



Plesso Rianimazione e Cardiologia



Ingresso Via Napoli



Piano triennale della Performance 2015 -2017



Indice

- Fonti normative e documentali pag. 3
- Presentazione pag. 4
- Chi siamo e cosa facciamo pag. 7
- L'organizzazione aziendale pag. 8
- Lo stato dell'arte al 31 dicembre 2014 pag. 9
- Altre cifre dell'Amministrazione pag. 26
- Individuazione macroaree pag. 33
- Ciclo performance pag. 34
- Sistema valutazione performance pag. 36
- Obiettivi per macroaree allegato

Fonti normative e documentali

Norme di riferimento

- D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.
- Delibera di Giunta Regionale n. 834 del 27 maggio 2008 di adozione del M.A.A.P. (Modello di Analisi della Appropriatezza per elenchi di Procedure);
- Legge Regionale n. 19 del 31.12.2010, avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione 2011 e del Bilancio Pluriennale 2011-2013;
- Delibera di Giunta Regionale n. 1388 del 21.06.2011;
- DIEF 2012 approvato con Delibera n. 1426 del 13.07.2012;
- DIEF 2013 approvato con Delibera n. 2582 del 30.12.2013; (ripartizione provvisoria)
- DIEF 2014 approvato con Delibera 751 del 17.4.2014 (ripartizione definitiva)
- DIEF 2015 approvato con _____
- Protocollo d'Intesa Regione-Università approvato con Delibera regionale n. 2235 del 31.10.2012.
- DGR n. 1259 del 27 maggio 2015, avente ad oggetto "Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori Generali delle ASL ed AOU del S.S.R. per l'anno 2015"

Documentazione di riferimento

- LINEE GUIDA DELLE PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI
- DELIBERE CIVIT n. 88/2010, n. 89/2010, n. 112/2010, n. 113/2010 e n. 1/2012;
- DELIBERA CIVIT N° 113/2010: APPLICABILITÀ agli enti del SSN del D.Lgs. 150/2009;



Presentazione

Il Piano della Performance è un fondamentale documento strategico di programmazione aziendale realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance. Esso è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (art. 4) e viene predisposto in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Organizzato su un orizzonte temporale triennale e coerentemente con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione delle prestazioni.

Il Piano e gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative comprendono:

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

Conseguentemente viene a delinearci una sorta di struttura "ad albero" il cui percorso prevede il passaggio dagli indirizzi generali di programmazione regionale ed aziendale agli obiettivi strategici, fissati nel documento di direttive, ed ai relativi piani operativi ove sono declinati gli obiettivi di gestione assegnati alla dirigenza. Ad ogni obiettivo sono collegati gli indicatori di verifica volti alla misurazione dei risultati raggiunti, sì da consentire la valutazione della performance individuale del personale di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Più precisamente, nelle schede allegate al presente Piano, sono individuate n. 5 macroaree di interesse strategico e, nell'ambito di ciascuna di esse sono sviluppate:

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



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

Il presente documento:

- = in considerazione della difficoltà, per la nuova Direzione strategica (definita solo da due mesi nella sua composizione) di procedere alle attività di definizione di una scheda di budget (che richiede una approfondita conoscenza dell'organizzazione e delle sue criticità, sia della qualità e quantità dell'offerta sia della domanda);
- = della necessità, prioritaria rispetto a qualsiasi altra definizione operativa e gestionale, di ridisegnare l'assetto organizzativo aziendale e quindi di dare attuazione al Protocollo d'intesa tra la Regione e l'Università di Foggia del dicembre 2012;

individua negli obiettivi indicati nel Piano per l'annualità 2015 quelli che costituiranno oggetto per la valutazione della performance delle strutture.

Già peraltro nell'ultimo trimestre dell'anno in corso si procederà alla individuazione di una nuova scheda di budget per l'anno 2016, i cui contenuti saranno oggetto di concertazione con i Direttori di Dipartimento e con le varie Strutture afferenti ai Dipartimenti. La nuova scheda di budget dovrà dar conto delle attività svolte nel corso delle ultime tre annualità e degli andamenti delle diverse aree da essa contemplate.

Il Piano verrà redatto annualmente per l'adeguamento degli obiettivi strategici ed operativi specifici da assegnare alle Strutture nei vari step di aggiornamento, nonché per le modifiche organizzative che potranno intervenire in Azienda.

Il processo di sviluppo del Piano, già a partire dal primo suo aggiornamento, vedrà un maggiore coinvolgimento delle varie strutture, al fine di costituire un momento di riflessione complessiva su quanto si è fatto e sugli ulteriori miglioramenti possibili.

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

La Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, dopo una prima fase di analisi e di approfondimento della qualità e quantità complessiva dell'offerta, di cui si dirà oltre, già con questo



Documento intende operare per un superamento di alcune criticità rilevate, pur in un contesto complessivo di “buona sanità”, con punte di efficacia di eccellente qualità.

Già il raggiungimento degli obiettivi, talvolta ambiziosi, fissati per l’anno 2015 (vedasi in particolare gli obiettivi di performance della scheda “Macroarea 2 – appropriatezza e accessibilità) consentirà un sensibile miglioramento della qualità e quantità delle prestazioni offerte.

Ulteriori risultati sulla produzione sono attesi da percorsi già in atto e che, sebbene non indicati in quanto ancora in fase di approfondimento, potranno determinare un sensibile miglioramento qualitativo dei servizi offerti (breast-unit, percorsi condivisi di maggiore efficienza nella utilizzazione delle sale operatorie, diversa allocazione di alcune strutture etc.).

