolo finanziario secondo cui l'ammontare complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale non potrà superare il corrispondente importo, per l'anno 2010, e dovrà essere, in ogni caso, ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio e i fondi aziendali non potranno prevedere incrementi di disponibilità finanziaria nemmeno della R.I.A. del personale cessato.

Per queste ultime disposizioni, poiché disapplicano norme contenute nei CC.CC.NN.LL., il M.E.F. ha comunicato il rinvio a successive e specifiche indicazioni circa l'effettiva applicabilità delle disposizioni medesime.

Le direttive secondo le quali la Direzione Generale dovrà muoversi nel prossimo triennio dovranno necessariamente corrispondere al quadro normativo delineato dai provvedimenti statali e regionali che si collocano, per questa azienda, in un ulteriore aggravamento di elementi di criticità che potranno essere superati soltanto con il supporto e sostentamento del governo regionale mediante l'adozione di provvedimenti autorizzativi di deroghe al blocco del turn-over, così come previsto dalla citata Legge Regionale n. 12/10.

### *5.3.7 Struttura Prestazioni*

La Struttura continuerà a garantire il tempestivo e corretto invio dei flussi informativi dell'attività riguardante i ricoveri, la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica alla Regione ed al MEF.



Inoltre la Struttura garantirà idonea sinergia con la Struttura Programmazione e Controllo, ai fini dell'elaborazione e invio delle reportistiche trimestrali, ciò fino a quando, l'attivando nuovo sistema informatico del Controllo Direzionale consentirà la fruizione diretta e autonoma dei dati da parte delle singole Strutture e dovrà garantire la disponibilità di ogni dato utile alla elaborazione della carta dei servizi.

La Struttura dovrà assicurare, per quanto di competenza, l'attuazione della Legge 120/2007 (Attività Libero Professionale della Dirigenza Medica) oltre a continuare a garantire la gestione amministrativa dell'ALPI e dell'attività in convenzione con Enti terzi.

### *5.3.7a Centro Unico Prenotazioni*

La normativa di settore per un verso e lo sviluppo di operatività informatiche dall'altro, implicano una programmazione degli investimenti dedicati alle attività istituzionali.

L'obbligo di garantire operatività tramite il CUP che renda informazioni e report coerenti con le linee guida nazionali e regionali, determina, come evidenziato in altra parte del documento, l'estrema difficoltà di reingegnerizzare il software attualmente in uso.

La Struttura è impegnata ad applicare tutte le disposizioni normative contenute nelle Linee Guida nazionali sul "Sistema CUP", in particolare sull'organizzazione ed il funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie recepite dalla Regione con D.G.R. n. 854 del 23.03.2010 e dalla Delibera del Direttore Generale dell'Azienda n. 321 del 11.08.2010. Il potenziamento delle risorse informatiche, già in corso di applicazione, deve essere utile anche alla realizzazione, d'intesa con la ASL e gli altri centri di offerta, del C.U.P. unificato su base provinciale.

Ciò è fondamentale in un settore che, per le funzioni front-line garantite, assume un ruolo di immagine importante incidendo considerevolmente sulla qualità percepita del servizio, soprattutto se si determinano situazioni di lunghi tempi di attesa per enorme afflusso presso questa Azienda.

Pertanto, entro il primo semestre 2011, dovranno essere attuate le procedure utili a garantire la predisposizione del nuovo CUP in coerenza anche con la D.G.R. n. 2268/2010 ed il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.

Entro il primo semestre 2011 dovranno essere attuate, inoltre, tutte le procedure connesse alle prenotazioni ed al pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI.

Coerentemente con l'andamento della normativa nazionale che, allo stato ha prorogato la possibilità di effettuare attività libero professionale in studi privati (c.d. allargata), dovranno essere attivate le iniziative utili a garantire la gestione unitaria dei processi di erogazione e fatturazione delle attività.

In tal senso la Struttura dovrà verificare ipotesi di lavoro da proporre alla Direzione per la fatturazione delle prestazioni in ALPI allargata. L'obiettivo per tale adempimento è fissato, almeno in via sperimentale, entro il 1° semestre 2011.

La Struttura dovrà continuare a garantire ogni supporto e collaborazione per gli incassi dei ticket derivanti dalla dispensazione dei farmaci ai dimessi.

Tale settore dovrà prevedere un monitoraggio continuo in relazione a:

- a) Agenda degli ambulatori;
- b) Tipologia di prestazioni erogate.;

#### *5.3.8 Gestione Tecnica*

La Struttura ha garantito adeguata collaborazione alla Direzione Strategica in un periodo caratterizzato da una mole enorme di interventi.

Le linee di attività hanno interessato sia i progetti implementativi delle disponibilità logistiche, sia gli interventi urgenti che, dalle condizioni di criticità più volte descritte, sono derivati.

La Struttura continuerà a garantire ogni collaborazione alla Direzione Strategica, interagendo con la Direzione Medica di Presidio e con ogni altra articolazione organizzativa aziendale al fine di perseguire gli obiettivi previsti.

Nel triennio di riferimento della presente programmazione, la Struttura suddetta sarà, prima di tutto, interessata da un procedimento di riorganizzazione interna, attiverà le sotto elencate azioni, garantendo, comunque la gestione quotidiana dei processi ordinari.

Per l'esercizio 2011 si prevedono le seguenti attività:

- Concreta attivazione delle nuove sale operatorie;
- Proseguimento delle procedure utili al completamento dei nuovi spazi da destinare alla Terapia Intensiva Neonatale posti al piano terra del Presidio Maternità;
- Completamento del piano terra del Polo Chirurgico da destinare parte a Laboratorio di Simulazione clinica e parte al Dipartimento di Neuroscienze;
- Procedura per la redazione del progetto esecutivo di adeguamento antisismico del Presidio Maternità Pediatrico;

- Procedure per l'adeguamento/messa a norma antincendio Presidio OO.RR.(Monoblocco e corpi vari);
- Completamento procedimento per l'acquisizione Gruppo elettronico UPS centralizzato e adeguamento cabine MT/BT in anello;
- Procedura per adeguamento antincendio del Presidio Maternità, compatibilmente con il volume di risorse per investimenti, resi disponibili dalla Regione;
- Predisposizione della progettualità connessa alla sistemazione della Struttura Complessa di Radiologia a direzione universitaria presso il "Terzo lotto"
- Verifica e controllo dei lavori connessi alla costruzione del nuovo plesso per l'emergenza e urgenza e dei corpi A e B;
- Avvio delle procedure tese all'utilizzo dei richiesti finanziamenti necessari all'abbattimento ed alla ricostruzione del corpo di fabbrica A1, E, F, G. Ciò, ovviamente a condizione che la Regione conceda le necessarie risorse, pari a € 35.000.000.
- Verifica, in sinergia con il Servizio Prevenzione e Protezione, delle attività connesse alla sicurezza del lavoro e ad ogni altro adempimento relativo alla gestione di problematiche relative alla sicurezza degli impianti. La Struttura potrà fruire, per tali adempimenti, delle sinergie esterne garantite dalla Direzione Strategica;
- Documento di valutazione del rischio e piano operativo delle verifiche.

Per il 2012 sono da attivare le seguenti procedure:

- o Completamento dei lavori connessi alla nuova sistemazione dell'UTIN;
- o Aggiudicazione dei lavori di abbattimento e ricostruzione dei corpi di fabbrica "G" e "A2" previa concessione dei finanziamenti, a condizione che la Regione li abbia finanziati;
- o Verifica attenta dell'andamento dei lavori del nuovo plesso per l'emergenza e urgenza;
- o Avvio delle procedure utili all'acquisizione delle tecnologie e arredi eventualmente necessari per il nuovo plesso per l'emergenza e urgenza, in sinergia con la competente Struttura Patrimonio.

Per il 2013:

- Completamento dei lavori di consolidamento antisismico e della messa a norma antincendio del Presidio maternità (entro il 31 dicembre);
- Sistemazione delle attività presso il nuovo plesso ospedaliero. Le attività da allocare presso tale struttura sono quelle già ufficializzate dalla direzione, con l'ovvia considerazione che

tale sistemazione potrà essere suscettibile di modifica alla luce di esigenze particolari che potranno insorgere nel corso degli anni.

L'Azienda, si è dotata del Piano Triennale dei Lavori Pubblici che è allegato al presente documento di pianificazione per formarne parte integrante (All. n. 5)

#### *5.3.9 Servizio di Prevenzione e Protezione*

L'Azienda, si è dotata del Piano Generale per la Sicurezza, in corso di formalizzazione. In applicazione degli obiettivi fissati nel Piano, la Struttura deve garantire la consulenza (anche utilizzando le professionalità e risorse esterne garantite dalla Direzione aziendale), nonché l'esame tecnico in tutte le fasi progettuali elencate nel paragrafo precedente. Inoltre, deve fornire consulenza, verifica e parere tecnico in tutti gli interventi di trasferimenti e nuove allocazione di strutture e servizi sanitari, nonché il completamento degli appositi corsi di formazione per il personale dipendente e per i responsabili della sicurezza (programma, entro il primo semestre 2011).

La Struttura dovrà realizzare a regime tutte le attività per la misurazione e monitoraggio continuo dei tassi di salubrità ambientale delle sale operatorie, delle terapie intensive e sub-intensive. Il mantenimento di tale attività è confermato per tutto il 2011.

La Struttura provvederà ad aggiornare il documento per la sicurezza ed attuare il Piano di Emergenza ed Evacuazione, anche in considerazione dei nuovi ambienti di degenza attivati; a verificare i gas anestetici nelle sale operatorie, con impiego di personale interno ed eliminando il ricorso a ditte esterne; parteciperà per una migliore razionalizzazione degli interventi in merito alla esposizione ai gas anestetici nelle sale operatorie.

Il Documento sulla Sicurezza, coordinato dal datore di lavoro, dovrà essere pronto per l'applicazione entro il 30 aprile 2011.

#### *5.3.10 Struttura per la Gestione Economico-Finanziaria*

La Struttura ha assolto a tutti gli obiettivi connessi alla programmazione economica ed alla redazione dei corrispondenti documenti contabili di valenza pluriennali ed annuali, compreso il miglioramento dell'analisi dei costi e ricavi, in un ambito più generale di contabilità direzionale, seguita in collaborazione con la Struttura Programmazione e Controllo direzionale. A tali fini la Struttura, nell'anno 2011, continuerà ad assicurare la reportistica trimestrale di contabilità generale, nonché il normale flusso di dati economici e di contabilità per l'assolvimento dei compiti

informativi verso la Regione e verso lo Stato. Fornirà ogni collaborazione utile alla reimplementazione della contabilità analitica, appena i nuovi software destinati al Controllo Direzionale, al CUP, alla gestione magazzini, saranno operativi a regime, visto che, tali software, sono forniti da un unico vendor e che tale condizione renderà sicuramente più agevole l'organizzazione del flusso dati.

La Struttura continuerà a realizzare, d'intesa e in sintonia con la Struttura legale, (per quelle non trattate dalla stessa A.R.E.S.) transazioni con i creditori dell'Azienda, in merito a interessi passivi, spese legali e maggiorazioni conseguenti a pagamenti non eseguiti nei vari anni pregressi.

La Struttura deve ampliare e rendere continuità per garantire orientamenti e consulenze, alle altre strutture aziendali, in materia fiscale, anche in maniera periodica ed indipendentemente dalla formulazione di appositi quesiti.

Ulteriore obiettivo assegnato concerne la continua informazione alla Direzione Generale e, particolarmente, al Direttore Amministrativo dal quale la Struttura dipende, dei flussi finanziari dei ricavi e finanziamenti e delle spese e titoli di pagamento eseguiti, per ciascun mese, nonché le segnalazioni ed i suggerimenti continui di azioni e scelte necessarie per il perseguimento delle condizioni di equilibrio sia finanziario e sia economico dell'Azienda.

La Struttura, per quanto sopra, è direttamente responsabilizzata in ordine all'osservanza dei tempi massimi di pagamento dei debiti, in relazione, ovviamente, alla disponibilità finanziaria, nonché in ordine alla trasparenza ed alla correttezza-uniformità di trattamento di tutti i creditori dell'Azienda, salvi i titoli di privilegio previsti per legge. Ai fini delle necessità finanziarie, la Struttura adotterà come metodo costante la richiesta ai debitori dell'Azienda di effettuare i pagamenti nei tempi previsti anche provvedendo all'addebito, verso tali debitori, di interessi ed oneri moratori connessi ad eventuali inadempienze di pagamento. Con cadenza almeno bimestrale, la richiesta di assolvere al pagamento dei debiti a favore dell'Azienda deve essere effettuata anche nei confronti di altre Aziende Sanitarie ed altri Enti ed Istituzioni Pubbliche, nonché nei confronti della Regione Puglia. Anche perché nei confronti di queste Istituzioni, l'Azienda è creditrice, non soddisfatta, per oltre cinquanta milioni di euro.

### TITOLO III

#### PROCESSO DIREZIONALE PER LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE 2011-2013

Come già chiarito, la vigenza della presente pianificazione triennale 2011-2013 quasi coincide, dal punto di vista temporale, con quella del piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario della Regione Puglia, da attuarsi nel triennio 2010-2012. Pertanto, la pianificazione triennale 2011-2013 ed i processi direzionali annui per lo stesso periodo devono tenere conto delle indicazioni e delle prescrizioni presenti nel piano di rientro che, prioritariamente, si prefigge la riduzione della spesa in un arco temporale che si è relativamente ridotto rispetto all'entità dell'economia da realizzare.

Gli interventi da adottare in tali situazioni risentono della brevità dell'arco temporale all'interno del quale deve essere raggiunto l'obiettivo di tipo finanziario. Essi, come già detto, tendono a privilegiare il conseguimento del miglioramento dell'efficienza organizzativa e dell'efficacia metodologica, nella convinzione che esso, a lungo termine, possa determinare anche miglioramento della performance assistenziale al minor costo sostenibile possibile.

La riorganizzazione del SSR, che dovrà essere realizzata secondo le indicazioni riportate nel Piano di Rientro, costituisce la più volte richiamata opportunità per la razionalizzazione e il miglioramento quali-quantitativo dell'offerta assistenziale, purché, accanto a provvedimenti operativi di tipo "congiunturale", finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo prefissato dallo stesso Piano di Rientro, vengano adottati anche interventi di tipo "strutturale", che consentano contemporaneamente di velocizzare anche il miglioramento della performance complessiva. Tali Interventi sono attuabili quando vengono elaborati e proposti all'interno di una logica di "sistema", dove numerosi fattori tra di loro complementari, interagendo, apportano singolarmente il proprio valore aggiunto al processo di miglioramento continuo della qualità, dell'appropriatezza e dell'equità di accesso al sistema stesso nel rispetto, comunque, del vincolo delle risorse programmate.

Nel presente documento di programmazione per l'anno 2011 e di pianificazione triennale 2011-2013, si espliciteranno gli adempimenti da adottare secondo quanto previsto dal piano di rientro e di riorganizzazione del SSR e, nel contempo, verranno proposte le richiamate ipotesi di riorganizzazione che si fondano sostanzialmente sulla migliore integrazione possibile tra tutte le professionalità presenti all'interno dell'Azienda e, successivamente dell'Azienda ASL

della Provincia di Foggia, al fine di superare la complessità gestionale e organizzativa intrinseca al SSR.

Tale approccio riorganizzativo in parte deriva anche dall'esperienza maturata con i Dipartimenti, le cui funzioni talora si esauriscono in compiti di semplice raccordo, senza ottenere la connessione trasversale tra le attività delle strutture che dovrebbero costituire le maglie di una rete di servizi. Occorre oggi, invece, ridisegnare l'assetto organizzativo integrando questa rete, non cancellandone l'impostazione funzionale, ma affiancando responsabilità di tipo orizzontale, orientate al paziente e ai risultati, ovvero occorre organizzare l'Azienda per processi. Insomma, ripetendo un concetto già espresso per la misurazione e valutazione delle performances (scopi dell'analisi con balanced scorecard), bisogna avere certezza delle cose utili o necessarie da farsi (almeno quelle più importanti) e, quindi, progettare e realizzare le modalità operative per farle bene.

Nel presente documento di pianificazione e programmazione è operata una scelta principale secondo tali principi ed obiettivi, azioni, attività di riferimento degli interventi, nonché le relazioni operative e gli indicatori per misurarne gli esiti sono riepilogati nelle matrici che seguono, a cui, per macro interesse, sono accompagnate le prime e generali analisi.

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**
**A1 Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A1.1	<b>Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete e dei servizi</b>						
	<i>a) Centrale operativa 118:</i>						
	- Conclusione lavori	Gest.Tecn	DMP	Collaudo tecnico-ammin.	Giu		
	- Acquisizione arredi	Patrimonio	DMP	Delibera indizione gara	Mar		
		Patrimonio		Delibera aggiudicazione	Mag		
	- Implementazione tecnologie	Gest. Imp		Attivaz. rete inform e telef	Mag		
	- Inizio attività	Gest.Tecn.	DMP		Giu		
	<i>b) Sale operatorie</i>						
	- Conclusione lavori	Gest. Tecn.	DMP	Collaudo tecnico-ammin.	Giu		
	- Acquisizione strumentario e arredo	Patrimonio	DMP	Proposta di delibera	Giu		
	(compatibilmente con disponibilità di finanziamento)	Patrimonio		Delibera indizione gara	Dic		
		Patrimonio		Delibera aggiudicazione		Giu	
	- Implementazioni tecnologiche	Gest. Imp.	DMP	Attivaz. rete inform e telef	Dic		
	- Inizio attività	Gest.Tecn				Set	
	<i>c) Centro Fisiopatologia della Riproduzione</i>						
	- Conclusione lavori	Gest. Tecn.	DMP	Collaudo tecnico-ammin.	Giu		
	- Acquisizione strumentario e arredo	Patrimonio	DMP	Proposta di delibera	Giu		
	(compatibilmente con disponibilità di finanziamento)	Patrimonio		Delibera indizione gara	Dic		
		Patrimonio		Delibera aggiudicazione		Giu	
	- Implementazioni tecnologiche	Gest. Imp.	DMP	Attivaz. rete inform e telef	Dic		
	- Inizio attività	Gest.Tecn				Set	



**OBIETTIVO GENERALE:**

**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**

**A1 Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A1.1	<b>Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete e dei servizi</b>						
	<i>d) Casa accoglienza pazienti oncologici</i>						
	- Conclusione lavori	Gest. Tecn.	DMP	Collaudo tecnico-ammin.	Giu		
	- Acquisizione strumentario e arredo (compatibilmente con disponibilità di finanziamento)	Patrimonio	DMP	Proposta di delibera	Mar		
		Patrimonio		Delibera indizione gara	Giu		
		Patrimonio		Delibera aggiudicazione			
	- Implementazioni tecnologiche	Gest. Imp.	DMP	Attivaz. rete inform e telef	Mag		
	- Inizio attività	Gest. Tecn			Giu		
	<i>e) Plesso Emergenza-Urgenza</i>						
	- Inizio lavori	Gest. Tecn		Delibera inizio lavori	Gen		
	- Prosecuzione lavori	Gest. Tecn		SAL	Dic	Dic	Dic
	- Acquisizione strumentario e arredo	Patrimonio	DMP	Proposta di delibera			Gen
				Delibera indizione gara			Mar
				Delibera aggiudicazione			Dic

**OBIETTIVO GENERALE:****A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA****A1 Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A1.1	<b>Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete e dei servizi</b>						
	<i>f) Corpo A e Corpo B</i>						
	- Prosecuzione lavori	Gest. Tecn		SAL	Dic		
	- Conclusione lavori	Gest. Tecn	DMP	Collaudo tecn.-ammin.		Dic	
	- Acquisizione arredi	Patrimonio	DMP	Proposta di delibera	Dic		
				Delibera Indizione gara		Feb	
				Delibera aggiudicazione		Lug	
	- Implementazione tecnologie	Gest. Imp.		Attivaz. rete inform. e tel		Set	
	- Inizio attività	Gest. Tecn.	DMP			Dic	
	<i>g)Previsione e richiesta finanziamenti per ulteriori opere</i>	Gest. Tecn.		Delibera	Gen		

Gli interventi, in maniera più completa, sono dettagliati sia nel piano dei Lavori Pubblici (All. n. 5) e sia nell'elenco-piano degli investimenti /All. n 2), ai quali si rinvia, anche ai fini delle previsioni di finanziamento e della temporizzazione, degli interventi e forniture, nell'arco temporale di riferimento del presente documento di pianificazione

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**
**A1 Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A1.2	<b>Miglioramento della interoperabilità fra gli enti del comparto sanità</b>						
	<i>a) CUP (DD.GG.RR. n.854/2010 e 2268/2010)</i>						
	- Istituz. SSD "Uff.Gestione CUP Aziendale"	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Mar		
	- Accordo tra AOU e ASL Foggia	Direz. Gen.	Aff. Gen.	Delibera	Mar		
			DMP				
			SC Pretaz.				
	- Verifica compatibilità tecnica	Gest. Imp.		Verbale incontro tecnico	Apr		
	- Attivazione	Gest. Imp.	Uff. CUP		Giu		
	- Aggiornamento trimestrale	Uff. CUP.	Gest. Imp.				
	<i>b) Prenotazione e riscossione ticket presso Farmacie</i>						
	- Accordo tra AOU, ASL FG e O.P.Farmacisti	Direz. Gen.	Aff.Gen.		Mar		
			DMP				
			Uff. CUP				
	- Verifica della compatibilità tecnica	Gest. Imp.		Verbale incontro tecnico	Apr		
	- Corso di Formazione per Responsabili Farmacie	Uff.CUP	DMP	Rendiconto	Mag		
	- Attivazione	Gest.Imp.	Uff. CUP	Comunicazione	Giu		
	- Aggiornamento trimestrale	Uff. CUP	DMP	Verballi di incontri periodici			

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**
**A1 Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A1.2	<b>Miglioramento della interoperabilità fra gli enti del comparto sanità</b>						
	<i>c) Comunione di acquisti</i>						
	- Protocollo di intesa tra AOU, ASL FG e altri erogatori della Macroarea Puglia Nord	Direz. Gen	Aff.Gen. Patrimonio		Mar		
	- Elaborazione programma annuale di acquisti secondo il predetto principio	Patrimonio	DMP Gest.Tecn Farmacia		Apr		
	<i>d) Progetto "Dimissione Protetta" (DIEF 2010)</i>						
	-Protocollo di intesa tra AOU e ASL FG	Direz. Gen	Aff. Gen. DMP	Delibera	Feb		
	-Collegamento tra Strutture Osp.,Territ. MMG e Serv. Soc (step trimestrali per due anni)	Gest.Imp.	DMP	Verbali incontri Tecnici	Mar		
	-Istituz. Gruppo Operativo Interaziendale (GOI) "Dimissione Protetta"	Direz. Gen.	DMP Aff.Gen.	Delibera	Mar		
	-Elaborazione del Regolamento per l'attivazione della "Dimissione Protetta"	GOI	DMP Aff.Gen.	Delibera	Mag		
	-Affidamento a Dir. Med. Osp. l'incarico dirigenziale per l' "Assistenza Condivisa con il Territorio"	Direz. Gen.	DMP	Contratti individuali	Mar		
	<i>e) Impulso alle attività assistenziali Interaziendali</i>						
	-Istituzione DIASI Neuroscienze e Materno-Infantile	Direz.Gen.	DMP Aff.Gen.	Attivazione	Giu		

## **A1. 2 Miglioramento della interoperabilità fra gli enti del comparto sanità:**

a) CUP (DD.GG.RR. n.854/2010 e 2268/2010;)

b) Prenotazione e riscossione ticket presso Farmacie.

L'obiettivo di fornire adeguate risposte alle crescenti richieste informative da parte dell'utenza in merito alle prenotazioni per prestazioni sanitarie ha favorito l'assegnazione all'Ufficio "Centro Unico di Prenotazioni" di un ruolo parallelamente crescente all'interno delle articolazioni aziendali con funzioni di front-office. La Regione Puglia ha previsto, per questa attività, l'obbligo di istituire una Struttura Semplice Dipartimentale (S.S.D.), che questa Direzione ha programmato di inserire all'interno del riapprovando Atto Aziendale di organizzazione e funzionamento.

Il riconoscimento della funzione strategica di tale Ufficio è rapportato all'obiettivo che si intende raggiungere: istituzione di un CUP sovraziendale e, quindi, territoriale. Esso presuppone la piena integrazione organizzativa e tecnica con la ASL Provinciale e con altri erogatori di prestazioni sanitarie della stessa area territoriale. Il coinvolgimento in tale funzione organizzativa dei MMG e delle Farmacie consente una distribuzione capillare dei punti di prenotazione con conseguente minore disagio per l'utenza, che, grazie alla realizzazione di tale rete organizzativa, potrà fruire di un servizio di prenotazione facilmente accessibile ed esaustivo in merito alle informazioni.

La collaborazione dei MMG, PLS e dei titolari delle Farmacie dovrà essere disciplinata attraverso apposito accordo e successivo regolamento che, a loro volta, dovranno precedere l'attivazione di uno specifico corso di formazione delle professionalità coinvolte..

L'attuazione del progetto è condizionata, oltre che dalle prevedibili difficoltà di natura organizzativa, anche dagli aspetti tecnici di tipo informatico, che per questa Azienda saranno affrontati dai rispettivi uffici competenti.

La normativa di settore, per un verso, e lo sviluppo di operatività informatiche, dall'altro, implicano una programmazione di investimento a dedicare a tale funzione.

L'obbligo di garantire operatività con un CUP che renda informazioni e report coerenti con le linee guida nazionali e regionali, aveva reso difficoltosa l'opera di reingegnerizzazione del software attualmente in uso. Si è provveduto, pertanto, all'acquisizione di specifico programma che, tra le varie caratteristiche, presenta anche quella del possibile collegamento con altri programmi informatici operanti per la stessa funzione. La Struttura è impegnata ad applicare tutte le disposizioni e disciplinari contenuti nelle Linee guida nazionali sul "Sistema CUP", in particolare

sull'organizzazione ed il funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie, recepite dalla Regione con DGR n°854 del 23/3/2010, nonché dalla Delibera del Direttore Generale dell'Azienda n. 321 del 11.08.2010. Ciò è fondamentale in un settore che, per le funzioni front line da garantire, assume un ruolo di soddisfacimento importante, incidendo considerevolmente sulla qualità percepita del servizio.

Pertanto, entro il primo trimestre 2011, dovranno essere attuate le procedure utili a garantire la predisposizione del nuovo CUP, in coerenza anche con la DGR n. 2268/2010 ed il Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa.

Inoltre, dovranno essere attuate tutte le procedure connesse alle prenotazioni ed al pagamento centralizzato delle prestazioni rese in ALPI, compatibilmente con la reale disponibilità di risorse umane da dedicare.

Coerentemente con l'andamento della normativa nazionale, che, allo stato, ha prorogato la possibilità di effettuare attività libero professionale in studi privati (c.d. allargata), dovranno essere attivate le iniziative utili a garantire la gestione unitaria dei processi di erogazione e fatturazione delle attività.

In tal senso la Struttura dovrà verificare ipotesi di lavoro da proporre alla Direzione per la fatturazione delle prestazioni in ALPI allargata. L'obiettivo per tale adempimento è fissato, almeno in via sperimentale, entro il 1° semestre 2011.

La Struttura dovrà continuare a garantire ogni supporto e collaborazione per gli incassi dei ticket derivanti dalla dispensazione dei farmaci ai dimessi.

La SSD " Ufficio CUP" dovrà prevedere un monitoraggio continuo in relazione a:

1. Agenda degli ambulatori;
2. Tipologia di prestazioni erogate;

*c) Comunione di acquisti*

L'Area Patrimonio di questa Azienda, nell'ambito delle attività e degli obiettivi del Dipartimento Inter-aziendale di Nefrologia Dialisi e Trapianto della Provincia di Foggia, ha già sperimentato nel passato (dal 2004), nel ruolo di polo o centro di rete, la metodologia della comunione di acquisti con le altre ex Aziende Sanitarie (FG/1 e FG/3), all'epoca attive.

I vantaggi derivanti da tale metodica, ipotizzabili secondo la logica dell'economia di scala, sono stati in pratica verificati nella gara di acquisizione di materiale di consumo per dialisi,

attraverso il rilievo del risparmio di oltre 1 milione di € rispetto ai prezzi CONSIP ed una riduzione di costi annuo per l'Azienda (come già precisato) di circa € 500.000.

Le difficoltà che si sono riscontrate nel corso di primo utilizzo di tale procedura, possono essere agevolmente superate allo stato attuale, dal momento che buona parte delle operazioni necessarie per l'attuazione del progetto sono state già individuate e analizzate.

Si rende, comunque, necessario che venga elaborato un preventivo protocollo tra questa Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'Azienda ASL della Provincia di Foggia e altri erogatori di prestazioni sanitarie, attraverso il quale definire le modalità operative con cui gli Uffici delle singole Aziende devono interagire. I protocolli dovranno individuare l'Azienda capofila per la specifica procedura, anche alla luce delle disponibilità di risorse umane presenti nell'ambito delle organizzazioni delle varie Aziende di volta in volta coinvolte. Eventuali criticità riscontrate in relazione alla disponibilità di risorse umane possono essere affrontate ed, eventualmente superate, attraverso "gruppi di lavoro interaziendali", a termine, i quali, ancorchè non formalmente costituiti in GOIT, possono massimizzare le risorse finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

*d) Progetto "Dimissione Protetta" (DIEF 2010)*

La continuità delle cure tra i diversi livelli di assistenza costituisce uno dei principali obiettivi del SSN, che deve essere perseguito soprattutto a favore di pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere. Essi, ove non adeguatamente assistiti al proprio domicilio per cause connesse direttamente alla patologia o a fattori aggiuntivi di ordine sociale, potrebbero fare ricorso nuovamente al ricovero ospedaliero, che, talora, sarebbe tecnicamente inappropriato.

Per evitare ciò, è opportuno che la continuità delle cure sul territorio venga programmata già durante il ricovero attraverso l'elaborazione e la conseguente attivazione di un programma assistenziale e/o sociale, che deve essere condiviso con il MMG ed il PLS e compatibile con la rete dei servizi distrettuali presenti.

Si rende necessario, cioè, che, attraverso la costituzione di apposito gruppo operativo interaziendale, venga definito il profilo del paziente bisognoso della "Dimissione Protetta" e, nel contempo, il ruolo di supporto della famiglia, dei servizi sociali e delle associazioni di volontariato nell'attuazione di tale procedura.

A tal fine, questa Azienda ha già istituito, la "Commissione per l'Assistenza Condivisa con il Territorio", costituita da rappresentanti di medici di cure primarie, di Dirigenti Medici Ospedalieri e della Direzione Medica di Presidio. Essa è coordinata dal Direttore Sanitario

Aziendale. Inoltre, questa Azienda, nell'ottica di facilitare le continuità delle cure tra Ospedale e Territorio, ha provveduto a programmare un incarico dirigenziale di "Assistenza Condivisa con il Territorio", all'interno di ciascuna struttura assistenziale e ha individuato e definito numerosi percorsi assistenziali intraospedalieri, che possono costituire, quando possibile, una valida alternativa al ricovero ospedaliero per pazienti che dovessero avere necessità di più prestazioni specialistiche ambulatoriali correlate alla patologia da cui sono affetti.

Gli indicatori che verranno utilizzati per misurare l'efficacia di tale programma assistenziale sono:

- n. di dimissioni protette concordate con il MMG
- n. di ricoveri ospedalieri per lo stesso MDC entro 30 gg dalla dimissione del ricovero  
indice

L'attuazione dell'obiettivo delle "Dimissioni protette" è subordinata alla piena integrazione delle competenze professionali specialistiche con quelle generaliste, nonché da una efficiente comunicazione tra tutte le istituzioni coinvolte nel processo assistenziale.

#### *e) impulso alle attività assistenziali interaziendali*

Questa Azienda ritiene opportuna l'attivazione di ulteriori Dpt Interaziendali nell'ambito materno-infantile e delle Neuroscienze, sulla scorta di quanto già realizzato con i Dpt Interaz. per l'Emergenza-Urgenza, Nefrologia, Onco-ematologia, Cardiologia - Malattie Cardiovascolari. Di seguito, si indicano alcuni "campi" di intervento.

#### Dipartimento InterAziendale Materno-Infantile

E' noto che il percorso riproduttivo è andato progressivamente incontro ad un processo di eccessiva medicalizzazione. Il Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha elaborato un progetto con il quale intende promuovere la continuità assistenziale dalla fase pre-concezionale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, tesa ad affermare la centralità della donna e del bambino e prevede l'offerta attiva di Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) per favorire il parto fisiologico, la riduzione dei parti cesarei e l'aumento dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF.

L'innovativo modello culturale del percorso nascita propugna un modello biosociale di salute in cui la nascita viene considerata un evento biologico, sociale e affettivo, dall'inizio della



gravidanza fino ai primi mesi di vita del bambino, che necessita di una sempre maggiore integrazione Ospedale-Territorio

Il programma coinvolge i consultori familiari insieme agli altri servizi territoriali, i reparti ospedalieri di ostetricia, neonatologia, pediatria e l'assistenza sociale, in stretta collaborazione tra loro, in un sistema a rete.

A tal fine, si rende necessario la stipula di specifico accordo tra AOU e ASL Provinciale per l'attuazione del "Percorso nascita", previsto come uno degli obiettivi strategici del Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.).

"La tutela della salute in ambito materno-infantile, infatti, costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura. Le raccomandazioni più recenti dell'OMS 2006 "Standard for Maternal and Neonatal Care" rimettono in discussione la maggior parte delle pratiche ostetriche e pediatriche oggi comunemente accettate in ostetricia, proponendo migliori livelli di assistenza con minor utilizzo di tecnologia. Ogni atto assistenziale soprattutto in campo ostetrico (trattandosi di eventi fisiologici) deve avere una motivazione ed una indicazione precisa e chiara.

La medicalizzazione della nascita, con eccesso di pratiche inutili e potenzialmente dannose e con ostacolo a quelle appropriate, ha raggiunto nel nostro paese livelli che non hanno uguali nel mondo e sono in contrasto a qualsiasi approccio scientifico alla salute.

Dalle indagini dell'I.S.S. (dati 2005) e da quelle ISTAT (dati 2004-2005) risulta che in Puglia poco più del 10% delle donne si rivolge in gravidanza ai Consultori Familiari e nel Sud Italia solo il 12% segue un Corso di Accompagnamento alla Nascita; i parti cesarei hanno superato il 45% (dati ISTAT-SDO) contro una prevalenza nazionale stimata (EBM) del 10-15% e raccomandata dal PSN (2006-2008) di  $\leq$  al 20%.

I Corsi di Accompagnamento alla Nascita sono considerati dalla letteratura scientifica uno strumento importante per promuovere salute, per stimolare l'empowerment delle donne e delle famiglie finalizzato allo sviluppo dell'autonoma capacità di controllo sul proprio stato di salute.

La formazione comune per gli operatori unitamente all'adozione di linee guida Nazionali e regionali possono favorire la elaborazione congiunta di una scheda condivisa di collegamento Consultorio-Punto nascita.

## Obiettivi

- Incremento dell'offerta assistenziale ambulatoriale in gravidanza presso la Struttura Ospedaliera;
- elaborazione, stampa e distribuzione di un opuscolo informativo sul Percorso Nascita, eventualmente tradotto in varie lingue.
- adeguamento del numero di ecografie in caso di gravidanza a basso rischio al D.M. del 10/09/1998;
- messa in pratica in sala travaglio e sala parto delle competenze acquisite dalla gestante durante il Corso di Accompagnamento alla Nascita;
- organizzazione del luogo di assistenza al travaglio nel rispetto dell'intimità e del comfort della donna;
- facilitazione dell'immediato e continuo contatto madre-figlio;
- offerta gratuita della parto analgesia, anche con la presenza di guardia medica anestesiologicala attiva H24;
- rinvio delle puerpere al consultorio di riferimento;
- adeguamento del numero di episiotomie e dei parti cesarei alle Linee Guida Regionali;
- promozione dell'attaccamento immediato al seno (entro due ore dal parto), osservazione della poppata e counseling sull'allattamento;
- utilizzo della classificazione di Robson per il monitoraggio dei TC.

### Dipartimento InterAziendale di Neuroscienze

Le patologie neurologiche, in relazione al decorso ed all'impatto socio sanitario sono ascrivibili: sinteticamente in due grandi gruppi,

- Acute ( patologie cerebrovascolari)
- Croniche e croniche- degenerative (Epilessia, Malattie demielinizzanti, Malattia di Parkinson, Demenza)

Risulta fondamentale assicurare al paziente *una presa in carico globale* che, spesso, lo accompagnerà per l'intero arco della vita. In questo percorso è necessario precisare luoghi, funzioni ed attività.

In tale ottica, l’Azienda ospedaliera svolge attività diagnostica secondo protocolli validati, utilizzando tutte le innovazioni strumentali necessarie. La rete territoriale (Medico di Medicina Generale, specialista territoriale, assistenza domiciliare, servizio di riabilitazione, RSA, etc.) deve garantire il costante “accompagnamento” del paziente rispondendo alle necessità diverse nel corso del tempo e garantendo l’integrazione con altri servizi (ad esempio integrazione scolastica per i pazienti cerebropatici in età evolutiva etc)

Il Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze può perseguire le seguenti finalità :

- ottimizzazione delle risorse complessive mediante continuità dei percorsi assistenziali, omogeneità delle procedure operative ed integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi;
- elaborazione di **programmi integrati** di attività derivanti dai dati epidemiologici del territorio di intervento (dall’età evolutiva, alla terza età);
- definizione dei livelli e modalità di offerta dei **servizi** necessari per realizzare **percorsi assistenziali** individuali ed integrati;
- **Linee guida** e protocolli operativi per le patologie neurologiche a maggiore incidenza e prevalenza;
- Proposte su **fabbisogni** e **percorsi formativi** calibrati sul target di riferimento (professioni sanitarie, medici in formazione, medici di medicina generale in formazione, specialisti in formazione, aggiornamento specialistico aggiornamento ECM etc etc). L’obiettivo è quello di rendere il dipartimento interaziendale strumento operativo della *rete di insegnamento e formazione* che vedrebbe l’Azienda Ospedaliero-Universitaria centro propulsore di suddetta attività;
- Proposte finalizzate all’ottimizzazione dell’impiego delle **risorse** disponibili
- Proposte e strumenti di verifica sulle modalità di **utilizzo del personale** in forma integrata in relazione ai percorsi assistenziali, alla dislocazione territoriale dei servizi e alla tipologia di attività svolta.

**OBIETTIVO GENERALE:**

**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**

**A1 Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A.1.3	<b>Ammodernamento dei sistemi di comunicazione</b>						
	<b>Istituzionale degli enti</b>						
	a)utilizzo a regime <i>della posta elettronica certificata</i>						
		Gest.Imp.	Aff.Gen.		Lug		
	b) <i>collegamento informatico compatibilizzato tra AOU, ASL FG e altri erogatori della Macroarea Puglia-Nord</i>						
		Gest.Imp.	Aff.Gen.	protocollo per CUP prov.			
			DMP		Mar		
		Gest.Imp.	Aff.Gen.	protocollo per comunione di			
			DMP	acquisti	Mar		
			Patrimonio				
			Farmacia				
		DMP	Gest.Imp.	Protocollo per "Dimissione			
				Protetta"	Mar		

### **A.1.3 Ammodernamento dei sistemi di comunicazione istituzionale degli enti**

Il potenziamento del sistema informativo aziendale costituisce un obiettivo strategico per rispondere alle accresciute esigenze di comunicazione esterna con le istituzioni e l'utenza e di comunicazione interna tra le strutture amministrative e sanitarie aziendali. Ciò ha indotto l'Azienda ad un ripensamento delle strategie finora seguite, sposando la logica dell'Enterprise Resource Planning (ERP), che consentirà l'attivazione di un nuovo sistema direzionale attraverso la creazione dell'interfaccia tra sistemi operativi già utilizzati in Azienda, quali la "Gestione dei ricoveri e delle accettazioni sanitarie", "Gestione del personale", con altri di recente acquisizione, quali "Gestione della Struttura Economico-Finanziaria" e "Gestione CUP e Attività Libero Professionale Interna". Costruito anche un soddisfacente sistema amministrativo – contabile, si potrà ritenere, a regime, di aver integrato il *core* di un sistema ERP che dovrà, a sua volta, essere integrato con segmenti di informatizzazione che interesseranno la gestione dei dati clinici con tutte le connesse operatività di gestione in rete.

Il progressivo arricchimento del patrimonio informativo aziendale consentirà una misurazione sempre più completa delle prestazioni erogate e consentirà, parallelamente, di leggere longitudinalmente tali informazioni, indispensabili per le elaborazioni della pianificazione e della programmazione aziendale.

I principali punti critici da affrontare sono quelli riportati in altra parte del presente documento i quali fanno riferimento alla possibilità di realizzare gli investimenti riportati nel piano allegato al presente documento, compresa la necessità di predisporre un piano organico di informatizzazione che consenta di coprire settori attualmente scoperti e integrare i diversi segmenti di attività informatizzate in una logica di sistema integrato e in grado di consentire la gestione del dato e dell'informazione in qualsiasi punto dell'Azienda ciò si renda necessario.

L'adeguamento del sistema ICT aziendale, alle luce di quanto riportato necessita, quindi, di una preliminare progettazione delle necessità e di una pianificazione e/o programmazione in termini di investimento che possa, alla fine del triennio di riferimento, consentire all'Azienda un allineamento, a regime, agli standard informatici attesi.

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**
**A2 Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A2.1	<b>Riordino della rete ospedaliera</b>						
	<i>a)recepimento del riordino della rete ospedaliera previsto</i>						
	<i>dal Piano di rientro e riqualificazione del SSR</i>						
	-assegnazione dei p.l. alle SS.CC. Osp. e Univ.						
	-elaborazione percorsi assistenziali alternativi al ricovero ordinario per i DRG con alto indice di trasformabilità	Dir. Gen		Delibera	Gen		
		Dir. Gen.	DMP	Riduzione 20% ricov. trasformabili	Dic		
			Direz. Dpt	Riduzione 40% ricov.trasformabili		Dic	
				Riduzione 60% ricov.trasformabili			Dic
A.2.2	<b>Potenziamento dell'emergenza-urgenza e dell'assistenza 118</b>						
	<i>a)Fase pre-ospedaliera dell'emergenza</i>						
	-utilizzo di protocolli diagnostici e terapeutici per Sindrome coronarica acuta						
		C.O.118		n. casi sottoposti a trombolisi	Dic	Dic	Dic
				Preospedaliera/n.casi non sottoposti a trombolisi pre ospedaliera			
	Patologia cerebro-vascolare acuta						
		C.O.118		n. casi ricoverati entro 3 ore/ n. casi non ricoverati entro 3 ore	Dic	Dic	Dic

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**
**A2 Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazioni		2011	2012	2013
A.2.2	<b>Potenziamento dell'emergenza-urgenza e dell'assistenza 118</b>						
	<i>b)fase ospedaliera dell'emergenza</i>						
	-utilizzo di protocolli diagnostici e terapeutici per Dolore toracico						
		Med di Acc.	Il Med.Int Cardiol.	Elaborazione protocollo condiviso	Mar		
				Indicatori di esito:			
	Patologia Cerebro-vascolare acuta			ospedalizz.,mortalità,altri	Dic	Dic	Dic
		Med di Acc	Neurol. Neuroch. Radiol.	Elaborazione protocollo condiviso	Giu		
				Indicatori di esito:			
	Emorragia digestiva			disabilità,mortalità,altri	Dic	Dic	Dic
		Med di Acc.	Gastro Ch.Urg Radiol	Elaborazione protocollo condiviso	Mar		
				Indicatori di esito:			
	Diagnostica angiografica			I Interv ch.,mortalità,altri	Dic	Dic	Dic
		Radiol	Med. di Acc. Ch.Urg Gastro	Elaborazione protocollo condiviso	Giu		
				Indicatori di esito:			
			Neuroch. Ortop.	I Interv ch.,mortalità,altri	Dic	Dic	Dic

**A2.1 Riordino della rete ospedaliera secondo il cronoprogramma e le modalità applicative previste dalla Regione.**

**Applicazione della D.G.R. n. 2791 del 15.12.2010: in relazione a quanto contemplato nel Piano di Rientro, la modulazione di posti letto, prevista nella stessa deliberazione, esplica effetti temporanei ed è suscettibile di modifiche per attivazioni di nuove attività, anche attraverso la riorganizzazione (isorisorse) delle dotazioni di organico del personale.**

**A.2.2 : Potenziamento dell’Emergenza-Urgenza e dell’assistenza 118.**

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria “OO.RR.” si caratterizza come Azienda in grado di erogare prestazioni assistenziali di alta specializzazione. Nel contempo, essa è quotidianamente impegnata a far fronte alle necessità dell’utenza per casi di emergenza urgenza e con assorbimento della quasi totalità della popolazione provinciale e frontaliere extra-regionale, bisognevole di cure di urgenza e di complessità diagnostico-terapeutica.

La possibilità di erogare prestazioni di alta specializzazione può essere fortemente condizionata, se le Strutture territoriali deputate a far fronte all’emergenze non sono in grado di effettuare adeguato filtro alle richieste dell’utenza. Solo dotando le Strutture operanti nell’ambito dell’emergenza urgenza di risorse logistiche, tecnologiche e umane, si possono garantire risposte adeguate e appropriate all’utenza nell’ambito dell’emergenza urgenza e nel contempo riservare l’accesso alle strutture di degenza all’utenza bisognevole di trattamenti diagnostici e terapeutici di alta complessità.

Per quanto attiene alla problematica dell’emergenza urgenza al di fuori dell’AOU, l’Azienda è impegnata tramite la Centrale Operativa 118. Essa applica i protocolli assistenziali extraospedalieri anche nel governo delle emergenze cardiache e cerebro-vascolari secondo linee guida regionali.

Per le emergenze intraospedaliere, con il rinnovo degli incarichi dirigenziali si è proceduto alla identificazione di quelli che confluiscono nei seguenti Gruppi Operativi Intra/Inter Dipartimentali Permanenti; “Emergenza intraospedaliera”, “Chest Pain Unit”, “Bleeding Unit”, “Stroke Unit” e “Diagnostica angiografica”. In questi, operano i Dirigenti Medici che, sia pur assegnati a strutture e/o dipartimenti diversi, hanno, comunque competenze professionali specifiche all’interno di ciascuno dei gruppi sopra individuati.



La sfida che l'Azienda dovrà accogliere per i prossimi tre anni, sarà quella di avviare il percorso di integrazione interspecialistica e interprofessionale delle varie competenze all'interno di percorsi assistenziali condivisi (processi operativi completi).

Nel corso dell'anno 2010 la S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza ha visto la realizzazione di alcuni obiettivi strategici d'importanza fondamentale nel processo di riorganizzazione assistenziale: in particolare l'obiettivo programmato di stabilizzazione del paziente critico ha raggiunto uno stato di completamento, attraverso l'implementazione della sala di terapia Sub-intensiva con 4 posti letto monitorati in telemetria, dotati di monitoraggio anche capnografico e forniti di tutto l'equipaggiamento per ventilazione meccanica non invasiva. Tale struttura di alta specialità (unica sul territorio pugliese), fortemente voluta dalla compianta dott.ssa G. Perricone, che ha profuso tutto il suo impegno per la sua realizzazione, è attiva dallo 01/12/2010 e al 31/01/2011 sono stati effettuati 218 ricoveri, con un tasso di occupazione pari al 98% e 112 pazienti dimessi (quasi tutti per "dolore toracico" e "aritmie sopraventricolari parossistiche", screenati, trattati e successivamente dimessi con procedura protetta di follow up).

L'obiettivo relativo al miglioramento dell'appropriatezza del ricovero per pazienti acuti viene perseguito attraverso l'implementazione di 9 posti letto di osservazione, di cui 1 dedicato al trattamento di pazienti necessitanti di isolamento per motivi infettivologici. Tale implementazione sarà completata con l'ultimazione di opere di adeguamento strutturale nel corso del 1° trimestre 2011.

L'implementazione di tali strutture ha permesso, da un lato, di reggere il notevole aumento dell'afflusso di pazienti, avvenuto nel corso dell'ultimo triennio, ma anche di far fronte alla cronica carenza di posti letto, specialmente internistici, attraverso un'attività di selezione dei ricoveri e di Holding Area.

Infatti nel 2010 presso la S.C. di Medicina di Accettazione e di Urgenza di questa Azienda sono stati effettuati i seguenti interventi:

- n. 109.058 di cui n. 6.762 codici rossi, n. 24.428 codici gialli, n. 77.868 codici bianco/verdi; n. 20.696 ricoveri disposti dal pronto soccorso (18,97%).

L'iper-afflusso dei codici bianco/verdi ha condotto al progetto di implementazione di 1 punto di primo intervento autonomo, dedicato al trattamento esclusivo dei codici bianco/verdi in area separata dai codici gialli/rossi del pronto soccorso e dotato, oltre che di tutti i presidi

previsti dal regolamento regionale n. 3/05, anche di ecografo multidisciplinare e di 5 posti letto per l'osservazione temporanea.

Infine, sono stati avviati percorsi di Clinical Governance con il progetto dipartimentale relativo all'apertura della S.C. Medicina interna II ad indirizzo d'Urgenza, avente il compito istituzionale di effettuare il follow-up dei pazienti dimessi dalla Sub-intensiva del Pronto Soccorso.

Un apporto fondamentale viene, inoltre, offerto dalla ottimizzazione degli aspetti diagnostici analitici legati al Point Of Care nella diagnostica laboratoristica di urgenza (introduzione di emocromo, rinnovamento apparecchiatura per emogasometria, dosaggio NGAL nello screening del danno renale acuto).