L’obiettivo più ambizioso che il Piano si pone è quello della misurazione e valutazione degli esiti di salute prodotti, anche al fine di confrontarli con quelli pubblicati dall’Agenas nell’ambito delle rilevazioni del Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE), laddove gli indicatori siano disponibili.

Si impone, inoltre, l’obbligo del potenziamento delle attività e funzioni specifiche di risk management, perseguendo l’obiettivo di riduzione dei rischi (in particolare per il paziente) e una politica della sicurezza attraverso un approccio sistemico ed integrato, con particolare riguardo alla gestione del rischio clinico e di contrasto al contenzioso medico legale, creando un riferimento comune per la definizione del rischio, il trattamento delle informazioni e l’utilizzo delle stesse per il monitoraggio delle attività e per l’individuazione di processi di miglioramento, nel rispetto delle autonomie e responsabilità delle differenti Aree coinvolte.

Il presente Piano costituisce, pur nella sua attuale sinteticità, l’inizio di un percorso complessivo che si snoderà, nelle successive annualità, mediante una più ampia, condivisa ed analitica fase di programmazione e di controllo continuo circa gli andamenti.



Chi siamo e cosa facciamo

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

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

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

Il territorio di riferimento è, prevalentemente, quello provinciale. La Provincia di Foggia è la seconda Provincia italiana per estensione, con 6.965 Km² e con una popolazione di 686.856 abitanti (censimento 2005). Ha caratteristiche economiche e orografiche che rendono particolarmente problematica l’organizzazione delle attività assistenziali territoriali e, quindi, l’accessibilità ai servizi sanitari-ospedalieri. All’ampiezza del territorio si deve aggiungere la estrema diversificazione dello stesso, con zone montane caratterizzate da una viabilità assolutamente carente e zone rivierasche nelle quali, durante il periodo estivo, si registrano presenze altissime di turisti.

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

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



L'organizzazione aziendale

L'organizzazione dipartimentale, sia intraaziendale sia extraaziendale è stata realizzata dall'Azienda sin dal 2007.

L'organizzazione aziendale è in fase di complessiva rivisitazione, con la adozione di un nuovo Atto Aziendale, al fine di attuare la stessa in coerenza sia con il vigente Protocollo di intesa Regione – Università di Foggia (che ha previsto una ridefinizione delle strutture complesse e semplici) sia per sostenere le esigenze di sviluppo di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e/o gestionali. Tra le linee portanti della ridisegnanda organizzazione, nonché sulla scorta delle prime valutazioni sulla capacità dell'Azienda di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute, si indicano:

- maggiore congruenza ed affinità delle varie strutture che comporranno i Dipartimenti, allo scopo di meglio supportare percorsi di cura che richiedono integrazione e coordinamento tra discipline;
- potenziamento del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, con l'allocazione all'interno di esse di strutture in grado di facilitare la definizione delle casistiche più numerose afferenti al P.S.;
- attivazione di nuove strutture semplici, in coerenza con l'avvio di nuove ed indispensabili attività;
- individuazione di nuove strutture in grado di sostenere l'avvio e la gestione di ambiti di attività di rilevante interesse strategico.



Lo stato dell'arte al 31 dicembre 2014

La presente parte del Piano si pone l'obiettivo di fornire un quadro complessivo degli indicatori di maggiore rilievo utilizzati per "misurare" la qualità delle prestazioni dell'Azienda e, quindi, costituisce elemento indispensabile per orientare nella definizione degli obiettivi da perseguirsi.

Gli indicatori utilizzabili a tale scopo potrebbero, ovviamente, essere molti di più. Si è scelto un pannello di report che, si ritiene, possa essere sufficientemente rappresentativo della realtà aziendale. A tali indicatori potranno aggiungersene altri in sede di budgettizzazione delle attività aziendali.

I dati, sulla scorta dei quali gli indicatori sono costruiti, rivengono dalla banca dati regionale, alimentata dagli Uffici aziendali preposti a tale compito.

I dati esposti non devono tradursi, ovviamente, in giudizi sull'operato dei vari direttori delle strutture, ma costituiscono esclusivamente la rappresentazione di partenza da cui muove l'Azienda, sulla base della quale procedere, sia con la discussione dei budget, sia con un processo di autovalutazione dei singoli dirigenti, con l'individuazione di azioni da intraprendere e finalizzate al miglioramento della performance. Si consideri, peraltro, che molto spesso i fattori determinanti tali risultati sono esogeni e, pertanto, non governabili dai livelli decisionali aziendali di reparto.

Gli indicatori esposti rappresentano, quindi, un primo approccio ad una metodica tesa al miglioramento continuo della performance, basata su un percorso condiviso con gli stessi operatori delle varie Strutture aziendali.

Risulterà fondamentale, per l'Azienda, una forte implementazione dei sistemi informatici e informativi, al fine di disporre di dati sempre più univoci e tempestivi. In tal senso sarà imprescindibile procedere, così come peraltro stabilito nelle allegate schede, con l'utilizzo pieno dei software messi a disposizione dalla Regione, primo fra tutti il sistema EDOTTO. tale sistema dovrà essere utilizzato appieno anche per le procedure di accettazione, dimissione e trasferimento (ADT) paziente.

1) I RICOVERI ORDINARI

L'andamento delle attività di ricovero in regime ordinario, nell'ultimo triennio, evidenzia un trend di miglioramento, particolarmente sensibile nel raffronto degli anni 2012/2013.