Gli obiettivi strategici programmati per il triennio 2011/2013 vedono la Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza degli Ospedali Riuniti di Foggia impegnata all'interno di un più complesso processo di riorganizzazione, riguardante l'intero macrosistema di emergenza della provincia di Foggia:

- integrazione con le attività della C.O. 118 e con le strutture di Pronto Soccorso degli Ospedali del territorio provinciale;
- attivazione di un polo integrato di emergenza, che veda impegnata anche la nuova rianimazione;
- il potenziamento di percorsi clinico assistenziali all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Nel piano per l'emergenza del 2011 è necessario che la logica organizzativa di tipo "settoriale", venga abbandonata e superata attraverso la istituzione di un gruppo operativo interdipartimentale permanente. Esso rappresenta un modello organizzativo di integrazione funzionale, pluridisciplinare e poli-specialistico, di strutture mezzi e risorse umane, che può essere graduato anche in base alla necessità di una inevitabile e, quindi, opportuna contestualizzazione strutturale, logistica e culturale del processo. Al GOIP può essere affidato il compito di stimare il fabbisogno delle risorse umane, tecnologiche e logistiche necessarie per l'attuazione del processo dell'emergenza, nonché di proporre le modalità del loro impiego, nel rispetto delle norme contrattuali e nel rispetto dei principi dell'efficienza.

In tal maniera, l'attivazione del GOIP può consentire all'Azienda di rispondere al proprio ruolo istituzionale di DEA di II livello, la cui efficace attuazione è fortemente condizionata dalla modalità con cui si realizza l'indispensabile coordinamento delle attività diagnostiche e

terapeutiche delle singole Strutture o dei singoli Dipartimenti che, a qualsiasi titolo, possono essere coinvolti nel processo dell'emergenza.

L'opportunità del conferimento degli incarichi dirigenziali per il triennio 2010-2012 può facilitare l'avvio di tale percorso organizzativo-assistenziale, attraverso il conferimento dell'incarico di referenza ad un Dirigente Medico Specialista del settore.

Il potenziamento delle attività della II Med. Int ad indirizzo di Urgenza, inserita nell'ambito del II livello o livello sub-intensivo, completa i livelli della risposta assistenziale dell'Azienda, identificabili nelle strutture di terapia intensiva (I livello) e nelle strutture predisposte per ricoveri ordinari (III livello). Essa assolve alla funzione del mantenimento delle funzioni vitali di pazienti critici attraverso l'approccio terapeutico intensivo, ma non invasivo, al termine del quale essi possono essere trasferiti presso le strutture di degenza ordinaria o dimessi. Le relazioni organizzative di tale Struttura con quelle di primo e terzo livello costituiscono l'oggetto di specifico regolamento da elaborarsi a cura del Dpt di Emergenza-Urgenza, tenendo conto delle osservazioni e dei suggerimenti provenienti dalle Strutture di III livello. Per le motivazioni sopra esposte, la Struttura Complessa di Medicina Interna II ad Indirizzo di Urgenza, in quanto partecipe dei processi assistenziali di area critica, è stata inquadrata nel Dpt di Emergenza-Urgenza e non più in quello di Medicina Interna.

Nel settore dell'emergenza-urgenza, permangono alcune criticità legate soprattutto ad aspetti di ordine strutturale, logistico ed organizzativo.

Nel dettaglio, l'Azienda non riesce a garantire la copertura del servizio angiografico H24 a causa della carenza di posti e radiologi esperti in tale attività di diagnostica interventistica. La prossima riorganizzazione delle dotazioni organiche del personale dovrà prevedere l'implementazione dell'attuale organico con ulteriori Dirigenti Medici Radiologi con competenza specifica, da assumere compatibilmente con il limite di costo ammissibile con le vigenti norme e come dettati dal Piano di Rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale. Inoltre, l'implementazione della dotazione organica di Dirigenti Medici Radiologi e TSRM risponde anche alla necessità di dover garantire la presenza H24 di servizio di guardia attiva radiologica, sia per la radiologia tradizionale e sia quella relativa alle alte tecnologie. Esso attualmente viene garantito attraverso il ricorso all'istituto contrattuale delle prestazioni aggiuntive, che il citato piano di rientro ha limitato al 50%.

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**

A3 Governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A.3.1	<b>Implementazione e adozione dei sistemi di valutazione dell'appropriatezza</b>						
	a)Istituzione UVAR						
	b)Elaborazione scheda di valutaz. Delle cartelle cliniche	Direz. Gen		Atto Aziendale	Feb		
		UVAR	DMP		Mar		
	c)Controllo cartelle cliniche		Contr. Gest				
		UVAR	DMP	30% delle cartelle	Dic		
			Contr. Gest	40% delle cartelle		Dic	
				50% delle cartelle			Dic
A.3.2	Verifica rispetto dei criteri di accreditamento e della regolamentazione in materia di appropriatezza dell'assistenza						
	a)Verifica del rispetto dei criteri di accreditamento istituzionale	DMP	SPP	Report annuale	Dic	Dic	Dic
			Gest.Tecn.				
			SIOs				
	b)Accreditamento volontario						
	-elaborazione questionario di valutazione	DMP	SIOs	Questionario	Mar		
	-istituzione del Gruppo Interno di Valutatori dei Risultati (G.I.Va.R.)	Direz. Gen.	DMP	Corso di Formazione			
			SIOs		Apr		

**OBIETTIVO GENERALE:****A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA****A3 Governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A3.2	-valutazione dei risultati delle strutture	GIVaR	DMP	n.20 (prima valutaz.)	Dic		
			SIOs	n.20 (seconda valutaz.) +		Dic	
			Contr. Gest	n.20 (prima valutaz)			
			.	n.20 (terza valutaz.) +			Dic
				n.20(seconda valutaz.) +			
				n.20(prima valutaz.)			
	c)Utilizzo corrente del MAAP	DMP	Contr. Gest.	Analisi dati 2010	Giu		
				Follow-up mensile			
	d)miglioramento degli indicatori di appropriatezza organizzativa segnalati nel Patto di Salute 2010-2012	DMP	Contr. Gest	Tendenziale avvicinamento ai valori medi nazionali da	Mar	Dic	Dic
	-report trimestrale degli esiti delle attività realizzate dalle strutture operative			raggiungere nei tre anni			

**OBIETTIVO GENERALE:****A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**

A3 Governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A.3.3	Mobilità Sanitaria Extraregionale ( vedi tab14 anno 2008)						
	- comunicazione istituzionale dei canali di accesso alle prestazioni specialistiche e di ricovero mediante la valorizzazione del portale regionale della salute, dei siti istituzionali e degli altri canali ivi comprese le associazioni di volontariato.	DMP	Uff.Com.	Proposta piano di comunic. Approvazione	Giu Lug		
	<i>a)Patologia cardiovascolare</i>						
	-analisi annuale dei bisogni assistenziali e dell'offerta	DMP	Contr. Gest	Report annuale	Dic	Dic	Dic
	-attivazione Il turno di emodinamica						
	rivisitazione organizzativa delle SS.CC. di Cardiologia	DMP.	Dpt Cardio-V	Proposta Approvazione piano organizz.	Mar Mar		
	accordo con ASL per integrazione delle attività ambul	DMP	Dpt Cardio-V Aff. Gen.	Proposta Approvazione accordo	Apr Mag		
	-incremento del n. di ricoveri appropriati per ridurre la mobilità passiva extra-regionale al netto dei ricoveri Inappropriati secondo MAAP			50 ricoveri propr./anno (2,5% mob. Pass. Car.-Vasc)	Dic	Dic	Dic

**OBIETTIVO GENERALE:**
**A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**

A3 Governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A3.3	<i>b)Patologia onco-ematologica</i>						
	-adeguamento dotazione organica della S.C. Oncologia	Direz.Gen.	DMP	Nuova Dotazione organica	Apr		
			SIOs				
			Personale				
	-attivazione p.l. degenza della S.C. di Oncologia	DMP	DMP	Inizio attività	Mag		
			SIOs				
	-adeguamento logistico della S.C. di Ematologia	DMP	Gest.Tecn.	Trasferimento c/o III lotto	Mar		
	-acquisizione strumentazione diagnostica anche tramite progetto di finanza	Patrimonio	Gest.Tecn.	Proposta Capitolato	Apr		
			DMP				
	-incremento del n. di ricoveri appropriati per ridurre la mobilità passiva extra-regionale al netto dei ricoveri Inappropriati secondo MAAP	DMP	Strut. Operat.	n.100 ricoveri propr./anno (5% mob.pass.oncologica)			
	<i>c)Patologia ortopedica</i>						
	-rivisitazione organizzativa	Direz.Strat.	DMP	Analisi della organizzazione			
			SIOs	(secondo manuale "euros-	Mar	Mar	Mar
			Dpt Em-Urg	tamento volontario)			
	-integrazione funzionale con Med Int II indirizzo Urg.	Direz.Strat.	DMP	Accordo attuativo dipartim..	Mar		
			SIOs				
			Dpt Em-Urg				
	-incremento del n. di ricoveri appropriati per ridurre la Mobilità passiva extra-regionale al netto dei ricoveri Inappropriati secondo MAAP	DMP	Strut. Operat.	n.100 ricoveri propr./anno (2,5% mob. Pass. Ortop.)	Dic	Dic	Dic

**OBIETTIVO GENERALE:****A. Adeguamento della rete dei servizi per l'erogazione dei LEA**

A3 Governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
A3.3	d)Patologia Gastroenterologica						
	- accordo con ASL per integrazione delle attività ambul	DMP	Dpt Gastr.	Proposta	Apr		
			Aff. Gen.	Approvazione accordo	Mag		
	-incremento del n. di ricoveri appropriati per ridurre la	Dpt Gastr. E		50 ricoveri propr./anno	Dic	Dic	Dic
	mobilità passiva extra-regionale al netto dei ricoveri	Chirurgia		(2,5% mob. Pass.Gastroent.)			
	Inappropriati secondo MAAP						
	e)Patologia Neurologica						
	- accordo con ASL per integrazione delle attività ambul	DMP	Dpt Neurosi.	Proposta	Apr		
			Aff. Gen.	Approvazione accordo	Mag		
	-incremento del n. di ricoveri appropriati per ridurre la	Dpt Neurosc		50 ricoveri propr./anno	Dic	Dic	Dic
	mobilità passiva extra-regionale al netto dei ricoveri			(2,5% mob. Pass. Neurol)			
	Inappropriati secondo MAAP						



**Griglia di valutazione della Cartella Clinica n° .... - .....**

N°	Elementi della cartella clinica	Prese nte	Non Prese nte	Non Completo	Non Leggibile	Redat tore Non Identi ficato	Non previsto
<b>1</b>	<b>Sezione A – APERTURA RICOVERO</b>						
<b>2</b>	<b>Modulo 1 - Dati amministrativi</b>						
3	Dati di identificazione della Cartella clinica						
4	Dati di identificazione della persona assistita						
5	Dati amministrativi di apertura ricovero						
<b>6</b>	<b>Modulo 2 – Inquadramento iniziale della persona assistita</b>						
7	Documento di proposta-prescrizione di ricovero e scheda di accesso in ospedale						
8	Motivo del ricovero						
9	Anamnesi						
10	Esame obiettivo						
11	Inquadramento diagnostico clinico e problemi attivi						
12	Ipotesi diagnostico e clinica e problemi attivi						
<b>13</b>	<b>Sezione B – DECORSO DEL RICOVERO</b>						
<b>14</b>	<b>Modulo 3 – Inquadramento iniziale del processo di cura</b>						
15	Procedure diagnostiche						
16	Procedure terapeutiche/assistenziali						
17	Procedure riabilitative						
<b>18</b>	<b>Modulo 4 – Diario</b>						
19	Diario clinico						
20	Foglio unico di terapia farmacologica						
21	Grafica						
22	Referti						
23	Dieta						
24	Informazioni/Consensi						
25	Registro Operatorio						
26	Consulenze						
27	Dichiarazioni del degente						
<b>28</b>	<b>Sezione C – CHIUSURA DEL RICOVERO</b>						
29	Valutazione finale						
30	Lettera di dimissione						
31	Dati amministrativi di chiusura ricovero						
32	Scheda di dimissione ospedaliera						
33	Chiusura della cartella clinica						
34	Eventuale risultato del riscontro autoptico						
<b>35</b>	<b>Sezione D – DOCUMENTI ALLEGATI</b>						
36	Esami eseguiti in pre-ricovero						
37	Documenti relativi a prelievo di organi e trapianti						
38	Documenti relativi a impianti di presidi medico-chirurgici						
39	Documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati						
40	Documenti relativi alla programmazione della continuità delle cure						
<b>41</b>	<b>Sezione E- Documentazione professionisti sanitari non medici</b>						
42	Documentazione Infermieristica						
43	Documentazione Ostetrica						
44	Documentazioni Tecnici di...						

Data .....

Firma .....

### **A3.1 Implementazione e adozione dei sistemi di valutazione dell'appropriatezza.**

### **A3.2 Verifica rispetto dei criteri di accreditamento e della regolamentazione in materia di appropriatezza dell'assistenza.**

#### *a) verifica del rispetto dei criteri di accreditamento istituzionale*

La verifica e il rispetto dei criteri di accreditamento previsti nel Regolamento 3 della Regione Puglia del 13 gennaio 2005 e s.m.i. costituisce un punto di riferimento costante per potere garantire assistenza in sicurezza. L'Accreditamento istituzionale parte dall'ipotesi che la rispondenza a requisiti o specifiche di qualità predeterminati dal legislatore sia garanzia di qualità. Esso, utilizzando una logica di tipo dicotomico, si propone di verificare e attestare la conformità di un determinato servizio, di una determinata struttura ai requisiti.

La vetustà delle progettazioni dei plessi attualmente sedi di attività assistenziali presso questa Azienda rende necessaria la compatibilizzazione della tipologia strutturale degli stessi con i criteri standard di accreditamento attraverso adeguamenti strutturali, ove possibili, logistici ed organizzativi.

Al fine di potersi adeguare ai criteri strutturali di accreditamento, questa Azienda ha fatto richiesta di finanziamenti, così come rilevabile, per ultima, dalla delibera n. 33 del 31.01.2011. Nelle more, il Datore di lavoro incaricato, unitamente al Servizio di Prevenzione e Protezione e alla Direzione Medica di Presidio, verificano costantemente le necessità di elaborare specifiche procedure operative che consentono la prosecuzione delle attività nella migliore sicurezza possibile, compatibilmente con le limitazioni strutturali che i plessi stessi presentano. Questo approccio ha consentito il raggiungimento di livelli assistenziali di qualità, dal momento che non ci si è limitati al mero riscontro della presenza/assenza dei criteri previsti nella procedura di accreditamento che, tuttavia sembrano costruiti con standard di riferimento predeterminati in ottemperanza alla conformità e non alla qualità. Questa Azienda si è preoccupata di raccogliere in un apposito "Manuale della qualità dell'assistenza" indici di riferimento continuamente variabili nel tempo e nello spazio in quanto legati alla qualità delle prestazioni professionali (*best practices*) che si realizzano in un determinato periodo.

#### b) *accreditamento volontario*

Partendo dall'ipotesi che la *best practice* sia relativa al contesto, e cambi continuamente in funzione del contesto e dell'evoluzione scientifica, l'accreditamento volontario si propone di sostenere un miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza, evidenziando la qualità delle prestazioni professionali e confrontando fra loro le *performance* ottenute da servizi omogenei all'interno di una determinata realtà o le *performance* ottenute nel tempo dallo stesso servizio.

L'Accreditamento volontario, piuttosto che non quello istituzionale, assicura la valutazione longitudinale dei parametri strutturali e organizzativi di una struttura attraverso la valutazione di dimensioni che si sviluppano secondo la logica dei processi quali la accessibilità, tempestività, continuità, l'integrazione ed altre. Esso trasforma, quindi, la semplice certificazione dell'esistente, rilevabile con l'accreditamento istituzionale, in una spirale di miglioramento continuo della performance, realizzabile attraverso il convincimento di ciascun operatore di essere attore nella realizzazione di tale processo.

Nel "Manuale della qualità dell'assistenza" sono stati assunti i seguenti parametri

#### **valutazione della qualità tecnico-organizzativa:**

- Specificità del trattamento;
- Tempestività dell'intervento;
- Continuità dell'assistenza;
- Integrazione dei servizi;
- Riconoscimento del proprio ruolo e della propria responsabilità da parte di ogni singolo dipendente;
- Verifica e revisione dei risultati e dei fabbisogni;
- Sicurezza per i pazienti e i dipendenti;
- Ricerca e sviluppo.

#### **valutazione della qualità percepita:**

- accesso alla struttura agevole e semplice;
- presenza di sistema di accoglienza;
- presenza di strutture e servizi per la comodità del paziente;
- rispetto della personalità del paziente;
- rispetto della personalità e professionalità del dipendente.

L'obiettivo nel prossimo triennio sarà quello di diffondere in tutte le strutture con posti letto la misurazione della performance assistenziale utilizzando i criteri assunti nel "Manuale della qualità assistenziale", attraverso una prima fase di informazione e formazione del personale dipendente ed una seconda fase di valutazione da parte di un gruppo volontario di valutatori interni ed esterni all'Azienda, all'uopo formati. A regime, la misurazione della performance assistenziale sarà annuale, quando saranno realizzate le condizioni organizzative di comunicazione, coordinamento e cooperazione, nonché quelle operativo-tecnologiche che permettono la costruzione di notizie utili all'applicazione delle balanced scorecard..

*c) utilizzo corrente del MAAP*

La problematica dell'inappropriatezza dei ricoveri presso questa Azienda Ospedaliero-Universitaria può essere correttamente interpretata se analizzata attraverso il confronto dei dati di ospedalizzazione nazionali e regionali. Infatti, da questi si rileva come il tasso di ospedalizzazione nella Regione Puglia soprattutto se si tiene conto che la distribuzione in fasce di età della popolazione della stessa Regione dimostra come la percentuale di soggetti di età superiore a 65 anni (ovvero la popolazione abbinabile di maggiori risorse per l'assistenza), sia significativamente inferiore rispetto a quella della popolazione nazionale.

La visione ospedale-centrico, che ha finora contraddistinto il modus operandi nel sistema sanitario, indipendentemente dalla quota di risorse assegnate, è sicuramente il fattore determinante più rilevante della sovrautilizzazione della risorsa "Ospedale". Tale fenomeno è controllabile solo in parte dalla organizzazione ospedaliera. Infatti, il ricorso all'utilizzo inappropriato dell'Ospedale trova le sue profonde ragioni nella inadeguatezza delle risposte erogate dall'assistenza territoriale rispetto ai bisogni ed alle aspettative dell'utenza, che, rivendica, a pieno diritto, l'accesso a strutture qualificate in tempi compatibili con la severità della patologia da trattare. Inoltre, il ricorso alla ospedalizzazione viene favorita anche dalla insufficiente integrazione socio-sanitaria.

L'analisi dei ricoveri dell'anno 2009, effettuata con metodo MAAP, rileva in 138 DRG, per un totale di n. 19327 ricoveri, di cui 6500 in regime ordinario e 12827 in DH/DS, un valore di trasformabilità del setting assistenziale superiore al 20%. Infatti, utilizzando i fattori di trasformabilità per ciascun DRG, il numero di ricoveri in setting assistenziali appropriati si riduce a 9649 (- 50%), di cui 3463 ricoveri ordinari (-52%) e 6186 DH/DS (-48%).

La riduzione dell'inappropriatezza organizzativa dei ricoveri ordinari e DH/DS secondo le rispettive percentuali di trasformabilità registrate per ciascuno dei 138 DRG con trasformabilità

superiore al 20%, rilevato con il MAAP nel 2009, costituisce obiettivo aziendale per l'anno 2011. La riduzione avverrà in maniera graduale a partire dal 10% nel 2011 fino al 30% nel 2013, compatibilmente con la possibilità di trasferimento di prestazioni ambulatoriali presso strutture territoriali.

Pur confermando quanto sopra espresso in merito ai principali determinanti del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri, è doveroso, comunque, ricercare nuovi modelli organizzativi, che, pur mantenendo inalterati i livelli assistenziali, siano in grado di favorire l'uso più razionale delle risorse disponibili.

I DRGs più frequentemente utilizzati in maniera inappropriata sono quelli relativi a patologie ad elevata prevalenza nella popolazione generale, come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le malattie epatiche senza complicanze. La domanda di prestazioni assistenziali alle strutture ospedaliere da parte dei pazienti affetti dalle patologie sopracitate è spesso il frutto di insufficiente integrazione delle politiche assistenziali della Azienda Sanitaria territoriale con questa ospedaliero-universitaria.

Dal momento che gli indici di trasformabilità evidenziano la possibilità che tale operazione possa avvenire sia nell'ambito dei ricoveri ordinari che in quelli in DH/DS a favore di prestazioni ambulatoriali, è necessario elaborare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che privilegino tale forma di prestazione. E' preliminare, pertanto, che i risultati dell'analisi sopra citati vengano comunicati e discussi in Collegio di Direzione e successivamente vengano avviati Audit specifici all'interno delle singole strutture coinvolte nei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali a più elevato indice di trasformabilità.

A tal proposito, si evidenzia che il piano degli incarichi dirigenziali per il triennio 2010-2012, predisposto in collaborazione con le OO.SS. della Dirigenza Medica, prevede la costituzione di oltre 50 gruppi operativi intra/interdipartimentali che elaboreranno procedure organizzative trasversali alle singole Strutture, per mezzo delle quali l'utente sarà direttamente preso in cura da questa Azienda, riducendo, quindi, al minimo la necessità di eventuale ricovero. Tale modello organizzativo consentirà di dare seguito a quanto previsto dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 (L.R. n. 23 del 19 Settembre 2008) in merito alle forme alternative di assistenza, attraverso la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse o altro.

Il modello organizzativo costruito sulla forte integrazione intra/interstrutturale deve prevedere, oltre che gli ineludibili tempi tecnici necessari per la interiorizzazione del nuovo

approccio culturale-organizzativo, anche adeguate procedure informatiche che consentano la rapida comunicazione tra le strutture coinvolte nei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali.

Non può essere trascurata la necessità da parte di questa Azienda di costruire una rete integrata con la medicina territoriale. A tal fine, si evidenzia che essa con atto deliberativo n. 136 del 14 Aprile 2009 ha istituito la già citata “Commissione per l’Assistenza Condivisa con Medici di Medicina Generale” e che in ogni Struttura Complessa è stato previsto un incarico dirigenziale finalizzato a rendere operativa la condivisione dei processi assistenziali.

Tanto è stato predisposto dal momento che questa Azienda Ospedaliero-Universitaria, costituendo il presidio ospedaliero pubblico unico nell’ambito cittadino, non può non essere coinvolta in processi assistenziali, anche di tipo ambulatoriale, a favore di una utenza di oltre 200.000 abitanti. Ciò è documentato dal più volte citato progressivo incremento percentuale del numero delle prestazioni ambulatoriali erogate (+28%) e di ricoveri in DH/DS effettuati (+41%) presso questa Azienda nel quadriennio 2006-2009. Tale implementazione assistenziale comporta impegno di risorse umane e logistiche per una funzione non specifica che, comunque, dovrebbe essere disciplinata e razionalizzata tramite accordi di collaborazione con la ASL Provinciale e, quindi, ratificata da parte dell’Assessorato Regionale alle Politiche di Salute. A questo si dovrà chiedere, nel contempo, impegni in merito all’attivazione di strutture di alta specialità presso questa Azienda, al fine di rendere operativa la propria Mission di Ospedale di riferimento nella zona Nord della Regione, così come enunciato sia nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e sia nel protocollo d’intesa tra l’Università degli Studi di Foggia e la Regione Puglia.

L’attivazione di tali interventi, peraltro coerenti con la programmazione regionale, unitamente ad una più efficiente organizzazione interna, potrà significativamente aumentare, nel corso degli anni, il numero di ricoveri ad elevato impegno assistenziale, quali quelli registrabili nelle strutture di Oncologia, di Chirurgia Vascolare, di Cardiochirurgia, Diagnostica per Immagini e Trapiantologia che, allo stato attuale, non possono essere offerti all’utenza per la carenza delle relative risorse umane e tecnologiche.

*d) miglioramento degli indicatori di appropriatezza organizzativa segnalati nel Patto di Salute 2010-2012*

Con cadenza annuale verranno valutati i seguenti indicatori in base a quanto previsto dal Patto di Salute 2010-2012.

- 1) Degenza media pre-operatoria;

- 2) % fratture di femore operate entro due giorni;
- 3) % dimessi da reparti chirurgici con DRG medico;
- 4) % di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri;
- 5) % di n. ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di in appropriatezza;
- 6) % dei ricoveri DH medici diagnostici sul totale DH medici;
- 7) % dei ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) sul totale dei ricoveri ordinari medici;
- 8) % dei ricoveri oltre soglia sul totale ricoveri ordinari medici di pazienti con età superiore 65 anni.

### **A3.3 Mobilità sanitaria extra-regionale**

Il fenomeno della mobilità passiva extraregionale costituisce uno dei punti di debolezza dell'assistenza sanitaria erogata nella Provincia di Foggia. Tra i determinanti giocano un ruolo fondamentale la mancata attivazione di strutture ad alta specialità (cardiochirurgia, ch. Vascolare, oncologia medica, centro trapianti, centro grandi ustionati, unità spinale ed altre), nonché la posizione frontaliere della Provincia, confinante o viciniora a Regioni dove le attività assistenziali sopra citate sono garantite.

E' doveroso, comunque, evidenziare che, a fronte di un progressivo incremento dei ricoveri extraregionali avvenuti nel quinquennio 2001-2005 (da 10,1% al 13,01% di tutti i ricoveri di degenti della provincia ) si registra un trend di diminuzione di tale fenomeno nel triennio 2006-2008 (da 13,01% a 10,8%), sia per quanto riguarda i ricoveri ordinari (da 12,5% a 10,7%) che per i ricoveri in DH ( da 14,9 % a 11,4%).

Dalla tabella in precedenza presentata, si evince come le Regioni presso le quali si realizza il fenomeno della mobilità passiva sono quelle confinanti o frontaliere, a conferma che la posizione geografica della provincia di Foggia, costituisce sicuramente un determinante negativo (intercettazione della domanda "in fuga") nel progredire della mobilità passiva, al di là del fatto che tale posizione geografica potrebbe costituire un fattore di mobilità attiva e che, pertanto, andrebbe svolta una politica di attivazione delle strutture di alta specialità. Nonostante l'assenza di queste, la mobilità attiva della Provincia di Foggia costituisce il 30% di tutta la mobilità attiva regionale (dati 2005): ciò a dimostrazione che il cambiamento è possibile, se soltanto fosse privilegiato come scelta strategica regionale.

- La mobilità per patologia cardiovascolare (MDC 390-459) si è ridotta nel corso degli anni passando dal 14,6% dei ricoveri in mobilità passiva del 2001 a 9,8% del 2008 (ovvero da 2423 ricoveri del 2001 a 1784 del 2008, pari a - 26,4%).

Questa Azienda ha previsto per il triennio 2011-2013, l'attivazione di percorsi assistenziali aziendali per l'ipertensione arteriosa, Cardiopatia Ischemica, Scemenso cardiaco e Angioplastica Primaria. Per quest'ultima, si rende necessario la rivisitazione dell'attuale organizzazione interna alle SS.CC. di Cardiologia: la coerenza dell'attivazione del progetto regionale di angioplastica primaria H24 è tale da motivare la eventuale riduzione delle attività ambulatoriali per esterni, che potranno essere assolti da specialisti dei servizi territoriali della ASL Provinciale, anche, integrabili con i nostri, previa accordi tra le due Direzioni Generali. Essi, sulla scorta degli obiettivi del DIASI di malattie cardiovascolari, possono concretizzarsi anche attraverso la fruizione di strumentazione e locali disponibili presso questa Azienda da parte di specialisti ambulatoriali esterni e collaboratori infermieri dell'Azienda ASL.

La prospettiva di riduzione delle mobilità passiva extra-regionale per patologie cardio-vascolari è definita nella misura del 2,5% dei ricoveri in mobilità passiva relativi all'anno 2008 .

- La patologia neoplastica (MDC 140-239) costituisce la seconda causa di mobilità extraregionale. Essa, a differenza di quella cardiovascolare, non ha subito sostanziali modificazioni nel corso degli anni. La percentuale di ricoveri in mobilità passiva per tale patologia è stabilmente assestata su valori del 10% circa. Questo dato epidemiologico impone che gli atti di programmazione prevedano interventi specifici sia in termini di dotazione organica che in termini di tecnologia.

Le recenti disposizioni in merito al personale dipendente, derivanti dal piano di rientro, impongono la riorganizzazione isorisorse delle dotazioni organiche del personale per aumentare l'offerta assistenziale in tale campo, attraverso l'inizio delle attività del settore di degenza della S.C di Oncologia Medica. Nel contempo, si ritiene necessario il completamento della strumentazione diagnostica (radiologia, medicina nucleare) e terapeutica (radioterapia oncologica), le cui acquisizioni, a fronte delle richieste avanzate ai sensi dell'art. 20 legge 66/87, potrebbero non realizzarsi in tempi brevi.

La riduzione della mobilità extraregionale passiva e l'incremento della mobilità attiva devono, però, essere perseguiti in tempi brevi attraverso la qualificazione tecnologica dell'offerta assistenziale, per cui, in carenza di specifici finanziamenti, potrebbero essere progettati e realizzati, previa autorizzazione regionale, con progetti di finanza.



alternativa, consente il raggiungimento dell'obiettivo in tempi relativamente rapidi, tenendo conto che peraltro, i locali presso cui allocare le nuove tecnologie sono già stati individuati nel seminterrato del III lotto e predisposti per l'allocazione della S.C. di Radiodiagnostica a direzione universitaria e della S.C. di Medicina Nucleare. La vicinanza di queste SS.CC. di diagnostica a quella di Radioterapia Oncologica, di Oncologia Medica, e di Ematologia, di cui è previsto il trasferimento presso il piano rialzato del III lotto nel mese di Marzo p.v., realizza un polo onco-ematologico funzionale, anche in ragione della vicinanza della S.C. di Farmacia, il cui laboratorio di preparazione di farmaci antitumorali dovrà essere realizzato nel corso del presente anno.

Si ritiene, inoltre, opportuno che, attraverso i competenti uffici aziendali, vengano comunicate all'utenza le "best practices" aziendali ottenute negli ultimi tre anni nelle varie strutture aziendali, coinvolte nel processo diagnostico e terapeutico della patologia neoplastica.

La prospettiva di riduzione delle mobilità passiva extra-regionale per patologie oncologiche definita nella misura del 5,0% dei ricoveri in mobilità passiva relativi all'anno 2008 .

- La mobilità passiva per interventi chirurgici sull'apparato osteoarticolare è andata progressivamente aumentando nell'ultimo decennio. Essa nel 2008 rappresenta la principale causa di mobilità passiva. Tra i determinanti di tale fenomeno negativo per l'Azienda, è da prendere in considerazione la inappropriata organizzazione, a sua volta correlabile, almeno in parte, alla vacanza del posto di Direttore di Struttura.

La rivisitazione organizzativa può essere correttamente avviata attraverso la preliminare valutazione dell'attuale organizzazione attraverso il questionario di accreditamento volontario. Nel contempo, si ritiene opportuno implementare l'attività specialistica ortopedica con supporto internistico. Esso dovrà essere garantito dalla S.C. di Medicina Interna II ad indirizzo di urgenza attraverso una integrazione costante, da definire all'interno del Dpt di Emergenza Urgenza, a cui afferiscono sia le SS.CC. di Ortopedia che quella di Medicina Interna II ad indirizzo di urgenza.

Nel corso del triennio l'obiettivo dell'effettuazione di intervento chirurgico per frattura di femore entro 48 ore dal ricovero dovrà essere perseguito uniformandosi allo standard nazionale (32% dei ricoveri con frattura di femore).

La prospettiva di riduzione delle mobilità passiva extra-regionale per patologie osteo-articolari è definita nella misura del 2,5% dei ricoveri in mobilità passiva relativi all'anno 2008 .

Il 9,9 % dei ricoveri extraregionali è dovuto a patologia gastroenterologica (MDC 6 e 7). La stabilità di tale dato negli ultimi dieci anni evidenzia una consuetudine che resiste nonostante l'incremento dell'offerta della diagnostica strumentale gastroenterologica (ERCP, eco endoscopia, Fibroscan, ETG con mezzo di contrasto etc). E' verosimile che l'utenza non conosca pienamente le potenzialità diagnostiche e terapeutiche di questa Azienda, per cui si ritiene necessario, previa accurata valutazione della performance assistenziale, comunicare le buone pratiche che quotidianamente vengono svolte in tale settore (marketing per lo sviluppo).

Utilizzando la metodica di calcolo applicate per le altre patologie, si ritiene che la prospettiva di riduzione delle mobilità passiva extra-regionale per patologie dell'apparato gastroenterico e neurologico possa essere definita, per ciascuna patologia, nella misura del 2,5% dei ricoveri in mobilità passiva relativi all'anno 2008 .

Il miglioramento degli assetti organizzativi e logistici delle sale operatorie dell'Azienda potrà favorire ulteriore riduzione della mobilità passiva. Inoltre, l'aggiornamento tecnologico dello strumentario chirurgico, che avverrà in coincidenza con l'inizio di attività delle nuove sale operatorie, costituirà fattore di ulteriore attrazione verso le SS.CC. di Chirurgia di questa Azienda, a cui utenza numerosa, anche extraprovinciale, già attualmente si rivolge.

L'attivazione delle sale operatorie del Corpo C destinate all'attività chirurgica urologica e trapiantologica favorirà ulteriormente la riduzione della mobilità passiva. E' d'obbligo evidenziare che le professionalità necessarie per l'attivazione dell'attività trapiantologica sono già presenti in Azienda. Nel corso del presente anno, si concluderanno gli adempimenti amministrativi per la concessione dell'autorizzazione all'attività trapiantologica.

**OBIETTIVO GENERALE:**     **B.     Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del SSR**  
                                           **B1     Politica del farmaco**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
B1,2,3,6,9	Individuazione dei principi attivi rispetto ai quali esaminare Indirizzi sulle modalità prescrittive: interaziendale						
	a)implementazioni delle funzioni del Com-Aziendale PTOR	DMP	Farmacia	Documento di indirizzo su:			
			Dpt Med.Int.	-farmaci attivi su SRAA	Giu		
			Dpt Med Sp-	-farmaci inibitori PP	Mar		
			Dpt Onco-Em	-farmaci biologici	Mar		
	b)implementazioni delle funzioni del COBUS	DMP	SIMT	Documento indirizzo su:			
				-Buon uso del sangue e der.	Mag		
				Verifiche trimestrali			
	c)implementazioni delle funzioni del CIO	DMP	SIOs	Documento indirizzo su:			
			Farmacia	-antibiotici	Apr		
				Verifiche trimestrali			
B1.8	Impulso alla comunicazione istituzionale circa il corretto uso del farmaco:						
	a)attivazione di GOIP per l'educazione terapeutica del paz. con patologia cronica	DMP	Dpt Med.Int.	Piano di lavoro	Mar		
			SIOs	Incontri periodici trimestr. con paz. Affetti da pat. cronica	Apr		

**OBIETTIVO GENERALE:**     **B.     Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del SSR**  
                                           B1     Politica del farmaco

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
B1.9	Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione	DMP	Farmacia	% paz./anno dimessi con distribuz. diretta dei farmaci (incremento annuo del 10% rispetto all'anno 2010)			
			Uff. Comun.		Dic	Dic	Dic
				Report trimestrale			

**OBIETTIVO GENERALE:**     **B.     Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del SSR**  
                                           B2     Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
B2.1	Impulso al miglioramento dei magazzini economici, tecnici e farmaceutici						
	a)GOI sul funzionamento dei magazzini aziendali	Patrimonio	Gest.Tecn.	Regolamento	Mag		
			Farmacia	Riduzione scorte	Dic	Dic	Dic
				Riduzione prodotti scaduti	Dic	Dic	Dic

**OBIETTIVO GENERALE: B. Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del SSR**

**B3 Contenimento dei costi del personale per il rientro della spesa**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
B3.1	Impulso alla rideterminazione della dotazione organica e conseguente adeguamento dei fondi contrattuali	Personale	Tutte le Strutt. Az. e rel. sindacali	Riorganizzazione (isorisorse) Dotazioni di organico e monitoraggio	Mar		
						Gen	Gen
B3,2	Ridefinizione accordi contrattuali integrativi aziendali	Personale	Rel sindacali	Approvazione contratti Integrativi aziendali	Apr	Gen	Gen
B3.3	Razionalizzazione ricorso ad acquisto prestazioni sanitarie aggiuntive ex art. 54 e 55 del CCNL riduzione totale del 50% e 80% (bisogna stabilire il dato di partenza)	Dir. Gen.	DMP, Personale Dip. e Rel. Sind.	Formazione programma annuale	Mag	Gen	Gen
B3.4	Blocco del turn-over. Stima del turn-over nei tre anni	Personale	Tutte le Strutt. Az. e rel. sindacali	Piano di fabbisogno, programmi di assunzioni	Feb	Gen	Gen
B3.5	Revisione parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse dipartimentali).	Dir. Generale	Pers., Coll. Dir e rel. sindacali	Riarticolazione incarichi Dir. e di responsabilità	Gen	Gen	Gen
	a)relazione di accompagnamento incarichi dirigenziali	Direz. Gen.	Personale	Relazione di organizzazione e Relaz. Tecnico-finanziaria	Feb	Gen	Gen

**OBIETTIVO GENERALE: B. Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del SSR**

**B3 Contenimento dei costi del personale per il rientro della spesa**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
B3.6	Contenimento delle consulenze sanitarie e non sanitarie e dell'affidamento di incarichi ex art. 15 septies D.Lgs. 50/1992 sm.i.						
	a)relazione sullo stato al 31/01/2011	Direz.Gen.	DMP	Relazione	Mar	Gen	Gen
B3.7	Monitoraggio e impulso delle attività di libera professione						
	a)regolamento	DMP	Uff:prestaz Aff.Gen. Personale	Delibera	Feb.	Gen.	
	b)impulso alle attività di verifica e controllo della Commiss.	DMP	Uff:prestaz Aff.Gen. Personale	Convocazione con cadenza bimestrale	Feb.	Gen.	
	c)individuazione locali per libera-professione	Direz. Gen.	DMP Gest.Tec.	Delibera	Mar.	Gen.	

**OBIETTIVO GENERALE: B. Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del S.S.R.**

**B4 Contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi**

B4.1	Impulso all'attivazione di flussi informativi standardizzati						
	per la programmazione degli acquisti (monitoraggio prezzi)						
	a)elaborazione procedura di monitoraggio	Patrimonio	Gest.Tecn.	Regolamento	Mar	Gen.	Gen.
			Farmacia				
B4.2	Indirizzi aziendali per favorire le unioni di acquisti e la	Dir. Gen.	Patrimonio	Atto di disciplina, proposto	Apr.	Gen.	Gen.
	gestione centralizzata di gare anche con l'ausilio di enti		Gestione tecnica	dalle strutture di "integrazione" e			
	strumentali della Regione (EMPULIA)		Farmacia	rivisitazione			
	Vedi A.1.2c)		DMP				

## **B1,2,3,6,9 Individuazione dei principi attivi rispetto ai quali esaminare Indirizzi sulle modalità prescrittive interaziendali**

La spesa farmaceutica nei primi tre trimestri dell'anno 2010, confrontata con quella sostenuta nello stesso periodo nel 2009, si è ridotta del 3,98%, ovvero di 273.848 €, a fronte del 2,2% previsto al punto B1.9 per il 2010 del piano di rientro. Per gli anni 2011 e 2012 è prevista una riduzione rispettivamente del 3,4% e del 5,6% (a parità di elementi di raffronto, cioè di livelli comparabili di produzione). È pur vero, però, che tale dato è il risultato della riduzione della spesa per farmaci antineoplastici e immuno-modulatori (ATC L) registrati in altra posta di costi perché rimborsabili.

E' necessario, quindi, che venga avviato un sistema di monitoraggio per verificare l'uso appropriato di tali farmaci. Il rapporto OSMED 2008 evidenzia, infatti, che tale classe di farmaci costituisce il maggior titolo di spesa nell'ambito dei farmaci erogati attraverso le strutture pubbliche. In tale ambito, i farmaci antimicrobici per uso sistemico costituiscono la seconda categoria in termini di spesa. In particolare, gli antivirali anti-HIV incidono per il 34% della spesa per tale categoria.

Rilevante è la spesa per farmaci ematologici, che, in forza della impiego delle eritropoietine, costituiscono la terza categoria in termini di spesa.

Nell'anno 2010, presso questa Azienda si sono registrate riduzioni significative (-13,7% in media) della spesa totale per farmaci antineoplastici, dei farmaci attivi sul SRAA, dei farmaci antimicrobici (esclusi i farmaci antiHIV), delle epoietine e degli inibitori della pompa protonica.

L'implementazione delle funzioni del Comitato Aziendale per il PTOR nel definire, a livello aziendale, linee guida circa l'impiego delle predette molecole, nonché di insuline, farmaci attivi sul SRAA e antibiotici, rappresenta l'intervento tecnico per verificarne l'uso appropriato.

Questa Azienda ritiene opportuno che, unitamente alla ASL provinciale, si costituisca una unica commissione per il farmaco in maniera da integrare le scelte tecniche ospedaliere con le quelle del territorio. In tal maniera si pongono le basi anche per la elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con i MMG e gli specialisti ambulatoriali con positive ripercussioni sia in termini di appropriatezza prescrittiva e sia in termini di miglioramento organizzativo-economico.



### **B1.1.8 Impulso alla comunicazione istituzionale circa il corretto uso dei farmaci**

Secondo la definizione dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità** "...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita".

L'Educazione terapeutica del paziente (ETP) consente alle persone affette da patologie croniche di gestire la propria malattia ed apporta benefici sia in termini di salute che economici. E' necessario, però, un approccio di squadra e una strutturazione dei processi di cura. Benché anche i pazienti acuti possano beneficiare dell'educazione terapeutica del paziente, questa è una parte fondamentale del trattamento a lungo termine di patologie quali quelle di seguito elencate:

Allergie, Cancri (e sequele), Cancro (qualsiasi localizzazione), Stomie (laringectomia, astroenterostomia), Sangue, Emofilia, Talassemie, Sistema circolatorio, Ipertensione arteriosa, Insufficienza cardiaca, Malattia cerebrovascolare (ictus), Claudicazione, Ischemia cardiaca, angina

Reuma cardiaco, Apparato digerente: Cirrosi, Colite, Morbo di Crohn, Ulcera gastroduodenale, Malassorbimento, Disturbi endocrinologici, nutrizionali e metabolici, Malattia di Addison

Diabete mellito, Obesità, Disfunzioni della tiroide, Malattie infettive: HIV/AIDS, Poliomielite (sequele), Tubercolosi, Disturbi mentali e del comportamento, Dipendenza da alcool, droghe, tabacco ed altre sostanze, Malattia di Alzheimer e demenza, Depressione, Apparato muscolo-scheletrico e tessuti connettivi: Artrite e malattie collegate, Fibromialgia, Amputazione degli arti, fratture, ustioni (sequele), Disturbi al collo ed alla schiena, Osteorite, Osteoporosi, Artrite reumatoide, Sistema nervoso: Epilessia, Ipoacusia, sordità, Sclerosi multipla, Paraplegia, tetraplegia ed altri danni traumatici del cervello, Morbo di Parkinson, Danni alla vista, cecità,

Apparato respiratorio: Asma bronchiale, Ostruzione polmonaria cronica, Fibrosi cistica, Nefropatie, Insufficienza renale, Trapianto d'organo (sequele).

Il suo scopo principale è di produrre un effetto terapeutico che vada ad assommarsi a quelli di altri interventi (farmacologici, di terapia fisica, ecc.).

L'educazione terapeutica del paziente ha prodotto un significativo calo dei ricoveri ospedalieri di pazienti colpiti da asma bronchiale o coma diabetico. Oltre ad aver diminuito i casi di amputazione degli arti inferiori, ha anche assicurato una migliore qualità di vita ritardando l'amputazione nel 75% dei casi.

Per gestire i diversi livelli assistenziali è necessaria la sinergia coordinata di diverse figure professionali in grado di garantirne e potenziarne l'efficacia. Solo attraverso un'educazione terapeutica mirata, svolta da medici e infermieri, si può contribuire alla sensibilizzazione,

all'informazione, all'addestramento, all'accettazione e all'integrazione della malattia cronica nel progetto di vita del paziente e dei suoi familiari .

Ciò implica un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai pazienti, un compito così delicato rende, però, necessario da parte degli operatori il possesso di specifiche competenze comunicative e di lavoro di gruppo, acquisite per mezzo di un'apposita formazione, che oltre agli aspetti strettamente tecnici, fornisca elementi dedicati alla comunicazione e agli aspetti psicologici per il corretto approccio con il paziente e i caregiver.

Gli operatori sanitari formati in questo campo possono contribuire a:

- migliorare la qualità della vita, nonché a prolungarla, dei loro pazienti al lungo termine;
- migliorare la qualità dell'assistenza in generale (poiché anche i pazienti acuti possono beneficiare di queste tecniche educative);
- diminuire i costi medici, personali e sociali, e di conseguenza la spesa totale.

Sulla scorta delle considerazioni sopra esposte, questa Azienda ha ritenuto di dover inserire tra gli incarichi dirigenziali anche quello della Educazione terapeutica permanente. I dirigenti incaricati, con esperienze specialistiche diverse, si riuniscono in un gruppo operativo attraverso il quale viene elaborata ed attuata la programmazione di educazione terapeutica del paziente.

### **B3.5 revisione parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali)**

Nel 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." Foggia ha provveduto a formalizzare l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, in favore del personale medico, in esecuzione di atti di programmazione e sulla base di criteri concertati con le Organizzazioni Sindacali. Tale operazione è stata in buona parte frutto di una "negoziazione oggettiva", nel senso che si è dato impulso e riconoscimento alle professionalità presenti ovvero a fotografare il momento organizzativo esistente all'atto della individuazione delle specifiche attività, queste ultime rivenienti da scelte operate in passato ed in particolare dall'accordo del 1999 (Del. n. 1599 del 1/12/99) .

A distanza di un triennio e dopo la conclusione del procedimento amministrativo volto alla verifica delle attività dirigenziali svolte, è possibile prendere atto che in Azienda si può considerare chiusa questa prima fase sperimentale, e, quindi, avviato il processo di cambiamento. L'impegno che dovrà caratterizzare il prossimo triennio sarà quello di governare il processo di cambiamento e mirare a superare la "settorializzazione" e/o la compartimentalizzazione delle attività. Occorre

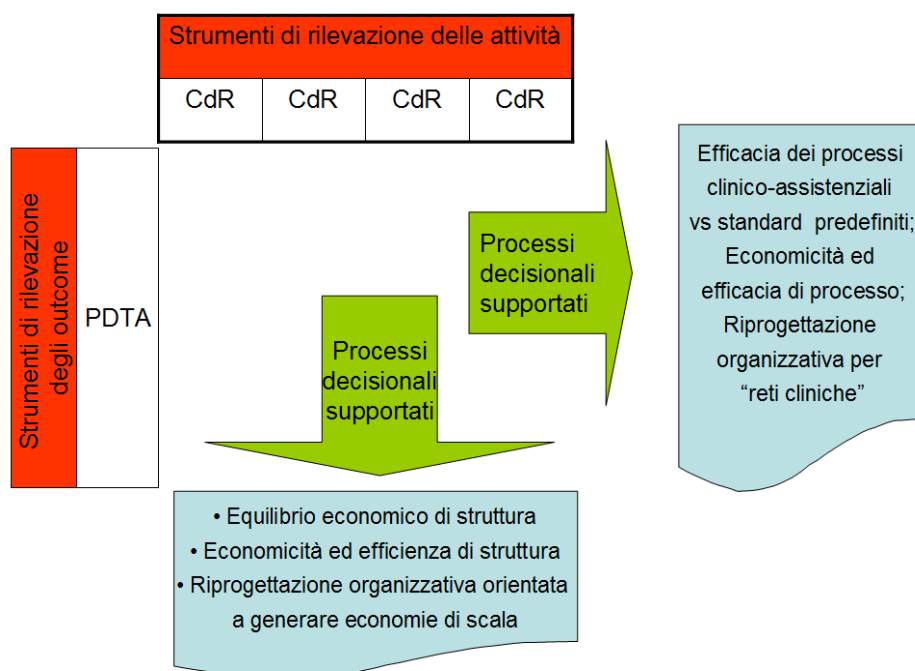
intervenire perché venga a superarsi il concetto delle attività “strutturali” per sostituirle con quelle delle attività per processo. Ogni attività deve essere individuata e svolta nell’ambito di un più vasto raggio di azione.

Ma il governo delle azioni, delle attività ed anche del solo complesso di prestazioni da garantire per una oggettiva tutela della salute, ai vari livelli, non può essere effettuato attraverso la sola considerazione delle dimensioni organizzativo-strutturali e delle risorse economiche impiegate. A questo è necessario accompagnare l’analisi dei risultati attesi, cioè del grado di impegno (o peso) necessario per ottenere un trattamento di salute e, poi (non prioritariamente), anche rapportandolo all’entità delle risorse impegnate. Invero, solo da qualche anno si comincia a parlare di valutazione delle performance delle attività rese dai servizi sanitari, ovvero, del controllo e del governo degli stessi attraverso i risultati, espressi, finalmente, non solo in termini monetari, ma anche in termini di salute prodotta, secondo una classificazione ed anche graduazione di “prospettive” che l’intero sistema di tutela della salute riconosce di primario interesse.