1.a) Produzione economica per ricoveri ordinari

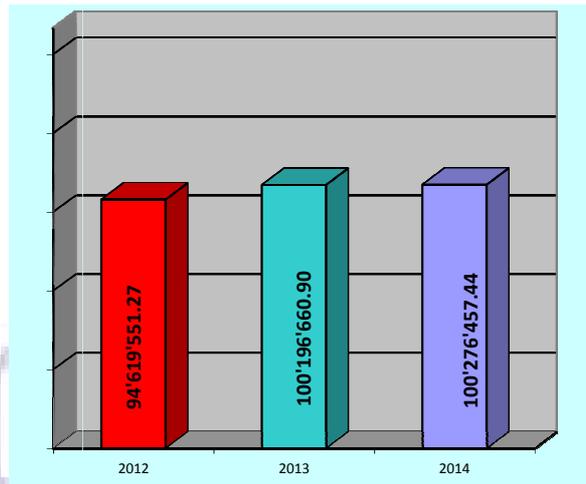


grafico 1: produzione ricoveri ordinari

Si ritiene che il dato in questione, pur nella necessità di un adeguamento delle risorse umane disponibili, possa essere oggetto di ulteriore avanzamento con mirati interventi sull'appropriatezza e sulla gestione delle sale operatorie.

1.b) Il numero dei ricoveri

La produzione economica riportata nel precedente grafico è stata determinata dal numero di ricoveri che si riporta nel grafico 2). Il numero di ricoveri ordinari registra una diminuzione, in linea con le disposizioni miranti all'abbattimento dei ricoveri per 1.000 abitanti.

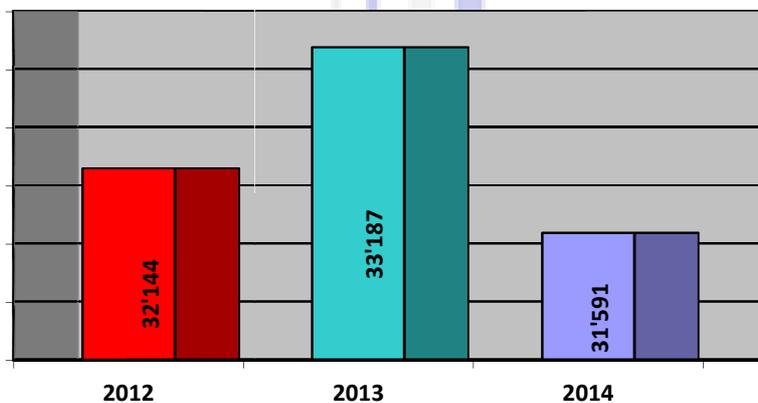


grafico 2: numero dimissioni

Il maggior valore economico della produzione derivante dalle attività di ricovero ordinario, pur a fronte di un minor numero di ricoveri aziendali, evidenzia il miglioramento della capacità aziendale di orientare la propria azione, in linea con la propria principale mission, verso la cura delle complessità.

La successiva tabella chiarisce il trend di crescita.

1.c) Peso medio dei drg prodotti

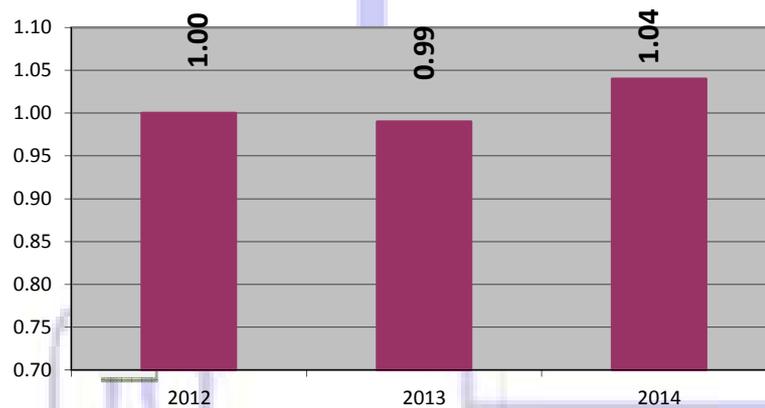


grafico 3: peso medio

1.d) La degenza media

L’Azienda garantisce le attività di ricovero con una degenza media assolutamente in linea con gli indicatori nazionali (“mediamente inferiore al 7%”) e regionali (6,41). Peraltro, il sostanziale mantenimento delle giornate di degenza media, pur al crescere del peso medio dei ricoveri, rende evidente la capacità dell’Azienda di rispondere adeguatamente anche alla trattazione delle maggiori complessità.

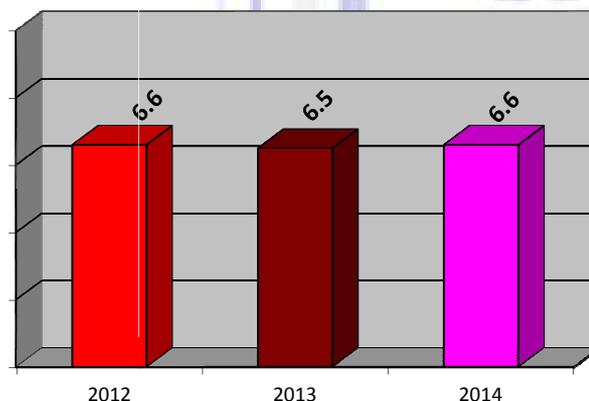


grafico 4 : degenza media

1.e) Tasso di mortalità aziendale

(media nazionale = 3.1%; regionale = 2,2%)