Il progressivo consolidarsi di logiche di governo basate sui risultati, infatti, determina l’assoluta necessità di disporre di strumenti di rilevazione in grado di rendere possibile la valutazione della performance. Essa può essere effettuata solo se all’interno dell’Azienda vengono definiti i percorsi assistenziali delle principali patologie, intendendo per tali le migliori sequenze spaziali e temporali delle attività da svolgere che, sulla base delle conoscenze clinico-scientifiche e tecnologiche a disposizione, consentono al paziente di ottenere la migliore risposta sanitaria possibile. Essi permettono di valutare, in maniera globale, il risultato dell’intervento assistenziale erogato, in quanto frutto delle attività di più strutture all’uopo coinvolte nel soddisfare una specifica domanda di salute. Non solo, ma essi inducono modifiche dei comportamenti organizzativi, dal momento che richiedono ai professionisti di mettere in discussione le proprie mappe cognitive e, quindi, di disporsi al confronto multidisciplinare. Quest’ultimo diventa, quindi, il motore del cambiamento organizzativo: infatti, solo dal confronto intra/interprofessionale è possibile garantire un insieme di comportamenti organizzativi coerenti tra di loro ed efficaci rispetto al risultato di salute del paziente.

Sulla scorta di quanto sopra, si può immaginare il processo di misurazione della performance come la combinazione della misurazione contemporanea delle risorse consumate dai vari Centri di Responsabilità (CdR) dell’Azienda con l’outcome clinico prodotto dall’interazione di varie strutture coinvolte nel processo assistenziale specifico..

In termini grafici, tale combinazione può essere rappresentata come l'incrocio delle linee verticali che partono da ciascun CdR aziendale che incrociano le linee orizzontali dei vari percorsi assistenziali attivati dall'Azienda.



La dimensione verticale del sistema di controllo, avente per oggetto la struttura organizzativa aziendale (CdR), è orientata a fornire informazioni utili per condurre analisi sull'economicità e sull'efficienza dell'organizzazione, indipendentemente dal livello qualitativo, ovvero dagli outcome. Il completamento del sistema di misurazione può avvenire solo a fronte dello sviluppo orizzontale degli stessi, organizzato per PDTA. Supporto essenziale è un sistema avanzato di flussi di informazioni e/o comunicazioni (E.R.P) applicato a "regole" comuni e condivise nell'ambiente in cui sono riferite, ovvero anche ad altri relazionati e/o integrati con il primo, affinché queste costituiscano patrimonio di Know- How da utilizzare nei processi operativi in applicazione, ma anche soggetto e continuo miglioramento, sia in conseguenza di nuove conoscenze e sia per effetto delle esperienze maturate nel tempo precedente di applicazione degli stessi processi. La dinamicità di "manutenzione" dei processi ovvero la necessità di continuo ripensamento degli stessi, per migliorarli, identifica gli stessi come percorsi di riferimento, dai quali è possibile anche discostarsi, in relazione sia a particolari necessità (o diversità rispetto allo standard) del caso in carico e sia valutazioni scientifiche diagnostico-terapeutiche degli operatori che lo hanno in carico.

Nell'ambito di tale obiettivo di reingegnerizzazione organizzativo-metodologico sarà necessario anche rivedere i criteri con cui sono stati organizzati i Dipartimenti, le Strutture

Complesse e le loro articolazioni interne. A tal fine, si ritiene di dovere affrontare la problematica attraverso l'adozione di provvedimenti organici, che tengano, comunque, conto della specifica realtà aziendale.

Il funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata, i cui incarichi di direzione saranno sottoposti a valutazione nel 2012 e la conclusione recente della valutazione degli incarichi dirigenziali conferiti nel Gennaio 2007, non consentono interventi di riduzione immediata delle articolazioni funzionali aziendali. Essa potrà essere adottata attraverso il "ripensamento" di nuovi incarichi in conseguenza del turnover degli incarichi lasciati liberi, sia per incarico superiore, che per trasferimento o quiescenza. Occorre, cioè, sposare la logica che dalle "dimensione struttura" deve passarsi "all'attività e/o processo". Una nuova architettura e/o articolazione delle direzioni e responsabilità, da attuare in occasione delle future tornate di conferimento di incarichi dirigenziali, potrà determinare una progressiva riduzione delle Strutture Semplici conferendo il giusto significato all'Incarico Professionale, che non avrà più la necessità di essere "titolato", ma dovrà essere solo "pesato" sulla scorta di parametri oggettivi di attività connessa e di professionalità necessaria.

Il provvedimento della riduzione "sic et simpliciter" delle articolazioni strutturali dell'Azienda è un provvedimento "congiunturale" che, con molta probabilità, non consentirà il raggiungimento dei risultati a breve, dal momento che è legato alla tempistica di applicazione della nuova organizzazione e metodologia operativa. In ogni caso è necessario, già da ora evitare che gli incarichi stessi possono essere ricondotti alla logica organizzativa del lavoro basata sulla frammentazione dello stesso, secondo principi di assoluta autonomia e indipendenza di ciascuna articolazione dalle altre. Gli interventi di innovazione metodologica in questione, invece, mirano a promuovere una organizzazione del lavoro, che favorisca la integrazione, progettata e condivisa, delle attività delle singole articolazioni aziendali. Essa, applicata sia a livello dipartimentale e sia a livello di gruppi operativi intra/interdipartimentali, costituisce il vero "valore aggiunto" dell'organizzazione aziendale. La integrazione, infatti, supera la semplice sommatoria delle singole competenze professionali dal momento che essa si traduce in sinergie professionali efficaci per appropriatezza clinica ed efficienti per l'uso di risorse, per la condivisione e la capitalizzazione delle conoscenze e delle competenze.

In riferimento alla premessa organizzativa, Il conferimento degli incarichi dirigenziali per il triennio 2011-2013 deve tener conto, soprattutto, dei nuovi criteri organizzativo-assistenziali che l'Azienda sta ponendo in essere. Essi prevedono che, le attività assistenziali a favore dei pazienti, per quanto erogate da più strutture, non vengano più gestite come prerogative uniche di

specifiche strutture, bensì come tasselli di percorsi completi, in cui la definizione degli aspetti diagnostici, terapeutici ed assistenziali è finalizzata alla garanzia della continuità del processo di cura a favore dei pazienti stessi.

Preliminarmente, si è reso, pertanto, necessario identificare i principali Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) attivabili all'interno dell'Azienda. La loro definizione e applicazione viene affidata ai gruppi operativi sia intra che inter dipartimentali (GOIP), che diventano le unità funzionali di base del sistema.

Essi sono la naturale espressione del modello organizzativo che l'Azienda ha adottato con l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.), che mirano a superare una organizzazione verticistica e statica per ottenere una organizzazione trasversale e dinamica.

Per il raggiungimento di tale obiettivo è necessario promuovere la cultura del lavoro per processi, concordati e condivisi, sulla scorta di linee guida e dati della letteratura esaminati secondo i criteri dell'evidenza scientifica, e migliorabili e/o adeguabili dinamicamente.

La definizione di un PDTA, ovvero delle necessità del paziente, e la sua attuazione attraverso i GOIP/GOIT, ovvero la definizione di chi deve fare che cosa, come, dove e quando, consente la elaborazione anche di percorsi didattici e di ricerca correlati alla patologia descritta da un punto di vista assistenziale nel PDTA.

I possibili vantaggi di tale approccio multidisciplinare e multiprofessionale possono concretizzarsi nel miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, nell'erogazione di una risposta strutturata, integrata e coordinata ai problemi assistenziali dell'utenza, nella raccolta organica e sistematica dei dati epidemiologici e dei risultati. La vera razionalizzazione delle risorse, quindi, se condivisa culturalmente, può tradursi anche in una riduzione "strutturale" e non "congiunturale" della spesa, in quanto consente di fare le scelte più appropriate, di eliminare prestazioni ed (anche) attività inutili e/o ridondanti e, così, governare e razionalizzare i costi nel momento in cui dovrebbero formarsi..

La intestazione dei vari incarichi tiene conto, quindi, delle effettive necessità del paziente nella fase della diagnosi, della terapia e dell'assistenza, piuttosto che delle varie esigenze settoriali (quali la definizione di "centri" – "servizi" o altro delle singole strutture o dei singoli dirigenti). Non a caso, in ogni Struttura è stata prevista l'assegnazione di due incarichi, di cui uno finalizzato all'attivazione dell'assistenza del paziente in maniera condivisa con il Medico di Medicina Generale e l'altro finalizzato alla verifica del rispetto delle norme di accreditamento e di qualità. Per quanto attiene all'incarico relativo all'assistenza condivisa con il MMG, esso rappresenta lo strumento tecnico attraverso il quale l'utente viene preso in cura da tutte le componenti operative del SSN.

L'attenzione che deve essere riposta al processo di accreditamento delle strutture e alla qualità delle prestazioni è l'ulteriore segnale della doverosa attenzione dell'Azienda nei confronti sia dell'utente e sia degli operatori.

Sono stati individuati 60 PDTA, ovvero, altrettante patologie in cui gli obiettivi clinici da perseguire siano agevolmente integrabili, la elaborazione di protocolli e/o linee guida sia facilmente attuabile, la misurazione dei risultati sia possibile e i costi attuali siano da rianalizzare.

L'attivazione dei PDTA potrà favorire la riduzione della citata duplicazione di interventi assistenziali e dei ricoveri inappropriati, nonché la continuità assistenziale attraverso la riduzione della eterogeneità nella gestione di pazienti affetti dalla stessa patologia.

L'applicazione quotidiana dei PDTA è affidata ad altrettanti GOIP interdipartimentali, all'interno dei quali ciascun dirigente partecipa con un incarico specifico relativo alla patologia trattata dal PDTA .

L'incarico di componente di un GOIP impegna il Dirigente Medico incaricato a partecipare alle attività dello stesso per una parte del proprio debito orario settimanale. Egli è tenuto, pertanto, alla partecipazione a tutte le attività della Struttura all'interno della quale opera.

Lo stesso concetto viene applicato per i Dirigenti Medici che ricevono l'incarico di responsabile di Struttura Semplice. In forza di tale approccio organizzativo e delle specifiche scadenze temporali degli incarichi in questa Azienda, si è ritenuto non modificare il numero delle Strutture Semplici, in quanto esse sono state concepite come unità "funzionali" piuttosto che "strutturali.

### **B3.6 Contenimento delle consulenze sanitarie e non**

L'Azienda ha cessato i rapporti di consulenza con dirigenti amministrativi esperti nella materia di acquisizione beni e servizi gestita dall'Area Patrimonio. Sono ancora attivi i seguenti rapporti di consulenza con:

- veterinario della ASL della Provincia di Foggia, il quale assicura tutti i controlli relativi agli alimenti utilizzati dalla Ditta aggiudicataria del Servizio di Ristorazione per pazienti e dipendenti. L'attività è documentata dai dati e relazioni forniti ripetutamente dal consulente e dalla relazione annuale svolta dalla DMP, da cui si evince il pieno soddisfacimento quali-quantitativo in merito all'operato;

- Cardiologo dell'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti, il quale assicura la sua competenza professionale nel campo della elettrofisiologia cardiaca.

- Prof. Associato di Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Foggia, conferito all'assistenza presso la ASL della Provincia di Foggia, che svolge la funzione di medico competente.

- Ordinario di Nefrologia presso l'Università degli Studi di Bari, la cui attività di consulenza ha avuto inizio nel Dicembre ultimo scorso, a seguito del trasferimento dall'Unifg, e mira alla continuazione dell'operatività clinico-assistenziale nell'ambito delle malattie rare presso il Centro di Medicina Molecolare (CMM). L'attività svolta negli ultimi tre anni è caratterizzata dalla quantità di esami di laboratorio relativi a malattie rare svolte presso questa Azienda a favore di Istituti di ricerca nazionali

Il CMM si contraddistingue per le seguenti attività diagnostiche:

1. Analisi istologica di biopsie renali di rene nativo e rene trapiantato per la diagnosi delle diverse Nefropatie mediante tecniche di microscopia ottica, immunofluorescenza, immunoistochimica e microscopia elettronica; Analisi istologica di biopsie renali di rene nativo per la diagnosi di Malattia di Alport mediante immunofluorescenza, microscopia confocale e microscopia elettronica;
2. Analisi istologica di biopsie di grasso periombelicale per la diagnostica dell'**Amiloidosi**;
3. Diagnosi delle diverse forme di **Sindrome Nefrosica su base genetica** ed in particolare:
  - a. Sindrome Nefrosica Congenita Finlandese (Finnish Type) (analisi di mutazione del gene NPHS1) – **unico Centro in Italia**;
  - b. Sindrome Nefrosica Steroido-Resistente (analisi di mutazione dei geni NPHS2 e WT1);
  - c. Glomerulosclerosi Focale Segmentaria Familiare (analisi di mutazione dei geni TRPC6, CD2AP e ACTN4).
4. Diagnosi genetica di **Deficit Familiare di Lecitina-Colesterolo-Acyl Transferasi (LCAT)** (analisi di mutazione del gene LCAT);
5. Diagnosi genetica di **Sindrome Branchio-Oto-Renale (BOR Syndrome)**;
6. Diagnosi di **Malattia di Anderson-Fabry** mediante analisi di mutazione del gene GLA e dosaggio enzimatico dell'attività di **alpha-Gal**.
7. Diagnosi di **Rene Policistico Autosomico Dominante (ADPKD)** (analisi di mutazione dei geni **PKD1** e **PKD2**).



Il volume di tali attività diagnostiche nel corso degli ultimi tre anni è dettagliato nella tabella riportata di seguito.

<b>Descrizione Attività Diagnostica</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Totale</b>
1. Analisi Istologica di Biopsie Renali	139	148	147	434
di cui Nefro U/O OO.RR.	108	125	121	354
di cui altri reparti OO.RR.	8	4	9	21
di cui altre UO Regione Puglia	10	8	6	24
di cui altre UO extra-regione	13	11	11	35
2. Diagnosi di Malattia di Alport	0	0	12	12
3. Diagnosi di Amiloidosi (Biopsia Grasso Periumbelicale)	0	0	10	10
4. Diagnosi di Sindrome Nefrosica su base genetica (NPHS1, NPHS2, WT1)	95	91	108	294
5. Diagnosi di Deficit Familiare di Lecitina-Colesterolo-Acyl Transferasi	2	0	0	2
6. Diagnosi di Sindrome Branchio-Oto-Renale (BOR Synd)	0	3	0	3
7. Diagnosi di Malattia di Anderson-Fabry mediante:				
analisi di mutazione del gene GLA	13	22	13	48
Dosaggio enzimatico dell'attività di alpha-Gal	8	13	12	33
8. Diagnosi di Rene Policistico Autosomico Dominante <sup>EADPKD</sup>	0	48	12	60

**OBIETTIVO GENERALE: C.      *Rafforzamento dei meccanismi di governance regionale del sistema sanitario***

**C1      Adozione condivisa di strumenti di governance**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
C1.1	Aggiornamento degli atti di organizzazione della Azienda						
	a)Atto Aziendale						
	proposta	Direz. Strat.		Convocaz. Collegio Direz.	Gen		
	adozione	Direz. Strat.		Delibera	Feb		
	b)Codice Etico e Modelli Organizzativi						
	-Istituzione gruppo di lavoro						
	c)procedimento amministrativo e accesso agli atti	Dpt Gest.Str.	Dpt Gest.Op.	Regolamento	Giu		
	d)valutazione della performance sanitaria						
	-proposta	Direz.Strat.	DMP	Convoc. Collegio Direz.	Mag		
			SIOs	Convoc. OO.SS.			
			Personale				
	-adozione	Personale	DMP	Delibera	Giu		
			SIOs				
	e)valutazione della performance amministrativa						
	-proposta	Direz.Strat.	DptGest.Str	Convoc. Collegio Direz.	Mag		
			DptGest.Op	Convoc. OO.SS.			
			Personale				
	-adozione	Personale	DptGest.Str	Delibera	Giu		
			DptGest.Op				

### **C1.1 Aggiornamento degli atti di organizzazione della Azienda**

*a) Atto Aziendale:*

la revisione dello stesso è in corso, ma è stata momentaneamente sospesa in seguito a specifico atto di indirizzo regionale;

*b) Codice Etico e Modelli Organizzativi:*

degli stessi si è già detto nel corso del presente documento di pianificazione

*c) procedimento amministrativo e accesso agli atti.*

Si predisporrà apposito regolamento che tenga conto della normativa vigente in tema di procedimento amministrativo, trasparenza e accesso agli atti. Nel documento si individuano i tempi e i soggetti coinvolti per il raggiungimento dell'obiettivo divenuto imprescindibile per l'applicazione delle delibere del CIVIT anche alle aziende sanitarie regionali, che, a breve porteranno alla costituzione dell'organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) nella Azienda, anche sulla base dei principi e contenuti nella L.R. pugliese n. del 2011..

*d) valutazione dei risultati delle attività sanitarie.*

## INDICATORI

Nelle innovazioni che si prospettano per il “Processo Direzionale” dell’Azienda per ciascuno delle tre funzioni (assistenza, didattica ricerca) che caratterizzano l’attività della stessa Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." Foggia sono stati individuati alcuni indicatori che rispondono ai criteri della significatività e della semplicità di rilevazione, comunque in grado di apprezzare la qualità degli output prodotti.

Gli **Indicatori per l’Assistenza** sono stati sistematizzati in tre gruppi di riferimento:

1. Efficienza.
2. Appropriatazza organizzativa delle:
  - prestazioni chirurgiche;
  - prestazioni mediche;
  - prestazioni trasversali.
3. Qualità clinica.

Per gli indicatori di Assistenza il periodo di confronto è con il 2010.

Gli **Indicatori per la Ricerca** sono stati suddivisi in:

1. Capacità di attrarre risorse per la ricerca;
2. Qualità della ricerca;
3. Capacità di trasferimento tecnologico;

Per gli indicatori della Ricerca il periodo di riferimento è il triennio 2011-2013.

Gli **Indicatori per la Didattica** sono stati suddivisi in:

1. indicatori relativi al corso di laurea;
2. indicatori per le Scuole di specializzazione;

Per gli indicatori della Didattica il periodo di riferimento è il 2010.

Per ciascun indicatore viene proposto il peso relativo, rispetto agli altri dello stesso gruppo, in modo da essere in grado di esprimere anche in forma numerica il livello della prestazione raggiunta da ciascuno dei tre processi.

## INDICATORI ASSISTENZA: Indicatori di efficienza

In questa fase, comunicazione-direttiva uniforme per tutta l'organizzazione

PESO	INDICATORI STANDARD	
	Denominazione	Descrizione
10%	Tasso di Occupazione	Indica la % di occupazione dei posti letto disponibili: E' il rapporto tra i presenti medi del periodo e i posti letti medi
10%	Indice di rotazione	n. di pazienti transitati sul posto letto nel periodo considerato
10%	Indice turnover	Tempo che intercorre tra la dimissione di un paziente e il ricovero del successivo, ossia tempo in cui i letti non risultano occupati. Si ottiene dividendo la differenza tra gg. di degenza teoriche e quelle di degenza effettive con il n. complessivo dei ricoveri
10%	Rapporto spesa per beni di consumo/ valore della produzione (ricoveri più ambulatori)	Rapporto tra il totale della spesa per beni di consumo ed il valore della produzione relativa alle attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali.
10%	Rapporto spesa per personale/ totale ricavi	Rapporto tra la spesa per il personale ed il totale dei ricavi
10%	Rapporto spesa farmaci/ giornata di degenza	Rapporto tra la spesa farmaceutica ed il totale delle giornate di degenza.
10%	Indice di performance degenza media totale	Rapporto tra le gg. di degenza prodotte ed i casi trattati nel periodo
10%	Indice di performance degenza media DRG Chirurgici	Rapporto tra le gg. di degenza prodotte ed i casi trattati nel periodo, calcolato solo per casi chirurgici
10%	Indice di performance degenza media DRG Medici	Rapporto tra le gg. di degenza prodotte ed i casi trattati nel periodo, calcolato solo per casi medici
10%	Durata media degenza preoperatoria per i casi chirurgici programmati	Differenza media in gg. tra la data di ricovero del paziente e la data di 1° intervento

**INDICATORI ASSISTENZA: Indicatori di appropriatezza**

	PESO	INDICATORI STANDARD		
		Denominazione	Descrizione	
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Prestazioni Chirurgiche	15%	% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici in regime DO sul totale dei dimessi da reparti chirurgici
		10 %		n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici in regime DH sul totale dei dimessi da reparti chirurgici
		20%	DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e one Day Surgery	L'indice di Day-Surgery (IDS) esprime la percentuale di dimissioni avvenute in Day Hospital e in regime ordinario di un giorno, per un set di interventi effettuabili in Day Surgery, sul totale delle dimissioni per gli stessi interventi.
		5%	% ricoveri ordinari di un giorno	Rapporto tra il numero totale dei ricoveri in regime DO della durata di un giorno ed il totale dei ricoveri in regime DO
		Denominazione	Descrizione	
	Prestazioni Mediche	15%	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica/n. ricoveri in DH medico. Nel campo "motivo del ricovero in DH" si considera la modalità "diagnostico" (codice 1)
		Denominazione	Descrizione	
	Prestazioni Trasversali	15%	% ricoveri ordinari di un giorno	Rapporto tra il numero totale dei ricoveri in regime DO della durata di un giorno ed il totale dei ricoveri in regime DO (escluso decessi)
		20%	% di ricoveri su totale di accessi al Pronto Soccorso	Rapporto tra il numero di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso ed il numero totale di accessi al Pronto Soccorso

## INDICATORI DI QUALITA' (1)

	PESO	INDICATORI STANDARD	
		Denominazione	Descrizione
QUALITA' CLINICA	5%	% parti cesarei / totale parti	Rapporto tra il numero parti cesarei ed il numero totale dei parti
	5%	% ricoveri ordinari ripetuti per la stessa MDC 0 - 1 gg	n. di ricoveri, con durata superiore ad ... , successivi ad un precedente ricovero (ricovero indice) classificato della stessa MDC (ovvero Categorie Diagnostiche Principali) dello stesso paziente.
	1%	% ricoveri ordinari ripetuti per la stessa MDC 2 - 7 gg	
	1%	% ricoveri ordinari ripetuti per la stessa MDC 8 - 30 gg	
	5%	% di ricoveri su totale di accessi al Pronto soccorso	Rapporto tra il numero di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso ed il numero totale di accessi al Pronto Soccorso
	1%	Indice di attrazione	E' dato dal rapporto fra n. di pazienti extraprovincia ed extraregione / n. pazienti totale. Esprime il grado di "attrattività" nei confronti di pazienti extraprovinciali ed extraregionali.

## INDICATORI DI QUALITA' (2)

	PESO	INDICATORI STANDARD	
		Denominazione	Descrizione
QUALITA' CLINICA	5%	Tassi di mortalità intraospedaliera per infarto acuto del miocardio	Rapporto tra numero di decessi e numero dimessi per patologia specifica. Descrivono condizioni per le quali la mortalità varia tra le strutture sanitarie in funzione inversa della qualità delle cure
	5%	Tassi di mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco congestizio	Rapporto tra numero di decessi e numero dimessi per patologia specifica. Descrivono condizioni per le quali la mortalità varia tra le strutture sanitarie in funzione inversa della qualità delle cure
	5%	Tassi di mortalità intraospedaliera per stroke	Rapporto tra numero di decessi e numero dimessi per patologia specifica. Descrivono condizioni per le quali la mortalità varia tra le strutture sanitarie in funzione inversa della qualità delle cure
	5%	Tassi di mortalità intraospedaliera per emorragia gastrointestinale	Rapporto tra numero di decessi e numero dimessi per patologia specifica. Descrivono condizioni per le quali la mortalità varia tra le strutture sanitarie in funzione inversa della qualità delle cure
	5%	Tassi di mortalità intraospedaliera per frattura dell'anca	Rapporto tra numero di decessi e numero dimessi per patologia specifica. Descrivono condizioni per le quali la mortalità varia tra le strutture sanitarie in funzione inversa della qualità delle cure
	10%	Tasso mortalità materna	Rapporto tra numero decessi associati a gravidanza e parto / n. dimesse totali per codice specifico
	5%	% cadute per pazienti ricoverati in aree selezionate.	Rapporto tra il numero di cadute ed il numero totale dei pazienti.
	5%	% pazienti con piaghe da decubito rilevate/N.pazienti ricoverati	Rapporto tra il numero di pazienti con piaghe da decubito ed il numero totale dei pazienti ricoverate.



### INDICATORI DI QUALITA' (3)

QUALITA' CLINICA	PESO	INDICATORI STANDARD	
		Denominazione	Descrizione
	6%	n. infezioni da ferite chirurgiche /n. operati	Rapporto tra il numero di infezioni da ferite chirurgiche ed il numero totale dei ricoveri
6%	n. infezioni da catetere vescicale/n. cateterizzati	Rapporto tra il numero dei pazienti con infezioni da catetere vescicale ed il numero totale dei pazienti con catetere vescicale	
5%	% fratture di femore operate entro 2 gg. ammissione	n. fratture di femore entro 2 gg / totale fratture femore	
5%	% richieste di sangue urgenti/totale delle richieste	Rapporto tra il numero di richieste urgenti di sangue ed il numero totale di richieste di sangue	
5%	Peso medio mortalità DRG chirurgico	Il peso medio (PM), è il rapporto tra i punti DRG prodotti e i dimessi .	
5%	Peso medio mortalità DRG medici		
5%	Peso medio mortalità generale		

**INDICATORI DIDATTICA (da acquisire dall'Università)**

PESO	INDICATORI STANDARD	
	Denominazione	Descrizione
15%	% Laureati in corso	Rapporto tra il n. di studenti che si laureano entro l'ultimo anno di corso e il n. di studenti iscritti all'ultimo anno nel periodo considerato
10%	Voto medio del percorso formativo (in trentesimi)	Votazione medio (in trentesimi) conseguito nell'intero percorso formativo
10%	Livello di soddisfazione:	
	a) valutazione partecipata	Rapporto tra il n. di giudizi positivi e il n. totale dei giudizi espressi dagli studenti nell'intero percorso formativo
10%	% media di abbandono del corso	Rapporto tra il n. di studenti che abbandonano il corso e il n. totale di studenti iscritti nel periodo considerato.
10%	media annua di crediti maturati	n. medio di crediti maturati in un anno nel periodo considerato .
10%	Rapporto n. studenti in corso per docente	Rapporto tra il n. totale degli studenti in corso e il numero totale dei docenti
10%	Rapporto n. studenti impegnati in percorsi formativi professionalizzanti per tutor	Rapporto tra il n. totale di studenti impegnati in percorsi formativi professionalizzanti e il n. totale di Tutors
5%	voto medio dell'esame di abilitazione alla professione medico-chirurgica e odontoiatrica	Votazione medio conseguita nell'esame di abilitazione alla professione medico-chirurgica o odontoiatrica nel periodo considerato.
5%	% rapporto rete formativa rispetto minimo fissato MIUR tutte le scuole approvate CUN	Somma n. posti iscrivibili eccedenti rispetto al minimo di tutte le scuole/minimo(3)*n.scuole *100
5%	% rapporto rete formativa rispetto minimo fissato MIUR solo scuole fondamentali attive	Somma n. posti iscrivibili eccedenti rispetto al minimo delle scuole fondamentali/minimo (3)*n. scuole fondamentali *100
5%	Numero master, corsi di perfezionamento/numero docenti facoltà	Rapporto tra il n. totale di Master e di Corsi di perfezionamento attivati dalla Facoltà e il numero totale di docenti della Facoltà nel periodo considerato
5%	n. Crediti ECM medio	n. Crediti ECM complessivo per il 2011 / n. Operatori sanitari*

\* Struttura per le Attività di Formazione

## INDICATORI RICERCA (da acquisire dall'Università)

<b>PESO</b>	<b>CAPACITA' DI ATTRARRE RISORSE PER LA RICERCA</b>	
12%	Progetti finanziati su base competitiva/ Personale docente e ricercatori	Numero progetti finanziati su base competitiva
8%	Finanziamenti per progetti su base competitiva	Ammontare in Euro dei singoli progetti
6%	Progetti finanziati su base non competitiva/Personale docente e ricercatori	Numero progetti finanziati su base non competitiva
6%	Finanziamenti per progetti su base non competitiva	Ammontare in Euro dei singoli progetti
4%	Progetti finanziati dall'industria/Personale docente e ricercatori	Numero progetti finanziati dall'industria/ Personale docente e ricercatori
4%	Finanziamenti per progetti dall'industria	Ammontare in Euro dei singoli progetti
<b>PESO</b>	<b>QUALITA' DELLA RICERCA</b>	
14%	Impact Factor medio di Facoltà	Punteggio di impact factor complessivo su totale pubblicazioni
10%	N. massimo di impact factor conseguito	Punteggio massimo di IF conseguito
14%	% pubblicazioni con IF superiore a 5 §	Rapporto tra il numero di pubblicazioni con IF>10 ed il numero totale di pubblicazioni del periodo
12%	Impact factor di Facoltà/ Personale docente e ricercatori	Punteggio IF
	<b>CAPACITA' DI TRASFERIMENTO TECNOLOGICO</b>	
5%	n. brevetti su totale progetti	Rapporto tra numero di brevetti ed il numero di progetti
5%	n. brevetti / Personale docente e ricercatori	Valore assoluto del numero di brevetti/ Personale docente e ricercatori

**OBIETTIVO GENERALE: C. Rafforzamento dei meccanismi di governance regionale del sistema sanitario**

**C1 Adozione condivisa di strumenti di governance**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
C1.3	Impulso al miglioramento del grado di affidabilità dei conti						
	a) progetto di integrazione dei processi informatici	DptGest.Op.	Econom.Fin.	Progettazione	Lug	Gen	Gen
			Uff.Prestaz				
			Farmacia				
			DMP				

**OBIETTIVO GENERALE: C. Rafforzamento dei meccanismi di governance regionale del sistema sanitario**

**C2 Tavolo sanità Elettronica**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
C2.1	Impulso allo sviluppo delle tecnologie ICT						
	a) istituzione SSD "Gestione CUP Aziendale" (vedi A1.2a)	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Mar		
	b) istituzione SSD "Sistemi Informativi" (L.R. 4/2010 art.39, (L.R. 4/2010 art.39,co.13 e DIF 2010 Obiet Gener. 8b)	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Mar		
	c) progettazione e acquisizione sist.informatico aziendale				Giu	Gen	Gen
	d) attivazione nuovo sistema CUP e aggiornamenti (vedi A1.2a e A1.3)				Giu	Gen	Gen
	e) progett. manutenz.nuovo sistema controllo direzionale				Lug	Gen	Gen
	f) attivazione posta elettronica certificata (vedi A1.3)						
	g) dematerializzazione e archiviazione documenti					Gen	Gen

### **C1.3 Impulso al miglioramento del grado di affidabilità dei conti**

L'acquisizione del nuovo software per il controllo direzionale determinerà le condizioni di migliore integrazione con i dati di gestione. L'integrabilità di tale software con quello che gestisce l'Economico Finanziario, i magazzini in uno con la integrazione con il software che gestisce il personale, consentirà una più tempestiva rilevazione del dato e la conseguente possibilità di intervenire in ordine ad ogni eventuale criticità registrata.

## **C2 Tavolo Sanità elettronica**

### **C2.1 Impulso allo sviluppo delle tecnologie ICT**

Particolare rilievo e priorità assume la progettazione completa delle necessità informatiche ed informative aziendali.

La pianificazione dell'Azienda in ordine allo sviluppo della ICT, riportata nel presente documento, dovrà interagire con ogni sistema informatico terzo per lo scambio di dati e per l'assolvimento degli obblighi informativi che l'Azienda deve assolvere nei confronti della Regione. Per altro verso, l'attivanda PEC rappresenterà il primo step di un programma che, alla fine del triennio dovrà consentire una gestione dei documenti in formato elettronico.

**OBIETTIVO GENERALE: D. Azioni di complemento con effetti non immediati**

D1 Formazione e Comunicazione

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
D1.1	Programmazione delle attività formative						
	a) proposta di regolamento	Direz. Strat.	Str..Formaz.	Approvazione documento	Mar		
			DMP	Convocazione Collegio Dir.	Apr		
			SIOs	Convocazione OO.SS.	Mag		
			Personale				
	b) approvazione	Personale		Delibera	Giu		
	c) rapporti istituzionali con O.R.F.S.	Uff.Formaz.		Report trimestrali	Mar		
	d) ricognizione bisogni formativi e programma formativo	Uff.Formaz.	DMP	Report annuale	Set	Set	Set
			SIOs				
	e) aggiornamento e formazione della rete dei referenti di struttura	Uff.Formaz		Aggiornamento trimestrale	Mar		
D1.2	Sviluppare le attività di formazione in associazione con Università ed Enti di Ricerca	Uff.Formaz	DMP	Progetto annuale	Set	Set	Set
			SIOs				
D1.3	Impulso alla formaz. per la riqualificazione. e ricollocazione del personale	Uff.Formaz	DMP	Progetto	Set		
			SIOs				
			Personale				

**OBIETTIVO GENERALE: D. Azioni di complemento con effetti non immediati**

D2 Formazione e Comunicazione      D3 Tutela della Privacy

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
D2.1	Impulso alla comunicazione delle attività aziendali						
	a)SSD "Informazione e Comunicazione" ( DGR 1079/2008 e DIEF 2010 : Obiettivi Generali: 8b)	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Mar		
	b)proposta elaborazione piano triennale della comunicaz..	Inf. e Com.	DMP	Convocazione Collegio Dir.	Giu		
	c)approvazione	Inf. e Com.		delibera	Set		
	d)relazione annuale	Inf. e Com.			Set	Set	Set
D3.1	Impulso al rispetto delle norme relative alla privacy						
	a) SSD "Ufficio Tutela Privacy" (L.R. 4/2010 art.39 co.14 e DIEF 2010 Obiettivi Gen. 8b)	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Mar		
	b)proposta piano triennale della tutela della privacy	Tut. Privacy	DMP AA.GG.	Convocazione Collegio Dir.	Giu		
	c)approvazione	Tut. Privacy		Delibera	Set		
	d)relazione annuale	Tut. Privacy			Set	Set	Set

**OBIETTIVO GENERALE: D. Azioni di complemento con effetti non immediati**

**D4 Gestione del Rischio**

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
D4.1	Impulso alla corretta gestione del rischio						
	a)SSD "Gestione Rischio"	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Mar		
	b)Aggiornamento componenti "Comitato Gest.Rischio"	Direz.Gen.		Delibera	Mar		
	c)istituzione SSD "Ingegneria Clinica(HTA)" (DIEF 2010. Obiettivi Generali 8b)	Direz. Gen.		Atto Aziendale	Gen		
	-proposta piano triennale di attività	Ing. Clin.	DMP	Convocazione Collegio Dir.	Giu		
			SPP				
	-approvazione	Ing. Clin.	DMP	Delibera	Set		
			SPP				
	-relazione annuale	Ing. Clin.	DMP				
			SPP		Set	Set	Set
	d) documento mappatura del rischio	Direz. Gen.	Ing.Clin.		Feb		
			SPP				
			DMP				
	e)piano delle azioni migliorative	SPP	DMP	Documento	Mar		
			Ing.Clin.	Verifica trimestrale			
			DMP				



**OBIETTIVO GENERALE: D. Azioni di complemento con effetti non immediati**

D4 Gestione del Rischio

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
D4.1	e)flussi informativi per la gestione del rischio						
	-procedura informatica per la registrazione degli eventi	SPP	SIA	Attivazione	Set		
			Uff.Bur-Leg				
	-reportistica degli eventi			Report trimestrale			
	-verifica efficacia buone pratiche adottate			Report quadrimestrale			
	f)elaboraz. procedure di gestione del rischio	Gest.Rischio	DMP	-tempo intercorrente tra	Apr		
			Uff.Bur-Leg	arrivo denuncia e inserimento			
			SPP	dati nel sist.inform.			
				-dati economici gestione			
				sinistri e costi assicurativi			
	g)formazione del personale						
	-corso annuale su"metodi di analisi del rischio"	Gest.Rischio	Uff.Form		Mar	Gen	Gen
	-promozione dell'utilizzo della scheda "incident reporting"	Gest.Rischio		20 strutture per anno			
	-audit			3/anno/struttura			
	-rassegne mortalità & morbilità			6/anno/dipartimento			

## **D1.1 Programmazione delle attività formative**

La formazione del personale rappresenta una funzione strategica nei processi aziendali di innovazione gestionale, organizzativa e tecnologica che consente di favorire lo sviluppo delle competenze, di raggiungere gli obiettivi programmati e di tutelare la salute dei cittadini, garantendo una migliore qualificazione dei servizi, nel rispetto dell'appropriatezza, dell'efficacia delle cure e della congruità con i bisogni di salute.

L'integrazione tra formazione e processi aziendali, consente all'organizzazione di orientare le risorse umane verso i cambiamenti programmati per mezzo dell'attivazione di nuovi comportamenti, fondati sulla centralità degli operatori, quali attori del processo di cambiamento. In tale ottica, la formazione deve essere intesa in senso globale ed orientata sia in senso tecnico-scientifico che in senso gestionale organizzativo ed ancor più in generale, culturale e relazionale.

Coerentemente con i più moderni indirizzi di progettazione e gestione della formazione, in una organizzazione complessa quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." di Foggia è necessario promuovere la massima coerenza fra obiettivi formativi ed operativi tramite una marcata finalizzazione alla soluzione di problematiche e criticità, all'implementazione di nuovi modelli e processi ed allo sviluppo della partecipazione.

Costituiscono finalità della formazione:

- il contributo al raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- la crescita culturale e l'aggiornamento continuo delle diverse professionalità;
- lo sviluppo della multidisciplinarietà e multiprofessionalità, attraverso momenti formativi trasversali, per favorire la flessibilità dell'organizzazione;
- l'integrazione e l'interscambio culturale intra-interaziendale in un'ottica di sviluppo con le altre Aziende sanitarie, Istituzioni ed Enti;
- la diffusione delle conoscenze acquisite per il miglioramento delle attività aziendali;
- la promozione di una cultura della sanità pubblica;
- il riorientamento dell'offerta di attività ai bisogni dei cittadini;
- la valutazione dell'efficacia dell'apprendimento individuale e la rilevazione del cambiamento organizzativo.

La Struttura per le Attività di Formazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." Foggia recepisce gli indirizzi dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (O.R.F.S.) e collabora attivamente con esso anche per il raggiungimento degli obiettivi regionali.

Attraverso una stretta collaborazione con l'Area per le Politiche del Personale, la Struttura per le Attività di Formazione predispone nuove edizioni del Progetto Formativo Aziendale per l'applicazione del D. Lgs. n. 81/08 e s.m., per la formazione degli operatori di nuovo inserimento e l'aggiornamento dei preposti.

Il programma annuale 2011 della Formazione- Aggiornamento è allegato al presente documento (allegato n. 4). Esso sarà annualmente integrato con i programmi corrispondenti agli altri anni del triennio di riferimento, salva la approvazione di un piano pluriennale quando la Regione avrà definito ed emanato quello di riferimento per tutto il SSR.

#### **D1.2 Sviluppare le attività di formazione in associazione con le Università e gli Enti di Ricerca.**

Sono già in atto e proseguiranno convenzioni con varie università, anche telematiche, per lo svolgimento di stage e tirocini.

Sarà richiesta la collaborazione alla Facoltà di Lettere dell'Università degli Studi di Foggia per la realizzazione di un corso di formazione transculturale per gli Operatori Sanitari per facilitare l'approccio con l'Utenza straniera.

#### **D1.3 Impulso alla formazione per la riqualificazione e ricollocazione del personale**

Organizzazione, in collaborazione con l'Organismo regionale per la Formazione in Sanità (O.R.F.S), di un corso per l'inserimento delle figure di supporto, da collocarsi stabilmente nel programma aziendale di formazione per i neo-assunti.

### **D2. Informazione e Comunicazione**

Si è già avuto modo di considerare, nella parte generale del presente documento di Pianificazione, come quella della "Comunicazione" è parte, irrinunciabile dello sviluppo, ma anche dell'esistenza, della Organizzazione aziendale, contemplando una accezione unitaria della comunicazione come sistema permanente che consente il trasferimento interno delle informazioni e delle conoscenze e la trasposizione esterna (o visibile) delle occasioni e modalità, prima pianificate e programmate, e poi realizzate dalla complessiva organizzazione aziendale. Essenziale è, a tali fini, la interlocuzione continua interna con la rappresentanza del mondo aziendale del lavoro ed esterna con le istituzioni e con le rappresentanze dei cittadini destinatari delle funzioni di tutela della salute e con le Organizzazioni del volontariato in Sanità, realizzata e completata con il sistema permanente di audit.

L'attuale evoluzione di tutto il sistema pubblico si sta organizzando per migliorare il rapporto con l'utenza e favorirne la partecipazione attraverso adeguate azioni di informazione e comunicazione. Perché i messaggi essenziali siano efficaci è necessario che siano attrattivi di

attenzione e ben destinati: per questo è opportuno che si attivi una funzione mirata al “marketing sanitario” ed allo sviluppo progettato

La funzione amministrativa si propone di costruire i canali per l'ascolto e veicolare il feed back all'interno delle organizzazioni al fine di migliorare i punti critici della comunicazione istituzionale, quali l'assenza di coordinamento delle informazioni, la mancata definizione del target dei destinatari, l'uso di un linguaggio burocratico. Un sistema di comunicazione informazione, correttamente strutturato, riduce la complessità del sistema organizzativo, chiarisce le modalità di passaggio delle informazioni istituzionali, abbassa il livello della comunicazione informale ed i rumori che ne conseguono.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." Foggia deve assolvere il compito di assicurare l'offerta di servizi sanitari di elevata specializzazione principalmente per una vasta area ricadente nella zona settentrionale della Regione Puglia, caratterizzata dalla presenza di più soggetti pubblici istituzionali che erogano prestazioni sanitarie e da strutture private accreditate; non solo, ma, in ragione del proprio ruolo di soggetto “istituzionale”, non limitato territorialmente, anche per utenti extra-regionali: donde la essenzialità di ridurre l'attività generalista e mirare a quella di elevata specializzazione.

Il Bacino provinciale è costituito da 61 comuni con una popolazione complessiva di oltre 640.000 abitanti di cui circa 160.000 nel solo comune capoluogo. La posizione geografica di ubicazione della Struttura ne fa un naturale riferimento anche la Provincia BAT, appartenente alle stesse macro aree territoriali della Provincia di Foggia, nonché per le province confinanti extra-regione, quali Benevento, Campobasso, Potenza, ecc.. All'interno dell'Azienda prestano mediamente servizio oltre 2.500 dipendenti, ai quali si aggiunge il personale dell'indotto, nonché i Docenti universitari conferiti all'assistenza.

In un quadro così articolato, è necessario **cioè, comunicare l'identità e la mission aziendale** degli "OO.RR." Foggia, consistenti sia nell'assicurare adeguati livelli di specializzazione della assistenza sanitaria ai cittadini, nel “monitoraggio” costante del corretto rapporto tra domanda e offerta, nella verifica e miglioramento della qualità, sia con particolare riferimento alla revisione dei percorsi di cura, all'appropriatezza dei ricoveri, ai tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, sia nella didattica e nella ricerca, peculiarità precipue dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria.

L'obiettivo che si pone l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." di Foggia è quello della comunicazione integrata, superando il dualismo dell'ordinaria distinzione tra comunicazione interna ed esterna, basata unicamente sul destinatario di riferimento e prevedendo, partendo da

medesimi obiettivi, un coordinamento tra vari strumenti e attività di comunicazione: rapporti con gli organi ufficiali di stampa e di informazione, partecipazioni e patrocini di eventi speciali, manifestazioni, promozione e pubblicità del servizio e delle modalità di accesso, anche attraverso supporti cartacei e pagine WEB.

Bisogna confermare (sempre) che la comunicazione non è un “settore” dell’amministrazione, ma è sistema necessario e sostanziale dell’attività amministrativa. A tali fini, non è sufficiente limitarsi ad istituire dei servizi specializzati come l’URP o l’Ufficio stampa, ma è necessario che le attività di comunicazione siano trasversali a tutte le funzioni e vengano percepite come fattori che permeano l’intera azione amministrativa.

La comunicazione e le informazioni sono ancora più essenziali per i servizi sanitari che operativi e realizzati come servizi “ad personam”, perché implicano un rapporto unico ed esclusivo tra singolo operatore e singolo utente, qualunque sia il motivo per il quale quest’ultimo accede al servizio sanitario pubblico. Ciascun operatore, amministrativo o sanitario, rappresenta l’Azienda, ogni volta che si rapporta con un utente. Ogni Dirigente/Responsabile, nell’ambito della propria autonomia organizzativa, deve porre in essere tutte le azioni che possono agevolare processi comunicativi all’interno della propria Struttura, e quando si rivolge ai destinatari della funzione di tutela, al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi strategici e strumentali alla politica di governo della missione propria e di pianificazione aziendale.

E’ necessario, quindi, un piano che rappresenti una modalità di coordinamento delle attività per massimizzare l’utilizzo delle risorse umane ed economiche e creare sinergie e integrazione tra le azioni di comunicazione per contribuire a rendere efficaci e soddisfacenti le relazioni con i cittadini.

Sostanzialmente si tratta di:

- aumentare la fruibilità dell’informazione ai cittadini;
- aumentare e curare la visibilità esterna dell’Azienda;
- potenziare le attività di comunicazione e informazione a e tra dipendenti e collaboratori (comunicazione interna);
- sviluppare il senso di appartenenza;
- contribuire al miglioramento e allo sviluppo della qualità dei servizi;
- fornire una comunicazione priva di contraddizioni e coerente e in grado di dare significato ai mutamenti che si devono affrontare nell’Azienda;
- rendere note attività clinico-scientifiche svolte in Azienda;

- gestire l'informazione con i mezzi di comunicazione di massa;
- determinare le prospettive di azione sulla base sia dei bisogni sanitari della utenza e sia sul modo migliore possibile con cui questa si auspica di riceverne soddisfazione.

### **D3. Aggiornamento del Documento Programmatico sulla sicurezza ( DPS )**

#### **D3.1 Impulso al rispetto delle norme relative alla privacy**

È necessario continuare a garantire l'aggiornamento del Documento programmatico sulla Sicurezza dei dati personali e sensibili. Tale documento terrà conto di tutte le modifiche dinamiche registrate in azienda in tema di acquisizione di nuovi software e procedure e le quali gestiscono dati sensibili. La Struttura competente e il responsabile sulla privacy continuerà a verificare ogni necessità di adempimenti connessi agli obblighi di gestione dei dati aziendali nel rispetto della normativa vigente: consenso informato, impulso alle strutture assistenziali per l'utilizzo della modulistica appropriata, diffusione delle comunicazioni-informazioni ed apposizione di avvisi in tutti i locali dell'Azienda atti a fornire notizie agli utenti sulle modalità del trattamento dei dati alle quali l'Azienda si attiene. Verificare, altresì, che l'Azienda adegui il proprio operato, ad ogni modifica legislativa registrata nel tempo.

### **D4. Gestione del Rischio**

#### **D4.1 Impulso alla corretta gestione del rischio**

All'interno degli ambienti ospedalieri, ogni azione è potenzialmente legata ad un rischio.

Poiché non è possibile eliminare completamente ogni pericolo, l'obiettivo coerente con i tempi deve essere quello di adottare una Politica di Gestione del Rischio a tutela degli Utenti e degli Operatori, che ne possa ridurre e, quindi, limitare l'occorrenza. A tali fini sarà necessaria la istituzione di una apposita articolazione operativa, per la "gestione del rischio" anche condividendo che tale funzione non può essere disgiunta da quella per la qualità

Fattori favorenti il rischio sono la complessità del sistema e la specificità di ciascun paziente. Nei sistemi complessi, infatti, dove le variabili non note fanno la differenza, lavorare con quelle note vuol dire essere certi che l'operatore sia convinto della procedura e, in quanto formato, pronto a renderla operativa in maniera corretta.

Punto di partenza di un'efficace azione di prevenzione è l'introduzione di metodologie di risk management, partendo da programmi di miglioramento continuo che sono in grado di limitare di per sé il verificarsi degli errori, identificando la tipologia di errore, sviluppando meccanismi compensativi in grado di ridurre la probabilità che questo si verifichi, migliorando l'accesso alle

informazioni e la condivisione delle conoscenze (Knowledge management), standardizzando i processi e garantendo formazione e aggiornamento continui degli operatori.

Il percorso di risk management necessita, come facilmente intuibile, di un approccio multidisciplinare e quindi di conoscenze in ambiti differenti. E' fondamentale anche il potenziamento degli strumenti di feed back, portando avanti una sorta di partnership con i cittadini/utenti/pazienti per migliorare l'assistenza sanitaria.

L'Azienda ha pronto il generale documento di valutazione del rischio, che la Direzione Generale approverà formalmente subito.

Punti focali per la Gestione del Rischio all'interno dell'Azienda sono:

**1. Analisi preliminare della documentazione disponibile per identificare e valutare i rischi**

è di rilevante necessità la esistenza di un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dai referenti di quelle aree aziendali ove sono potenzialmente situate le informazioni necessarie (Direzione Sanitaria, Ufficio Legale, Medicina Legale, DMP, Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Tecnico, Farmacia, Blocco Operatorio, Servizi Infermieristici, Ufficio Relazioni con il Pubblico ecc.). Vengono analizzate e classificate le richieste di risarcimento danni, con lo scopo di evidenziare: tipologia di errore (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc.), ambito di pertinenza (Struttura, Area, etc), data accadimento, data richiesta danni, valorizzazione economica (importo richiesto, stimato e liquidato).

**2. Analisi storica degli incidenti per identificare le soluzioni che possono dare origine ai rischi.**

L'analisi cognitiva degli errori consente di verificare sia i processi critici identificati secondo una logica che considera sia i limiti delle capacità umane, sia i fattori attribuibili all'organizzazione.

**3. Definizione delle azioni di miglioramento dei rischi e delle possibili alternative**

Poiché nella maggior parte dei casi il concetto di "rischio zero" non esiste, tutte le azioni correttive/di miglioramento, non possono che essere orientate alla riduzione dei rischi, agendo o sulla riduzione delle probabilità di accadimento o sul contenimento/gestione dei danni qualora gli eventi dovessero ugualmente manifestarsi. La priorità di intervento deve essere identificata secondo i criteri di: probabilità di occorrenza, probabilità di rilevabilità, gravità e costi.