L’Azienda registra un tasso di mortalità generale (n. pazienti deceduti rapportato al numero dei dimessi) che segue l’andamento riportato nel seguente grafico

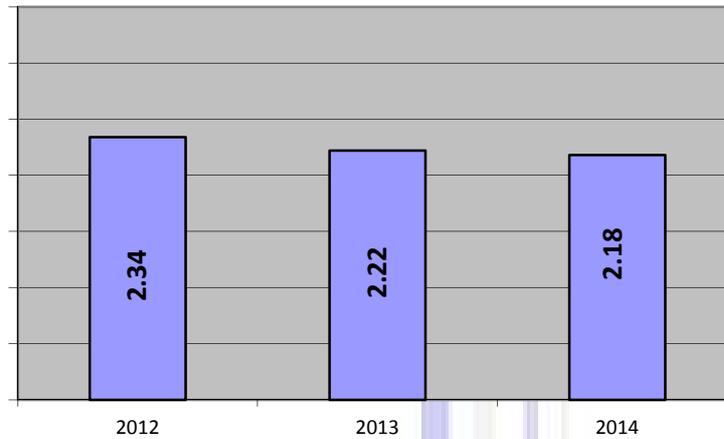


grafico 5: tasso di mortalità

1.f) Utilizzo posti letto

Nella successiva tabella si riporta il tasso di utilizzo dei posti letto, l’intervallo di turnover e l’indice di rotazione per dipartimento relativi all’anno 2014.

E’ da precisare che lo standard atteso è quello definito nella Conferenza Stato – Regioni del 5 agosto 2014, che si attesta sul “valore tendenziale” del 90%

Dipartimento	Tasso di utilizzo	Indice di rotazione	Intervallo Turnover
Emergenza e urgenza	92,67%	49,06	0,55
Materno infantile	68,73%	59,67	1,91
Medicina generale	92,42%	34,20	0,81
Medicina specialistica	95,20%	46,14	0,38
Neuroscienze	88,50%	60,82	1,80
Broncopneumologico	105,30%	29,01	-0,67
Onco – Ematologico	98,05%	28,75	0,25
Chirurgia Gen.le e Gastroenterologia	93,76%	32,32	0,71
Chirurgia Specialistica	89,57%	95,07	0,40
Nefrourologico	105,15%	56,05	-0,34
Cardiologico	102,96%	66,29	-0,16
TOTALE AZIENDALE	87,82%	48,73	0,91

Il numero dei posti letto considerati è quello indicato dalla Direzione Sanitaria aziendale per le varie strutture aziendali e, quindi, non tiene conto di quelli previsti nel protocollo d’intesa Regione-



Università del dicembre 2012. Il Tasso di utilizzo rilevato costituisce elemento fondamentale per eventuali interventi di ridefinizione e riallocazione dei posti letto in ambito aziendale.

1.g) Mobilità attiva e mobilità passiva

Si registra un sensibile trend di miglioramento, sia in relazione al fenomeno della mobilità passiva riferibile alla popolazione della Provincia di Foggia, sia in relazione alla mobilità attiva.

I dati complessivi, esposti nelle tabelle che seguono, oltre che determinare un tangibile e positivo avanzamento tra l'anno 2012 e l'anno 2014, pari a € 3.808.180,11, manifestano evidentemente un progressivo incremento della capacità attrattiva dell'Azienda.

Il saldo complessivo finale riferibile alla popolazione della Provincia rimane comunque elevato e pari ad € € 50.800.254,93 e può, quindi, considerarsi perseguibile l'obiettivo di un ulteriore e graduale miglioramento del fenomeno.

Le azioni da porre in essere per perseguire tale scopo possono così di seguito sintetizzarsi:

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

La mobilità attiva: i numeri

	2012		2013			2014		
	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2012/2013</i>	<i>n. ricoveri</i>	<i>importo</i>	<i>Differenza % importi 2013/2014</i>
<i>DH</i>	566	480.485	541	468.712	-2,45%	462	362.049	-22,8%
<i>Ordinari</i>	1.078	3.289.150	1.170	3.941.626	19,84%	1.229	4.382.516	11,2%
Totale	1.644	3.769.635	1.711	4.410.338	17,00%	1.691	4.744.565	7,6%