**4. Realizzazione delle azioni di miglioramento: revisione dei sistemi di sicurezza, elaborazione di piani di emergenza, piani di comunicazione della crisi, creazione di un sistema di gestione di qualità, formazione di personale.** Tutte le azioni di miglioramento

individuare e realizzabili devono essere adottate secondo un approccio sistemico, coinvolgendo tutte le aree aziendali interessate, ove possibile sono tradotte in procedure, anche con l'ausilio di enti esterni. Un aspetto essenziale è la formazione del personale, sia nella fase di implementazione iniziale di un modello aziendale di risk management, sia nella fase di mantenimento/sviluppo costante dello stesso, si dovrà far riferimento alle metodologie per l'analisi degli errori alla Root Causes Analysis (RCA), alla FMEA-FMECA (Failure Mode and Effects Analysis) e all'Audit.

#### **5. Verifica nel tempo delle procedure.**

La efficacia delle procedure deve essere periodicamente verificata.

#### **6. Analisi dei reclami dei pazienti.**

I reclami dei pazienti vengono analizzati per l'adozione di provvedimenti del caso. Inoltre, vengono classificati e trasmessi trimestralmente alla ARES Puglia.

#### **7. Analisi delle segnalazioni del personale e dei near misses.**

Altra preziosa di informazioni, è l'introduzione di un sistema di segnalazione degli eventi indesiderati (incident reporting) ad opera del personale, per eventi accaduti o potenziali, a prescindere se vi sia stato un danno per il paziente.

#### **8. Gestione del rapporto con i pazienti e con le assicurazioni.**

Il corretto rapporto con il paziente è fondamentale per la gestione del rischio. Infatti, un paziente informato e consapevole, in caso di un evento che determini un danno, sarà molto più collaborante e meno aggressivo nell'attivare un contenzioso.

L'Ufficio Legale gestisce correttamente il contenzioso, con uno scambio continuo di informazioni con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ed aree ospedaliere nelle quali sono stati registrati gli errori, curando i rapporti con le Assicurazioni, tutelando l'Azienda ed i suoi dipendenti, riconoscendo i diritti degli Utenti.

#### **EVENTI SENTINELLA**

1. Procedura in paziente sbagliato;
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
3. Errata procedura su paziente corretto;
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure;
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO;
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia;



7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
  8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita;
  9. Morte o grave danno per caduta di paziente;
  10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale;
  11. Violenza su paziente;
  12. Atti di violenza a danno di operatore;
  13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
  14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del PS;
  15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico;
  16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.
- È introdotta nell'Azienda l'utilizzo della modulistica, della quale si riporta fac-simile.

E' introdotto nell'Azienda l'utilizzo della scheda di Incident Reporting, di cui si riporta fac-simile

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Unità operativa			
	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo)			
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/caposala <input type="checkbox"/> Altro specificare		
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)			
	Anno di nascita/Età	N. di scheda nosologica		
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...)			
	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.			
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare	
	<input type="checkbox"/> Ricovero DH	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Altro _____	
<b>Descrizione dell'evento</b> (Che cosa è successo?)				
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento</b> (è possibile indicare più di una risposta)				
Fattori legati al paziente	Grossa fragilità o infermità	<input type="checkbox"/>	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/>	Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>	Gruppo nuovo/inesperto	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>	Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>	Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>	Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>	Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	<input type="checkbox"/>
	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Presca scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>	Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inesatta lettura documen./etichetta	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>	Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
	Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Altri fattori (specificare):				
<b>Fattori che possono aver ridotto l'esito</b>				
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce	<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo			
<input type="checkbox"/> Buona assistenza	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
<input type="checkbox"/> Fortuna				
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b>				
Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Ricovero in TI <input type="checkbox"/>	
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> Visita	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/>	
ECG	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Ricovero	<input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/>	
<b>Come si poteva prevenire l'evento?</b> (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.				
<b>L'evento è stato riportato sulla documentazione clinica?</b> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

-----Da questo punto in poi compilazione a cura del responsabile-----

Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	<b>NESSUN ESITO</b> – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO MINORE</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO MODERATO</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO SIGNIFICATIVO</b> – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO SEVERO</b> – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno) Raro (meno di 1 evento/anno)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4) Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
In che modo?		
L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.) Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Se sì, quale?		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Commentare		

Nome del Responsabile di UO \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**OBIETTIVO GENERALE: E.      *Maggiori ricavi per le aziende sanitarie***

E1      ExtraLEA e azioni di recupero di attività non riscosse e rimodulazione ticket

Cod.	Interventi operativi Descrizione	Attribuzione		Indicatori Descrizione	Cronoprogramma		
		Responsabilità	Integrazione		2011	2012	2013
E1.1	Impulso alle azioni di recupero e rivalsa da parte dell'Azienda				Apr.		
	a)elaborazione specifica procedura	Prestazioni	Uff. Legale e DMP	Piano e programma operativo: Esecuzione continua	Mag.	Gen.	Gen.
E1.3	Impulso alle azioni per recupero ticket non pagato						
	a)elaborazione specifica procedura	Prestazioni	Econ-Fin	Piano e programma operativo: Esecuzione continua	Mag.	Gen.	Gen.
			Uff. Leg,				
E1.4	Efficienza nella gestione dei pagamenti ai fornitori e dei relativi tempi (DIEF 2010 4.2.13) in relazione a disponibilità finanz.	Econ.-Finanz.		Riduzione dei tempi			
	a)abbattimento tempi di liquidazione fatture			20% /se solubili)	Dic		
				30% (in realzione a solvenza)		Dic	
				mantenimento			Dic
E1.5	Adozione regolamenti						
	a)telefonia – Adozione regolamento	Gest.Imp.		Proposta di regolamento	Mag.		
	b)utilizzo automezzi aziendali	Aff.Gen.		Proposta di regolamento	Mag.		
	c)viabilità interna - Adozione di piano e disciplina, con aggiornamento	DMP	Aff.Gen	Proposta di regolamento	Mag.		
			Gest.tecn			Gen.	Gen.
	d)liste di attesa	Uff Prestaz	DMP- Qualità	Predisporre piano,progr az	Mag	Gen.	Gen.

**E 1. 1.:** Impulso delle azioni di recupero e rivalsa da parte dell'Azienda.

**E.1.3:** : Si garantisce il mantenimento dell'attività fino ad ora attuato ed elaborazione di specifica procedura.

**E1.4:** Premesse le sofferenze di liquidità evidenziate da sempre, si sottolinea come, proprio con il DIEF 2010, siano state ridotti i ratei mensili che la Regione trasmette all'Azienda e rivenienti dallo stesso DIEF. Tale riduzione aggrava la citata sofferenza finanziaria con una prospettabile conseguenza dell' ulteriore allungamento dei tempi di pagamento verso fornitori. A lume di tanto gli obiettivi sembrerebbero contraddittori.

L'obiettivo indicato nella tabella deve intendersi pertanto, perseguibile solo in relazione agli adempimenti che gli uffici devono garantire a prescindere dalla effettiva possibilità di estinzione del debito. Per quest'ultimo aspetto i gradi di raggiungimento degli obietti si intendono subordinati alla effettiva disponibilità finanziaria. Peraltro, i vari adempimenti saranno resi più evidenti a seguito della implementazione del processo di informatizzazione, che dovrà necessariamente introdurre metodiche atte a rendere trasparente tutto il procedimento connesso alla liquidazione, modalità e tempi di pagamento, sia per quanto attiene le competenze dei singoli uffici, sia in relazione al rispetto dei tempi assegnati. L'aspettativa è che, nel triennio, possano pervenire più trasferimenti finanziari da parte della Regione.

**E.1.5:** Adozione regolamenti

- a) telefonia. L'adesione dell'Azienda alla convenzione CONSIP per l'affidamento di telefonini a personale preventivamente individuato è stata determinata dall'esigenza di abbattere i costi di telefonia che registravano i picchi più alti nella tipologia di telefonate da fisso a mobile. Tale processo va completato nel senso di rendere sempre più stringente l'uso del telefono aziendale anche con la predisposizione di apposita regolamentazione.
- b) utilizzo automezzi. L'Azienda registra un utilizzo degli automezzi limitato alle casistiche strettamente necessarie e per compiti istituzionali comprendenti anche mobilità intramuraria di pazienti e beni sanitari. Si prevede, comunque, l'impegno a monitorare tale servizio, da parte della Struttura a cui afferisce la gestione degli utilizzi, anche attraverso la elaborazione di specifici disciplinari operativi, che possono essere contemplati da un regolamento da proporre alla Direzione Generale per l'adozione.

- c) viabilità interna: completamento dell'iter già avviato e finalizzato alla razionalizzazione della viabilità interna e dell'uso dei parcheggi. Predisposizione di apposito progetto di interventi lavori e regolamentazione.
- d) liste di attesa: entro il mese di maggio 2011 dovrà essere presentato alla Direzione Generale il Piano ed il programma per la riorganizzazione dei tempi di attesa e di risposta per gli accessi dell'esterno, nonché quello relativo alla iniziativa da assumere e gestire per la riduzione dei tempi di attesa intesi per accessi a diagnostica, per i tempi di risposta e per i tempi pre-operatori.

Entro il 1° semestre 2011, in coerenza con la DGR 2268/2010, il Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa ed il DIF 2010-2012, verrà utilizzato il nuovo software per la gestione del **CUP** al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta delle prestazioni con quello della domanda, per gestire al meglio tutta l'attività istituzionale erogata dall'Azienda. Sarà prevista successivamente anche la modalità di prenotazione via web dando la possibilità di prenotare sia ai singoli utenti che agli operatori sanitari, quali i medici di medicina generale e le farmacie territoriali. Inoltre con il nuovo sistema CUP si potranno monitorare e controllare i tempi di attesa per una eventuale riprogrammazione delle disponibilità delle agende di prenotazione degli ambulatori.

Con riferimento alle prestazioni di primo accesso individuate nell'elenco allegato alla DGR 2268/2010, qualora nella prescrizione è inserito il codice "G" o "U", che indica la priorità dell'erogazione della prestazione, l'Azienda attualmente è in linea con i tempi massimi previsti in quanto, in ottemperanza alle DGR n°1200/2006 e n°68/2007, si è proceduto ad una riorganizzazione degli ambulatori prevedendo dei percorsi preferenziali per alcune aree quali l'area oncologica, cardiovascolare, materno- infantile e geriatrica.

In ogni caso, sarà necessaria contrattazione-condivisione con la ASL provinciale delle iniziative, anche integrate, per ridurre i tempi di attesa e per riorientare la domanda verso le aree di offerta più pertinenti per Livelli Essenziali di assistenza (come funzione di garanzia-offerta).

## AZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE

### MALATTIE CARDIOVASCOLARI

I recenti dati epidemiologici rilevati dall'ISTAT evidenziano che il 25% della popolazione italiana è affetta da patologia cardiovascolare il cui costo, relativo ai soli interventi cardiocirurgici, è stimato in circa 650 milioni di €/anno. Tra i determinanti dell'aumento della prevalenza di tale patologia sono da prendere in considerazione sia l'invecchiamento della popolazione, sia che l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti.

Per tale problematica assistenziale, all'interno dell'A.O.U. vengono attivati nell'anno 2011 i seguenti gruppi operativi interdipartimentali:

- *Percorso angioplastica primaria*, composto da dirigenti medici della Centrale Operativa 118, della Medicina di Accettazione e di Urgenza, della Cardiologia.

#### *Obiettivi:*

- garantire un intervento rapido ed appropriato già in fase pre-ospedaliera per l'eventuale trattamento trombo litico e per l'accompagnamento del paziente con rischi più elevati alla struttura ospedaliera più idonea;
- *Cardiopatía ischemica*, composto da cardiologi, internisti, radiologi (TAC coronarica), medico nucleare (scintigrafia miocardica). E' noto che il trattamento in emergenza dell'evento coronarico acuto ha consentito di ridurre la mortalità ospedaliera a circa il 3%. E' pur vero, però, che la mortalità a 2 mesi e a 12 mesi dall'evento rispettivamente si raddoppia e si triplica. Questi dati evidenziano la necessità della costruzione di un sistema a rete di protezione del paziente che, attraverso adeguato follow-up, possa trovare la migliore risposta programmata all'interno dei vari punti di accesso al sistema sanitario regionale.

#### *Obiettivi:*

- ridurre la mortalità a distanza dall'evento acuto attraverso programma di follow-up integrato con le strutture territoriali;
- garantire la migliore appropriatezza clinica ed erogativa, programmando il trasferimento, quando indicato, da setting assistenziali più complessi a quelli più semplici;
- *Scompenso cardiaco*, composto da cardiologi, internisti, nefrologi, pneumologi. Nonostante i significativi miglioramenti in campo terapeutico, la prevalenza di tale patologia è in aumento sia per l'aumento dell'età media della popolazione sia per l'aumento della sopravvivenza dei

pazienti affetti da cardiopatia. Si stima che in Italia lo scompenso cardiaco determina 150.000 ricoveri/anno e che circa un quarto di questi si reitera nell'arco di un anno.

*Obiettivi:*

- programmare un monitoraggio epidemiologico;
- garantire la continuità assistenziale al fine di migliorare gli outcome clinici (morbilità, mortalità), umanistici (stato funzionale, qualità di vita) ed economici;
- favorire la comunicazione inter/intraprofessionale finalizzata alla elaborazione di linee guida condivise sia sugli aspetti tecnici che su quelli educazionali;
- *Ipertensione arteriosa*, composto da internisti, cardiologi, endocrinologi, nefrologi, ginecologi, neurologi, geriatri e pediatri. La presenza di un gruppo operativo multidisciplinare con competenza specifiche sulle varie problematiche cliniche connesse con l'ipertensione arteriosa consente un inquadramento olistico del paziente ed evita, pertanto, il ricorso ad accessi multipli in tempi differenti a strutture assistenziali diverse. In tal modo si potrà ovviare, almeno in parte, al fenomeno del "micro sezionamento del paziente" a opera di diversi medici specialisti, in grado di fornire consulenze diagnostico-terapeutiche appropriate, ma talora di beneficio solo parziale.

Un ulteriore passo verso la migliore efficacia assistenziale può essere realizzato attraverso il "trasferimento" delle prestazioni specialistiche negli ambulatori della medicina di gruppo. Ciò faciliterebbe la continuità assistenziale e favorirebbe la presa in carico globale del paziente da parte del MMG che si farebbe garante, in maniera diretta e contestuale, dell'approccio olistico alle problematiche cliniche del paziente.

*Obiettivi:*

- elaborazione di percorso diagnostico-terapeutico in grado di rendere le prestazioni in setting assistenziali più appropriati possibili;
- riduzione della morbilità espressa come frequenza di ricoveri per complicanze connesse con la malattia ipertensiva.

L'approccio organizzativo nei gruppi operativi attivi sulla patologia cardiovascolare all'interno di questa Azienda può essere replicato anche nelle strutture territoriali. L'integrazione delle attività svolte dalle varie strutture può avvenire all'interno di un Dipartimento Interaziendale che, in tal maniera, offre al paziente percorsi predefiniti suggerendo la modalità di accesso (ricovero in emergenza, ricovero ordinario, ricovero in DH, visita specialistica) e la struttura di accesso più



appropriata (Ospedale di alta specialità con Emodinamica , UTIC e Cardiochirurgia, Ambulatorio Ospedaliero o Distrettuale o Ambulatorio del proprio Medico di Famiglia).

### **MALATTIE ONCOLOGICHE**

La prevalenza nazionale della patologia neoplastica è di 2.000.000 di casi, mentre la incidenza è di circa 250.000 nuovi casi/anno.

Dati controllati relativi alle misure di frequenza della patologia neoplastica nella Provincia di Foggia non sono attualmente disponibili. Sono noti, invece, i tassi di ospedalizzazione per tale patologia. Essi evidenziano una sostanziale stabilità del fenomeno, salvo che per i tumori del colon che sono aumentati da 558 nel 2001 a 690 nel 2008 (+ 24%).

La severità della patologia, nonché il grave impatto sociale che essa determina, induce a dover costruire una rete informativa attraverso la quale raccogliere i dati relativi alle misure di frequenza e i relativi outcome dei vari tipi di tumore.

In altra parte del presente documento sono state evidenziate le criticità che questa Azienda sta vivendo nel campo dell'assistenza oncologica. Pertanto, la risposta assistenziale che può essere garantita deve fare riferimento al migliore impiego possibile delle risorse disponibili. A tal fine, anche per la patologia oncologica, l'Azienda prevede il conferimento di incarichi dirigenziali finalizzati a costruire percorsi assistenziali intra-aziendali e inter-dipartimentali per le neoplasie di maggiore prevalenza. Ciascun gruppo operativo prevede, infatti, la presenza dell'oncologo, del chirurgo, del radioterapista, dell'anatomo-patologo, del medico nucleare, del laboratorista, dello psicologo, dell'esperto nella terapia del dolore, che insieme organizzano la migliore sequenza temporale delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, di cui il paziente può avere necessità. Inoltre, nell'ambito della struttura complessa presso la quale il paziente è degente in ragione della sede della patologia neoplastica, è prevista la presenza di un dirigente medico con incarico specifico di assistenza condivisa con il territorio, a cui compete relazionarsi con le strutture territoriali, nonché con le associazioni di volontariato, al fine di preconstituire, anche al di fuori della struttura ospedaliera, il migliore percorso assistenziale possibile. La continuità assistenziale deve essere promossa anche attraverso la relazione costante con le strutture territoriali per le cure palliative e per la terapia del dolore. Per quest'ultimo aspetto, presso l'Azienda è attiva una Struttura Semplice di Terapia del Dolore che svolge intensa attività assistenziale anche a favore di pazienti ambulatoriali.

Da quanto sopra si evince, che l'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi è un passaggio qualificante che deve tradursi in atti stabili, continui, non occasionali, che diano, cioè,

certezza ai pazienti delle modalità operative dell'intero sistema assistenziale. Per tale motivo, in accordo con l'ASL territoriale e l'IRCSS di San Giovanni Rotondo, è stato costituito il Dipartimento Interaziendale della Provincia di Foggia per l'assistenza specialistica in Oncologia ed Ematologia la cui attività si è concretizzata nella elaborazione della carta di servizi oncologici provinciali, in corsi di formazione per MMG, incontri scientifici multi specialistici e multi professionali su temi onco-ematologici finalizzati alla presa di coscienza della necessità del lavoro in rete ed alla conseguente elaborazione di specifici percorsi assistenziali. Attraverso il Dipartimento Interaziendale viene garantito un coordinamento unitario dei servizi al fine di assicurare risposte appropriate ai bisogni, fisici, psicologici e sociali del paziente e della sua famiglia.

### **SALUTE MENTALE**

La tutela della salute mentale costituisce uno degli obiettivi principali del S.S.N.. Infatti, sempre più rilevante è l'emergere di nuovi bisogni in uno scenario sociale e sanitario mutato.

In questa A.O.U., da circa un ventennio, l'approccio a tale problematica è stato intrapreso in maniera culturalmente originale con il "metodo alla salute" teorizzato dal Dirigente Medico titolare dell'incarico di S.S.D. del "Centro di Medicina Sociale"

L'approccio al "disagio", comunque determinato, teorizzato nel "metodo alla salute" è centrato innanzitutto sulla visione olistica della persona che trae energia vitale per la propria vita dalle relazioni con gli altri e con l'ambiente. Se la soluzione del proprio disagio passa attraverso la relazione con l'altro, è necessario ipotizzare la presenza di un'aggregazione sociale molto forte che, in realtà, nella società che si è andata definendo negli ultimi anni, è difficile ritrovare. All'interno della società attuale, infatti, si registra, da un lato, la progressiva scomparsa della comunità, come viene tradizionalmente intesa, dall'altra la progressiva affermazione di una condizione sociale che, con un ossimoro, si potrebbe chiamare "individualismo collettivo", o, con linguaggio sociologico, "società degli individui" o "società liquida". Essa, dinanzi a realtà scomode o dolorose, quali quelle connesse con il disagio diffuso, adotta comportamenti che indicano l'incapacità o il rifiuto di guardare in faccia la realtà della sofferenza altrui. La delega del sostegno alla fragilità a istituzioni impersonali è la conseguenza dolorosa dello sviluppo della società individuale.

L'approccio al disagio diffuso, in antitesi alla "società dei singoli", parte da un fondo comune di emozioni, di bisogno di affettività e di sostegno e individua in uno spazio comune il luogo della condivisione dell'esperienza emotiva ed affettiva di tutti i partecipanti, che, non più "singoli", ma

riuniti in gruppo, attraverso la rielaborazione dei propri vissuti, costruiscono percorsi di apprendimento che siano in grado di risvegliare nei singoli le proprie potenzialità di crescita.

Da quanto sopra, l'approccio olistico globale alla persona con disagio, proposto dal "metodo alla salute", è facilmente condivisibile dal punto di vista sociologico per i non addetti al lavoro. Sicuramente esso è altrettanto condivisibile anche per gli psichiatri che non si riconoscono nella psichiatria classica dove le emozioni, i sentimenti, il cosiddetto fondo comune non sempre vengono analizzati quali occasioni per la terapia del disagio.

La psichiatria classica fa ricorso, invece, all'utilizzo di farmaci che, tra antidepressivi SSRI, antidepressivi tri-ciclici, antipsicotici e ansiolitici, hanno determinato una spesa di circa 440 milioni di € nei primi nove mesi del 2009, ovvero un incremento medio di circa 8% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. E' evidente il conflitto tra un approccio al disagio basato sull'incontro con l'alterità e quello della psichiatria classica basata sui farmaci. Tale contrasto è ancora più evidente quando si consulta la letteratura in merito all'efficacia degli psicofarmaci, in particolare degli antidepressivi-SSRI, che da soli rappresentano oltre il 50% della spesa sostenuta dal SSN per la terapia della depressione, psicosi e ansia.

La metanalisi di Kisch su 47 trial clinici randomizzati in doppio cieco, pubblicata nel 2002, ha evidenziato quanto segue:

- il miglioramento registrato dai pazienti è dovuto per l'82% al placebo e solo per il 18% all'antidepressivo-SSRI;
- all'aumento della dose di antidepressivi-SSRI non corrisponde parallelo aumento dell'efficacia degli stessi;
- il miglioramento registrato con l'uso degli antidepressivi SSRI, per quanto statisticamente significativo, non è clinicamente significativo;
- la stabilità della risposta agli antidepressivi-SSRI non è maggiore di quella del placebo;
- non si può trascurare l'ipotesi secondo la quale la superiorità degli antidepressivi\_SSRI rispetto al placebo possa essere semplicemente dovuta ad un potenziamento dell'effetto placebo derivante dalla presa di coscienza da parte del paziente di stare assumendo il farmaco e non il placebo, sulla scorta degli effetti collaterali determinati dal farmaco stesso.

Inoltre, Kirsch rilevò che più della metà (57%) degli studi finanziati dalle case farmaceutiche per dimostrare l'efficacia degli antidepressivi SSRI fallirono e gran parte di questi non furono pubblicati.

Lo studio di Kirsch non è rimasto isolato: gli studi di Whittington et al (2004), di Abbas (2006), Moncrief (2007), di Turner (2008), Hughes (2009) sono giunti ad analoghi risultati, dimostrando come nella depressione l'effetto del placebo sia prevalente rispetto a quello del farmaco.

Paradossalmente, proprio i trial clinici randomizzati, considerati come lo strumento tecnico più fine per valutare l'efficacia di farmaci o procedure, hanno dimostrato in maniera inequivocabile l'enorme importanza dell'influenza del rapporto interpersonale.

I dati della letteratura, soprattutto per gli aspetti connessi con i criteri non trasparenti di pubblicazione dei risultati, hanno confortato la scelta di contrapporre all'utilizzo dei farmaci il "metodo alla salute" per affrontare le problematiche correlate con il disagio.

In sintesi, non mancano evidenze scientifiche che rendono ragione dell'approccio alternativo del "metodo alla salute" rispetto alla psichiatria classica nei confronti di persone con disagio.

Purtroppo, l'esperienza ventennale foggiana dell'impiego del "metodo alla salute", per quanto documentata da una serie di riconoscimenti e dalla descrizione di numerosi casi risolti in maniera positiva, è carente dal punto di vista metodologico, anche se non si possono sottacere le difficoltà connesse con la ricerca sui risultati della psicoterapia.

Esiste un ritardo di vari decenni tra la psicoterapia e altri settori della psichiatria o della medicina, più adatti all'investigazione scientifica tradizionale.

I problemi connessi alla valutazione dei risultati della psicoterapia sono essenzialmente di due tipi: innanzitutto quello di misurare il cambiamento del paziente durante la terapia, per esempio nei termini della differenza di determinate variabili (variabili dipendenti) tra l'inizio e la fine della terapia, e in secondo luogo quello di stabilire in che misura il cambiamento è dovuto alla psicoterapia e non ad altri fattori intervenuti nella vita del paziente in quello stesso periodo di tempo (fattori di confondimento).