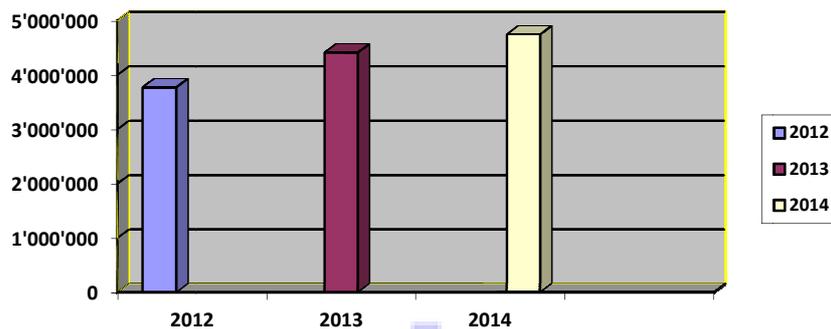


Grafico 6) Mobilità attiva

La mobilità passiva dalla Provincia di Foggia: i numeri

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

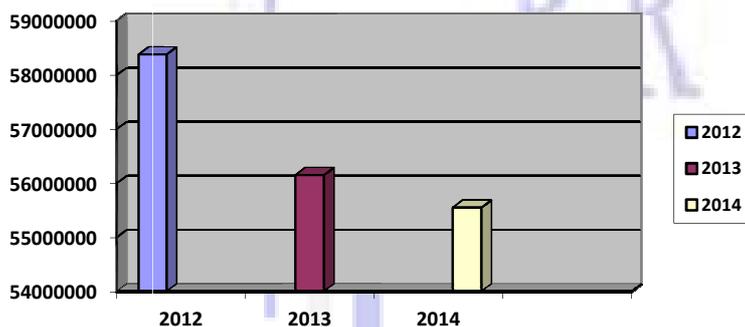


Grafico 7) Mobilità passiva Provincia Foggia

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

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

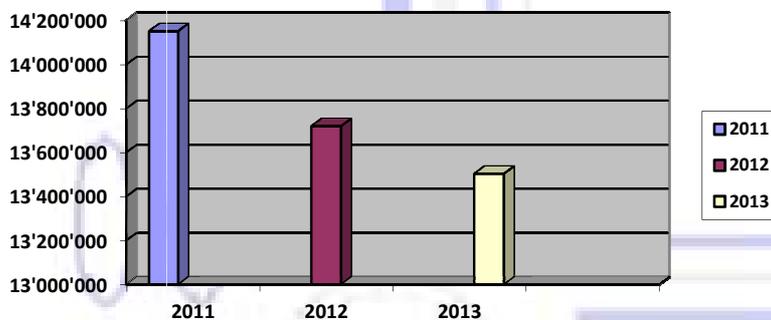


Grafico 8) Mobilità passiva Comune Foggia

1.h) Il tasso di ospedalizzazione

La Regione Puglia registra un tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti assolutamente in linea con gli obiettivi di programmazione nazionale. Dai dati consolidati nel sistema regionale e relativi al 2013, risulta, infatti, che il tasso di ospedalizzazione è pari a 159,06 ricoveri per 1.000 abitanti. Il valore di riferimento, considerato accettabile nell'ultimo report della griglia LEA del 2012, è \leq a 170 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il dato relativo al tasso di ospedalizzazione della popolazione residente nella Provincia di è pari a 179,3 x 1.000 abitanti (il dato è ottenuto considerando 123.207 ricoveri a fronte di una popolazione pari a 686.856 abitanti) e, quindi, leggermente superiore a quello sia regionale e nazionale.

Dal dato si desume l'importanza di agire sui livelli di ricoveri inappropriati il cui abbattimento non mancherebbe di incidere positivamente.

Sarà, inoltre, necessario intervenire con una governance provinciale per riportare l'indicatore al di sotto dei 170 ricoveri per 1.000 abitanti. E' impossibile, per l'Azienda, sulla scorta dei dati disponibili, stabilire quali strutture, in ambito provinciale, incidono maggiormente sul dato. Resta il fatto, però, che sussistono margini di intervento aziendali per contribuire a migliorare tale performance, incidendo



sul proprio livello di ospedalizzazione attraverso l'erogazione dell'assistenza con diverse modalità assistenziali (day hospital, day service, ecc.) e a parità di garanzie di efficacia terapeutica per il paziente.

Sempre dai dati disponibili sul sistema regionale si rileva, infatti, che la percentuale dei ricoveri ordinari inappropriati rispetto al totale dei ricoveri ordinari appropriati, risulta essere pari al 35%. In provincia di Foggia il dato si assesta sul 40%. Ciò a conferma dell'assoluta necessità di intervenire su tale parametro.

1.i) La spesa farmaceutica

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

Il dato aziendale è evidenziato qui di seguito:

2013 totale pesi drg = 44.612,76, spesa per farmaci = € 9.125.809,51; indicatore = **€ 204,5**

2014 totale pesi drg = 42.866,38, spesa per farmaci = € 10.496.745,33; indicatore = **€ 244,87**

L'incremento è pari al 19,74% rispetto all'anno precedente.

Il dato attesta un aumento della spesa per farmaci non giustificato da un correlato aumento del totale dei pesi drg.

2013		2014		delta
Peso drg	Costo per peso drg	Peso drg	Costo per peso drg	
44.612,76	€ 204,5	42.866,38	€ 244,87	+ 19,74%

1.l) Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico

Un ricovero diurno di tipo diagnostico, salvo i casi giustificati da particolari esigenze assistenziali, individua un comportamento definito "opportunistico" nel senso che la prestazione avrebbe dovuto essere erogata con altre modalità (ambulatorio) e, quindi, con minore rischio per il paziente (rischi di infezioni nosocomiali in regime di ricovero).

Il parametro di riferimento è ≤ 8 per 1.000 residenti.

Per mancanza di dati più atomizzati si considererà la popolazione del comune di Foggia che è pari a n. 153.143 unità (ultime rilevazione), tralasciando i ricoveri per cittadini provenienti da altri comuni. Sulla scorta di tale approssimazione si rileva che il tasso di ricovero per 1.000 abitanti registrato dall'Azienda per questa tipologia di ricovero è pari a:

2012 n. dimissioni drg diagnostico 7.832 tasso = 51,14

2013 n. dimissioni drg diagnostico 7.149 tasso = 46,68

2014 n. dimissioni drg diagnostico 6.360 tasso = 41,52

Il dato, pur in evidente e sensibile riduzione, è ben superiore alla soglia sopra indicata.

anno	n. abitanti	n. dimissioni	Incidenza percentuale
2012	153.143	7.832	51,14%
2013	153.143	7.149	46,68%
2014	153.143	6.360	41,52%

1.m) Accessi di tipo medico per 1.000 abitanti

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: ≤ 100 per 1.000 abitanti

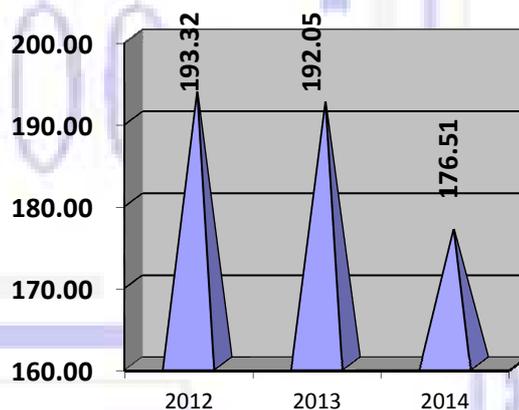


Grafico 9) Dimissioni totali di tipo medico x 1000 abitanti

Il dato, pur in evidente e costante riduzione, risulta ben superiore alla soglia sopra indicata e conferma la necessità di intervenire sui livelli di inappropriatezza.

Il dato rappresentato per singole fasce di età risulta essere:

anno		2012		2013			2014		
età	ord	d.h.	totale	ord	d.h.	totale	ord	d.h.	totale
Da 0 a 1 anno	449	22	471	406	22	428	388	20	408
Da 1 a 4 anni	1.003	269	1.272	1.030	288	1.318	902	154	1.056
Da 5 a 14 anni	1.229	980	2.209	1.385	988	2.373	1.296	682	1.978
Da 15 a 24 anni	1.374	523	1.897	1.340	540	1.880	1.177	498	1.675
Da 25 a 44 anni	3.920	1.780	5.700	3.859	1.599	5.458	3.538	1.434	4.972
Da 45 a 64 anni	3.524	3.535	7.059	3.679	3.232	6.911	3.422	2.900	6.322
Da 65 a 74 anni	2.781	1.601	4.382	2.739	1.537	4.276	2.685	1.451	4.136
Oltre i 75 anni	5.428	1.188	6.616	5.687	1.080	6.767	5.422	1.062	6.484
totale	19.708	9.898	29.606	20.125	9.286	29.411	18.830	8.201	27.031

Aggregando le fasce di età con gli stessi criteri utilizzati per la rilevazione della popolazione e cioè, 0-14; 15-64; >65 anni, si ottengono i seguenti indicatori standardizzati con la popolazione riferita alla singola fascia di età:

anno	2012			2013			2014		
età	ricoveri	popolazione	indicatore	ricoveri	popolazione	indicatore	ricoveri	popolazione	indicatore
da 0-14 ann	3.952	21.361	185,01	4.119	21.305	193,33	3.442	22.516	152,86
15-64 anni	14.656	97.916	149,67	14.249	98.560	144,57	12.969	100.417	129,15
>65 anni	10.998	28.068	391,83	11.043	28.708	384,66	10.620	30.210	351,53
totale	29.606	147.345	200,92	29.411	148.573	197,95	27.031	153.143	176,50

Per tutte le fasce di età si registra un trend in diminuzione, fermo restando che i dati sono superiori al parametro di riferimento, confermando, con ciò, la necessità di intervenire con azioni migliorative.

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

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: =>38%.

Il dato aziendale è il seguente

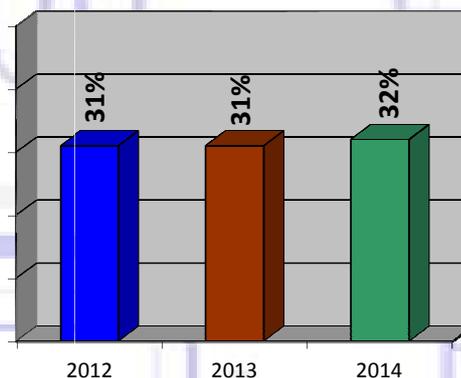


Grafico 10) % drg chirurgici su totale drg

L'indicatore non è nei limiti LEA.

E' necessario precisare, però, che rispetto a questo indicatore l'azione dell'Azienda è fortemente condizionata dalla domanda assistenziale proveniente dal territorio. Infatti, i ricoveri con drg medico sul totale dei drg prodotti, ha assunto il seguente andamento:

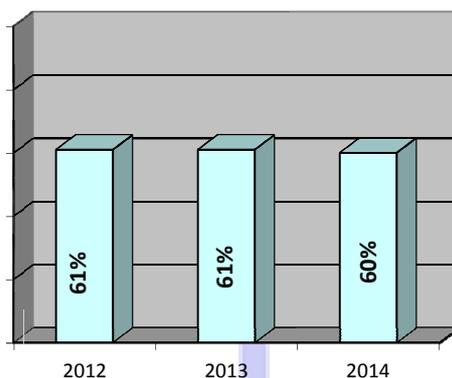


Grafico 12: % drg medici su totale

L'incidenza percentuale dei ricoveri da Pronto Soccorso, quindi non governabili, risulta essere:

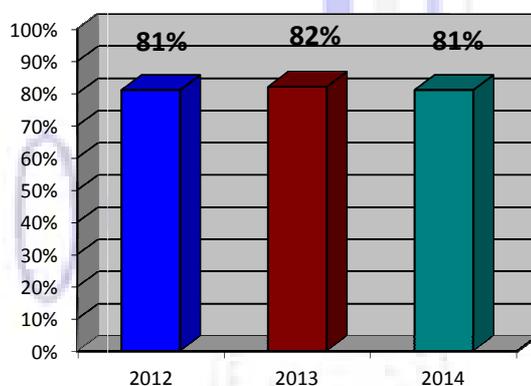


Grafico 13) % drg medici provenienti da Pronto Soccorso su totale drg

Allo scopo di ridurre il numero di pazienti transitati dal P.S. si ritiene di attivare protocolli condivisi tra il costituendo Dipartimento di Emergenza e Urgenza e quello Chirurgico

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

Il parametro LEA di riferimento è stabilito nella seguente misura: <=32%

Il dato aziendale è il seguente:

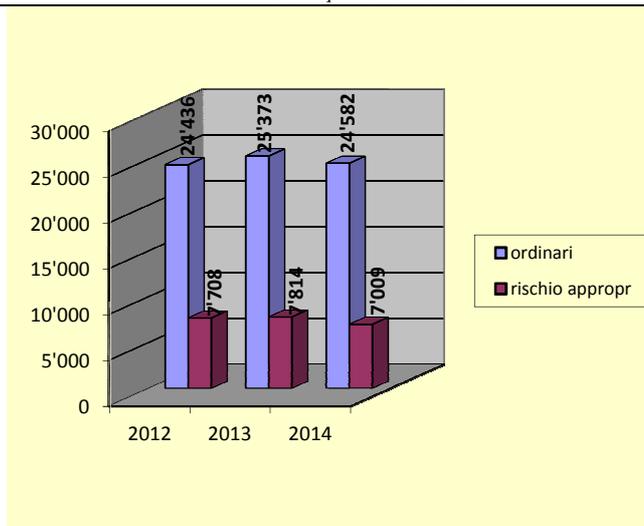


Grafico 14) n. inappropriati

L'incidenza percentuale dei drg inappropriati sul totale dei drg appropriati, risulta essere:

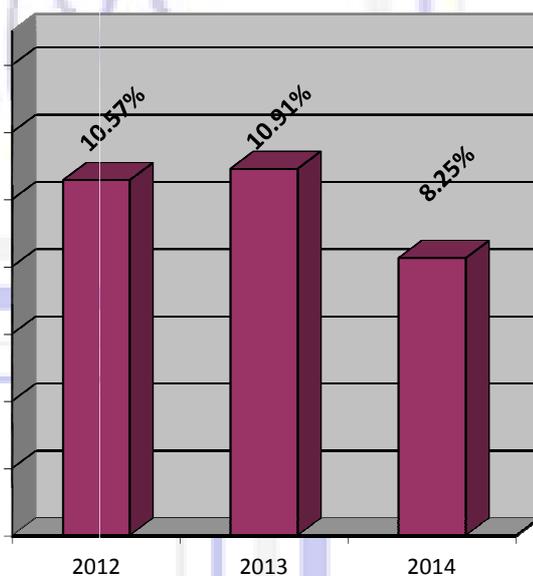


Grafico 15- % inappropriati su appropriati

1.p) Percentuale parti cesarei.



Parametro LEA <= 20%

L'andamento aziendale si rappresenta nel seguente grafico:

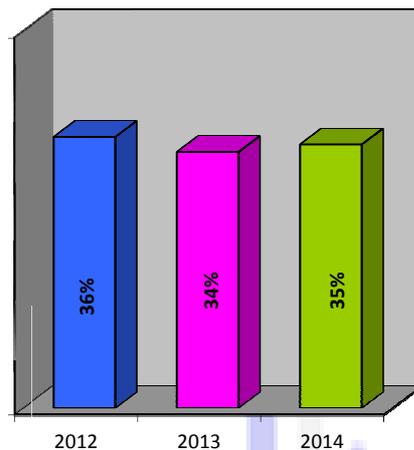


Grafico 16) % parti cesarei sul totale dei parti

L'indicatore risulta superiore al parametro LEA, ma al di sotto del dato registrato sul 1° semestre 2014 dalla Regione Puglia (la Regione fa registrare un 44,22% – dati Ministero Salute). La stessa Regione obbliga l'Azienda ad effettuare verifiche sulle sdo solo se i parti cesarei superano il 40% dei totale dei parti registrati.

1.q) fratture femore operate in seconda giornata.



Parametro LEA $\geq 50\%$. (si considerano i drg 210,211,485 e 544). Il dato aziendale è il seguente:

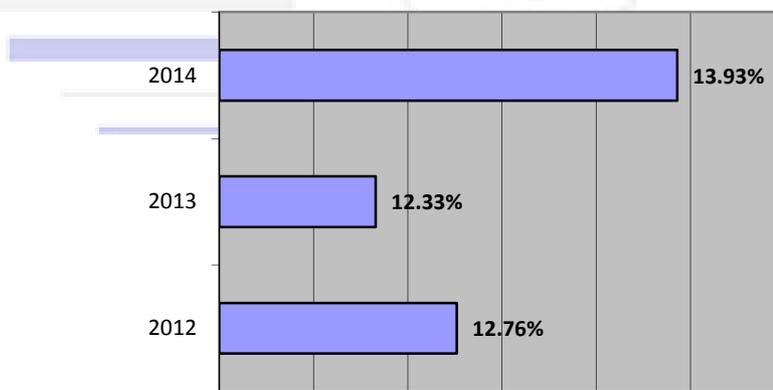


Grafico 17) % frattura femore operati in 2ª giornata

Si ritiene possibile il perseguimento dell'obiettivo con idonee e diverse strutturazioni organizzative che garantiscano, almeno per una delle due Strutture di Ortopedia una preminente finalizzazione delle attività al trattamento delle urgenze, con la condivisione di tali percorsi con altre Strutture aziendali.