Tradizionalmente, il primo problema viene risolto da molti ricercatori con la somministrazione di questionari o test (come l'MMPI, la scala di Hamilton per la depressione, GHQ-28, SF-36 ecc.), in condizioni simili sia prima che dopo la terapia, per misurare quantitativamente le differenze di ogni singola variabile. Il secondo problema invece viene affrontato con l'utilizzo di gruppi di controllo, cioè con la somministrazione dei medesimi test, negli stessi intervalli di tempo, a un gruppo di individui non trattati. Dato però che notoriamente in psicoterapia è problematico concettualizzare e creare una situazione di "non trattamento", ovvero di placebo, esistendo pur sempre un coinvolgimento psicologico del ricercatore con i soggetti studiati che costituisce quindi un tipo di intervento psicologico, secondo la maggioranza degli autori l'unico controllo praticabile

è quello con un gruppo di pazienti trattati con una psicoterapia diversa, utilizzando cioè una tecnica psicoterapeutica come "placebo" nei confronti di un'altra .

Tutte queste ed altre considerazioni hanno portato alcuni ricercatori a progettare sistemi di valutazione dei risultati della psicoterapia basati non più sulle tradizionali misurazioni delle differenze pre e post-terapia, ma unicamente su misurazioni del cambiamento post-terapia, ottenute semplicemente con informali interviste cliniche. Particolarmente interessante a questo proposito è la proposta fatta da Sandell col metodo CHAP (*Change after Psychotherapy*).

In conclusione, i presupposti culturali alla base del “metodo alla salute” sono condivisibili, nonostante siano in contrapposizione agli approcci della psichiatria classica.

Per tutto quanto sopra, l’Azienda ritiene utile approfondire la conoscenza sulle applicazioni dell’approccio olistico al “disagio diffuso”, ricorrendo, eventualmente anche a metodologie di studio inquadabili nell’ambito dell’outcome research.

E’ del tutto evidente che, per le considerazioni positive esposte sul background culturale alla base del “metodo alla salute” ed, ancor più, per le considerazioni negative relative all’approccio con cui si è finora ritenuto di poterne valutare i risultati , l’Azienda intende affrontare la problematica connessa con la validazione del metodo.

Pur condividendo le perplessità circa l’impiego della metodologia della ricerca clinica nel campo della psicoterapia, sulla base delle conoscenze attuali , è, comunque, prevista l’elaborazione di protocolli di studio del tipo outcome research, che non prevede randomizzazione né placebo. L’esito che si intende misurare è il cambiamento della condizione della persona con disagio dopo l’approccio psicoterapico utilizzato dal “metodo alla salute”. Il modello concettuale alla base dello studio è rappresentato da una serie di dati demografici, sociali e clinici (variabili indipendenti) che vengono analizzati quali possibili fattori di confondimento del risultato ottenuto (variabile dipendente). Essi vengono “aggiustati” rispetto al risultato attraverso la regressione multipla, secondo i principi del “risk adjustment”.

## FRAGILITA' DELL'ETA' SENILE

Considerato il globale invecchiamento della popolazione, oggi in Italia a 75 anni, l'uomo ha una aspettativa di vita di 10 anni e la donna di 12,5 anni, di questi solo 1,8% per l'uomo e 2,1% per la donna si presentano potenzialmente liberi da disabilità, tra le priorità dell'approccio strategico, è indispensabile prevedere la promozione della salute lungo tutto l'arco della vita per prevenire malattie e disabilità fin dalla più giovane età, intervenendo sui principali fattori di rischio, in ambito nutrizionale, di attività fisica, di dipendenze, di rischio ambientale, di incidenti stradali e domestici.

Infatti, il ricorso frequente agli erogatori assistenziali in età geriatrica comporta un conseguente costo crescente a carico dei servizi sanitari, di quelli sociali, del sistema previdenziale.

Dal punto di vista organizzativo, prioritariamente è necessario garantire:

- l'equità di accesso ai servizi;
- l'appropriatezza e la flessibilità della rete dei servizi sociosanitari;
- promuovere la creazione di Punti Unitari di Accesso (P.U.A.);
- la promozione di stili di vita positivi e la prevenzione delle principali patologie;
- il trattamento specialistico delle patologie che rischiano di compromettere l'autonomia;
- la riabilitazione per il recupero e il mantenimento della massima autonomia possibile;
- il sostegno dell'educazione terapeutica per convivere attivamente con la cronicità;
- la promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- la promozione della ricerca sull'invecchiamento e sulle malattie croniche invalidanti;
- la formazione degli operatori, specifica e interdisciplinare, mirata alla qualità delle prestazioni ed alla umanizzazione dei servizi.

E' necessaria, quindi, la definizione di una presa in carico organica interdisciplinare e tempestiva, con l'attivazione, dall'inizio dell'evento acuto, di modalità operative che consentano: l'adozione di strumenti valutativi condivisi, la definizione di un progetto riabilitativo personalizzato e basato su protocolli riabilitativi validati per le patologie più frequenti, la formulazione di un percorso attuativo del programma terapeutico e rieducativo, l'adozione di strumenti di verifica dell'efficacia degli interventi effettuati ai vari livelli, l'integrazione delle risposte sociali e sanitarie con un lavoro di rete razionale e sollecito.

E', dunque, necessario attuare nell'Azienda la reingegnerizzazione del percorso del paziente. Tale cambiamento può avvenire grazie all'articolazione dell'Ospedale in Dipartimenti, che attraverso i GOIP/GOIT (Gruppi Operativi Inter/Intradipartimentali Permanenti/Temporanei),

consentono di offrire un'assistenza personalizzata, basata su differenti livelli di intensità assistenziale, affidata ad equipe multidisciplinari, tenendo conto sia della patologia, sia della fragilità dell'anziano.

A livello aziendale è prevista l'introduzione al triage del Pronto Soccorso di un "Codice Argento" per l'attivazione di procedure finalizzate al contenimento del rischio per l'anziano fragile, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni del Paziente, finalizzati alla definizione del problema e alla redazione del piano personalizzato di assistenza e riabilitazione, nonché all'attuazione del piano stesso e alla sua verifica periodica.

Presso la Struttura Complessa di Medicina Interna ad indirizzo d'Urgenza il paziente viene tenuto in osservazione e stabilizzato, per poi essere avviato al Reparto di competenza, se necessita di ricovero, o fare ritorno al proprio domicilio.

La costruzione di una rete di servizi sul territorio è condizione indispensabile per la presa in carico globale. Oltre alla dimissione in A.D.I. è necessaria l'attivazione di procedure finalizzate per il trasferimento presso strutture di lungodegenza, al fine di non occupare impropriamente posti letto per acuti.

### **MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE**

Le malattie respiratorie croniche rappresentano la terza causa di morte in Italia. Il tasso di mortalità (per 10.000) per malattie respiratorie è 5,48% (8,62% dai 60 ai 79 anni e 80,44% dagli 80 anni in su), Più del 50% dei decessi per cause respiratorie è attribuibile a Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (B.P.C.O.).L'incidenza di queste patologie aumenta esponenzialmente con l'aumentare dell'età, tanto che frequentemente è associata ad altre patologie, quali diabete, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, obesità.

Il ruolo dell'A.O.U. nel processo assistenziale delle malattie polmonari croniche è confinato all'interno delle problematiche acute della patologia, che, talora sono riconducibili a riacutizzazioni della patologia di base, tal'altra a complicanze delle comorbidità. Entrambi le condizioni, espongono il paziente a elevato rischio *quoad vitam* e/o *quoad valetudinem*. Con l'intento di offrire la migliore risposta possibile all'utenza, nella Struttura di Broncopneumologia sono state attrezzate camere di degenza a pressione negativa per ridurre al minimo il rischio di contaminazione nel caso di riacutizzazioni legate a germi multi resistenti alla terapia antibiotica e una Unità di Terapia Intensiva Respiratoria che, in vero, abbisogna di adeguamenti strutturali e tecnologici, la cui esecuzione è stata significativamente rallentata per problematiche

tecnico-giuridiche, ma che allo stato, è in fase avanzata di riprogettazione e per la quale è prevista la realizzazione nel corso dell'anno 2011.

A causa della ripresa della patologia tubercolare, l'Azienda ha previsto la istituzione di una S.S.D. di Tisiologia ed ha allestito appositi e sicure aree di degenza.

Un gruppo operativo interdipartimentale costituito da pneumologi, cardiologi, otoiatri, ciascuno con incarico specifico nell'ambito della patologia da apnea notturna, elabora il percorso assistenziale di tale tipologia di paziente.

Come in tutte le patologie croniche, la continuità assistenziale socio-sanitaria necessita di una nuova forma di collaborazione tra specialista ospedaliero, specialista territoriale e MMG che deve garantire la presa in carico globale del paziente. A tal fine l'Azienda eroga prestazioni ambulatoriali di alta specialità per le valutazioni funzionali respiratorie. Fornisce al territorio la mappatura periodica degli allergeni e monitorizza i pazienti asmatici con ambulatori all'uopo dedicati.

Con le stesse finalità ricollegabili all'integrazione ospedale-territorio, effettua programmi ambulatoriali di disassuefazione al tabagismo e di diagnosi precoce dei tumori polmonari, la cui terapia chirurgica, quando indicata, è affidata alla S.C. di Chirurgia Toracica a direzione universitaria, che risponde pienamente alle necessità assistenziali dell'utenza.

### **OBESITA'**

L'analisi dei dati epidemiologici evidenziano, nell'intervallo temporale compreso tra il 2001 e il 2007, un incremento della popolazione in sovrappeso (dal 33,9% al 35,6%) e di obesi (dall'8,5% al 9,9%). Il dato diventa ancor più allarmante quando si rileva che lo stesso trend si rileva nella fascia della popolazione pediatrica e adolescenziale.

Le azioni che può svolgere questa A.O.U. sono limitate dal momento che la maggior parte delle azioni possibili rientrano nella profilassi. Ciononostante, anche per tale patologia è previsto l'avvio di attività di un GOIP sui disturbi alimentari. Esso rappresenta la giusta evoluzione di quanto, oramai da oltre un decennio, viene già svolto in via ambulatoriale dalla Struttura della Medicina Universitaria. E' attiva anche uno specifico gruppo di lavoro nell'ambito della pediatria, che ha stabilito uno specifico Protocollo d'Intesa sia con la ASL Provinciale che con la Direzione Provinciale scolastica e il Provveditorato.

Gli obiettivi che questa Azienda intende perseguire riguardano soprattutto il trattamento dei pazienti con obesità grave:

- rilevazione epidemiologica dei soggetti affetti da obesità severa;
- definizione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici per le grandi obesità;



- promozione della pianificazione e realizzazione di nuovi studi idonei alla valutazione esauriente del profilo di sicurezza e dell'efficacia degli interventi chirurgici e sulla loro standardizzazione;
- implementazione di una formazione specifica per gli interventi di diagnosi e di trattamento di obesità gravi da parte dei professionisti.

## **DIABETE**

Le Nazioni Unite hanno adottato una risoluzione che riconosce nel Diabete una seria minaccia a livello mondiale e pone concretamente i paesi di fronte alla necessità di affrontare questa moderna pandemia.

E' necessario, pertanto, affrontare questa emergenza in maniera coordinata a partire dall'educazione sanitaria, da campagne di prevenzione, dal coinvolgimento della medicina di base fino alla qualificazione dei centri specializzati di ricovero e cura.

Le attività specifiche dell'A.O.U. non sono finalizzate all'analisi dei determinanti di tale fenomeno, ma piuttosto a prevenire le complicanze della malattia una volta che questa comincia a dare segno di sé. Pertanto, l'Azienda avverte l'esigenza di monitorare l'assistenza erogata, al fine di ottimizzare le prestazioni finalizzandole alla riduzione della frequenza e della severità delle complicanze della malattia diabetica. Infatti, da studi osservazionali quali il D.A.I. e lo SFIDA, è emerso che, nonostante il nostro Paese vanti una organizzazione in rete dei Servizi di Diabetologia che non ha confronti negli altri Paesi (con circa 700 Centri che seguono ben il 50-70% del totale dei soggetti diabetici diagnosticati), la prevalenza e l'inadeguato controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione diabetica sono ancora molto preoccupanti. Inoltre, lo Studio QuED ha evidenziato l'esistenza di una notevole variabilità clinica in relazione sia alle opinioni e attitudini dei medici, sia alle strategie diagnostiche e terapeutiche normalmente impiegate.

Quanto sopra evidenzia che una analisi inadeguata in termini quali-quantitativi delle attività assistenziali svolte dalle strutture sanitarie preposte alla cura della malattia diabetica può essere chiamata in causa tra i determinanti della progressione delle complicanze da essa determinate.

L'A.M.D. ha deciso di promuovere un sistema di incremento della "Qualità dell'Assistenza", attraverso l'individuazione e la diffusione di "Modelli Assistenziali di Riferimento" che, nel rispetto delle variegate realtà regionali presenti su tutto il territorio nazionale, siano in grado di dare un'indicazione dei "livelli minimi di qualità" auspicabili.

Non si può trascurare neanche che il 6-7% di tutte le gravidanze si complica con Diabete Mellito. Di questa, per il 97,5% si tratta di Diabete Gestazionale e per il 2,5

di Diabete-Pregravidico. Oltre 200 gravide/anno con Diabete Gestazionale o Pregravidico afferiscono presso le strutture ginecologiche di questa Azienda.

**Obiettivi:**

- a) partecipazione ai gruppi di lavoro nazionali per la raccolta dati epidemiologici;
- b) centralizzazione presso l'Ambulatorio di Diabetologia di tutte le funzioni assistenziali specialistiche dell'Azienda, per evitare la frammentazione degli interventi assistenziali derivanti dalle competenze specialistiche e garantire la continuità assistenziale;
- c) elaborazione di Protocollo Assistenziale Interdisciplinare e Interprofessionale per il trattamento del Diabete in Gravidanza;
- d) utilizzo di metodologia di lavoro basata sulla integrazione con i Medici di Medicina Generale.

**CURE PALLIATIVE - OSPEDALE SENZA DOLORE -**

Il trasferimento del focus dall'attenzione quasi esclusiva verso la malattia e la guarigione, alla considerazione per la qualità della vita come parte integrante dei percorsi assistenziali, anche quando si sa che restano pochi mesi di vita o si sarà costretti a convivere con una patologia cronica, è alla base delle iniziative denominate "Cure Palliative".

La Legge n. 38 del 15 marzo 2010 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore, assicurando la dignità e l'autonomia del malato senza alcuna discriminazione, la promozione della qualità di vita fino al suo termine e adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale alla persona malata e alla sua famiglia.

In particolare, la "Terapia del Dolore" consiste nell'elaborazione di un percorso diagnostico-terapeutico per la soppressione e il controllo del dolore, individuando appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative tra loro variamente integrate.

L'art. 7 della citata Legge 38/2010 introduce obbligatoriamente all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, la registrazione delle caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, attraverso l'utilizzo di strumenti validati, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

Al fine di integrare le attività aziendali con il progetto complessivo di rete assistenziale per Cure Palliative e Terapia del Dolore previsto dalla Regione nell'Azienda, è già attiva da diversi anni

una struttura semplice di Terapia Antalgica. Per rispondere alle particolari necessità del paziente pediatrico, si prevede un'ulteriore articolazione del servizio.

Il "Comitato Ospedale Senza Dolore" (C.O.S.D.), costituito a livello aziendale, composto dal Direttore Sanitario, da un referente della Direzione Medica di Presidio, da un farmacista, da esperti della terapia del dolore, da specialisti coinvolti nel trattamento del dolore post-operatorio e da una rappresentanza di figure professionali abitualmente dedicate agli interventi di controllo del dolore, con particolare riferimento al personale infermieristico ma che deve essere integrata dalla partecipazione di nuova psicologia, ha i seguenti obiettivi:

- o implementare le linee guida;
- o assicurare un osservatorio specifico del dolore;
- o coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale medico e non medico;
- o promuovere gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'O.M.S., assicurando, inoltre, la valutazione periodica del loro consumo;
- o promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore;
- o assicurare il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida e la valutazione di efficacia;
- o promuovere la elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore;
- o identificare e predisporre gli strumenti di rilevazione del dolore da inserire in cartella clinica.

## TITOLO IV

### DIRETTIVE DEL DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2011

Pur in presenza dei limiti congiunturali e strutturali evidenziati, è fondamentale che per l'Azienda la "centralità" del paziente all'interno del SSN non resti mera dichiarazione di intenti, con il rischio di assumere valore di sola petizione di principio, a meno che non la si riempia di contenuti, ovvero di obiettivi, di azioni e strumenti tecnici attuativi e/o di atti da cui sia possibile rilevare che tale centralità si pone alla base di ogni decisione scientifica, tecnica e organizzativo-gestionale.

E' necessario che l'Azienda, una volta enunciata la propria mission, operi tramite processi operativi da cui sia possibile rilevare la costante corrispondenza tra quanto enunciato come mission aziendale e quanto, di volta in volta, realizzato attraverso le singole corrispondenti attività, procedure ed operazioni finali con cui si sviluppano i processi stessi. E' in tal senso che l'Azienda ritiene di procedere, anche adeguando i propri metodi pianificativi e criteri valutativi, alla disciplina prevista dal D. Lgs. n. 150 del 2009. **A tali fini, il presente documento di pianificazione e le matrici in esso contenute, individuanti obiettivi, azioni pianificate, attività da rendere (programmazione), nonché indicatori temporali, quantitativi e qualitativi, si identificano con quello che la norma appena richiamata ed anche la disciplina regionale applicativa della stessa identifica come "piano delle performances" attese per il governo del sistema e per gli esiti delle attività pianificate e programmate, rispettivamente, nel medio(triennale) e nel breve (annuale) periodo.**

È importante sottolineare, però, i vincoli cui l'Azienda è sottoposta e che impediscono che la Direzione possa realmente "decidere" la tipologia, la qualità e le quantità di prestazioni (sulla scorta di dati reali epidemiologici) che, da una lettura chiara del fabbisogno assistenziale del target di riferimento, consentano effettivamente di intercettare la domanda di pertinenza, qualificando sempre più la propria azione e finalizzandola all'obiettivo di erogare prestazioni sempre più complesse che, per un verso qualificano le attività di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per altro verso contribuiscano fattivamente all'abbattimento della mobilità passiva extraregionale. La necessità di dover "selezionare" la tipologia e quantità di offerta assistenziale da soddisfare è, in realtà, mortificata, come evidenziato nei precedenti elementi direzionali, dalla consapevolezza che l'Azienda è erogatrice di prestazioni assistenziali incardinate in un sistema pubblico e, perciò, condizionata nelle scelte, perché obbligatoriamente costituisce punto principale della rete di emergenza-urgenza sanitaria sia della Provincia di Foggia, sia di altre limitrofe, oltre al fatto che,

quale unica realtà ospedaliera pubblica, deve assorbire la domanda assistenziale “generalista” della città di Foggia, con notevole aggravio organizzativo-economico e con compromissione di una aspettativa di destinazioni sempre più specialistiche delle attività, in ossequio alla propria “mission”.

Alla difficoltà evidenziata per un governo reale dell’offerta, se ne aggiungono altre ascrivibili al ritardo con cui si dispone di attendibili dati statistico-epidemiologici relativi al territorio provinciale e regionale. Ciò comporta una oggettiva difficoltà per l’Azienda nella individuazione delle migliori scelte strategiche di breve periodo. Inoltre, trattandosi di Azienda Ospedaliero – Universitaria non sarebbe possibile operare scelte implicanti, in qualche modo, l’eliminazione di alcune tipologie di prestazioni, ancorché diseconomiche, per il semplice motivo che, queste, risultano di fondamentale integrazione alle attività di didattica e ricerca e che costituiscono, ormai, vita propria di questa Azienda.

Pur tenendo conto del particolare periodo di “restrizioni” determinate dal Piano di riequilibrio economico siglato dalla Regione Puglia per il triennio in corso, il “messaggio” direzionale, all’intero contesto aziendale, è di fiducia e certezza di poter assolvere alla “mission” aziendale, anche migliorandone la “visione”, in particolare gli esiti, in una prospettiva di sviluppo, che, avvantaggiandosi della collaborazione di tutti gli “attori” delle attività (finali, intermedie e di sostegno), persegua obiettivi che, ripaganti una innovativa tensione di riqualificazione organizzativo-metodologica, pur se comportanti riduzioni o, meglio, razionalizzazioni quantitative di organizzazioni preesistenti, si pongano, come risultato atteso prospettivaco, la realizzazione di nuove attività ad elevato contenuto specialistico, sia di elezione, sia di emergenza ed urgenza. Valorizzare e beneficiare gli spiriti collaborativi verso scelte precondivise e fare tutto quanto è possibile, nel rispetto dei ruoli, per recuperare anche “i possibili increduli e/o ignavi” caratterizzerà lo “stile di governo” aziendale nel medio periodo al quale è riferita la pianificazione aziendale. Una nuova e più consapevole cognizione dei propri ruoli, tra Direzione Generale aziendale e le Organizzazioni Sindacali rappresentanti il personale dipendente deve portare ad un continuo miglioramento delle relazioni, così che si possano ricercare ed ottenere risultati applicativi dei CC.CC.NN.LL. che abbiano la “prospettiva” di privilegiare soluzioni o benefici diffusi collettivi, in una cornice di pieno rispetto di principi di trasparenza, di imparzialità, di oculata allocazione delle risorse, finalizzandole prioritariamente alle politiche di sviluppo delle attività aziendali, beneficiando di condivisibili principi di migliore organizzazione e sicurezza del lavoro, ma

soprattutto di potenziamento e riconoscimento delle competenze e delle professionalità a queste funzionali.

La continua ricerca ed aspettativa di condivisione con i rappresentanti sindacati del “mondo-lavoro” aziendale dovrà essere intesa come “veicolo-facilitatore” del non più rinviabile cambiamento metodologico-organizzativo delle azioni ed attività aziendali e delle corrispondenti articolazioni strutturali.

A tal proposito, il documento di pianificazione 2011-2013 introdotto dalle tavole direzionali che precedono e da queste “direttive aziendali”, individua e conferma principi già avanzati da anni negli atti di pianificazione aziendali e, per la prima volta, oltre un decennio fa nella graduale modifica della organizzazione (metodologia “accompagnatoria-contestuale”), da quella esclusivamente “strutturale”, a quella che affida particolare significatività ai processi erogativi che le strutture sono chiamate, in forma di attività integrata, a realizzare.

Ad una apparente prospettiva di razionamento l’Azienda si propone di fornire una risposta di miglioramento, forte di diffusa pre-condivisione, della condizione attuale, auto-finanziabile con una maggiore attenzione alla riduzione continua di costi inappropriati, nonché ad un governo della composizione migliore possibile dei costi al loro sorgere.

Il documento di pianificazione e la prospettazione di programmazione a breve che la Direzione Generale dell’Azienda rende attivi per il periodo 2011-2013, tengono conto del particolare contesto di “compressione” obbligata che ha investito il Sistema Sanitario regionale, ma intendono convertirlo nella migliore possibile “occasione” per ripensare l’intero percorso di vita aziendale e di adeguarlo, migliorandolo, alla crescita culturale, professionale, scientifica, relazionale e di consapevolezza del maggior contributo collaborativo che è necessario dare, prima di tutto ai cittadini bisognevoli di tutela della salute, quindi, alla Istituzione Regionale, perché possa così essere aiutata a superare questo particolare momento di difficoltà.

Il processo di budgetting per l’anno 2011, avviato già dal mese di ottobre 2010 ed in avanzato corso di contrattazione con i Dipartimenti aziendali, è stato sospeso per adeguare le “prospettive” al nuovo contesto, emergente dai vincoli del Piano di Rientro regionale, ma che si completerà nei prossimi mesi, anche perché sarà quella l’occasione in cui la Direzione Generale darà sostanza sia alle presenti direttive, sia alle linee di pianificazione-programmazione che seguono.

La Direzione è convinta che tutti vorranno porre il loro impegno, le proprie competenze e disponibilità per la buona riuscita della missione aziendale, nella convinzione, altresì, che tale comportamento costituisca ordinaria estrinsecazione dei doveri di ciascuno.

## **CONCLUSIONI e RINVIO**

Le azioni ed interventi contemplati nel presente Documento di Pianificazione sono suscettibili di modificazioni per adeguarli alle evoluzioni legislative, pianificatorie ed anche programmatiche (DIEF) dei sovraordinati livelli statale e regionale. Essi, anche per quanto possano essere modificati nel corso del triennio di riferimento, saranno fonti di riferimento sia per la Programmazione aziendale di breve periodo (annuale) e sia per i Processi Direzionali di ciascun anno, significando che, in questa ultima sede, saranno attribuiti obiettivi specifici e modulate le risorse (contrattabili) per conseguire i risultati attesi.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi contenuti nel presente Documento di Pianificazione e quelli specifici assegnati a completamento dei sub-processi di budgetting degli anni di riferimento, a partire dall'anno 2011, costituiranno fonte per la verifica dei risultati e la valutazione sia dei Dirigenti e, principalmente, dei Direttori dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse, nonché dei Dirigenti responsabili di Strutture Semplici e sia (per il personale dell'Area di Comparto) dei responsabili delle Posizioni Organizzative, all'uopo tenendo conto di quanto all'uopo previsto dai rispettivi Contratti Collettivi Integrativi di lavoro.

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Deni Procaccini

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr. Gaetano Fuiano

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Tommaso Moretti