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

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

Media nazionale per il 2013 = 9,3%

Il dato aziendale del 2013, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 8,8%

L'andamento nel triennio 2011-2013 è riportato nel seguente grafico:

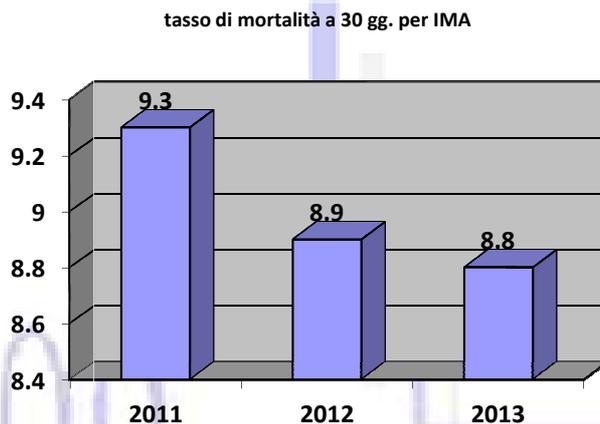


Grafico 18) tasso di mortalità a 30 gg per IMA

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

Media nazionale per il 2013 = 5,7%

Il dato aziendale del 2013, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 11,4%

L'andamento nel triennio 2011-2013 è riportato nel seguente grafico:

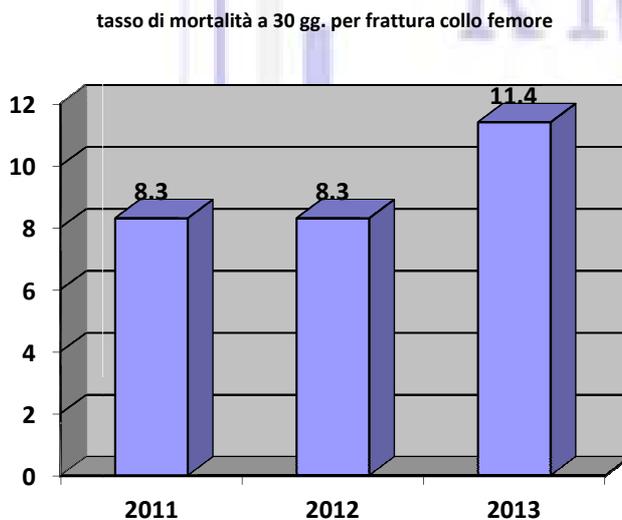


Grafico 19) tasso di mortalità a 30 gg per frattura collo femore



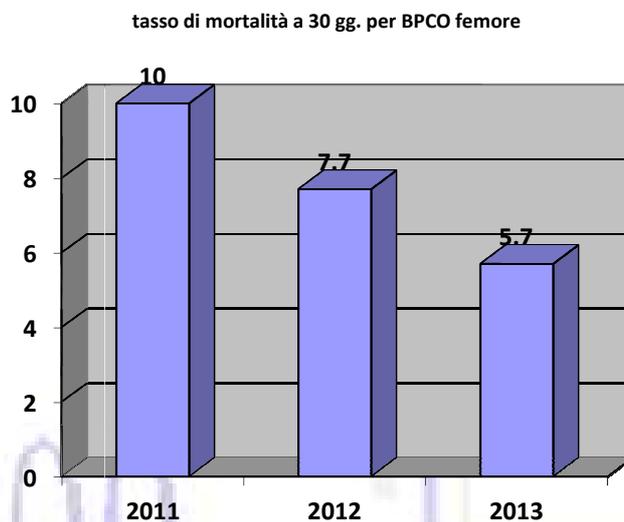
2.c) Tasso di mortalità a 30 giorni per bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).



Media nazionale per il 2013 = 8,8%

Il dato aziendale del 2013, così come riportato nel programma Nazionale Esiti, è stato pari al 5,7%

L'andamento nel triennio 2011-2013 è riportato nel seguente grafico:





Quadro di sintesi aziendale

Produzione drg ordinari	■
Numero dimissioni	■
Peso medio drg	■
Degenza media	■
Tasso di mortalità aziendale	■
Utilizzo posti letto	■
Mobilità attiva e passiva	■
Tasso di ospedalizzazione	■
spesa farmaceutica	■
% ricov. diurni di tipo diagnostico	■
Accessi di tipo medico x 1.000 abitanti	■
% ricoveri chirurgici su totale ricoveri ordinari	■
rapproto tra drg inappropriati e appro.	■
% parti cesarei	■
% interventi femore in seconda giornata	■
% di mortalità a 30 gg. Per IMA	■
% di mortalità a 30 giorni per frattura femore	■
% mortalità a 30 giorni per BPCO	■

Considerazioni

Si registrano risultati positivi rispetto ad indicatori importanti quali il tasso di mortalità e la degenza media. Il peso medio dei drg è soddisfacente rispetto agli indicatori medi di riferimento regionale ma sarà opportuno effettuare verifiche ulteriori finalizzate al miglioramento dell'indicatore. In particolare si dovrà verificare la possibilità di ridurre l'incidenza di drg medici da reparti chirurgici per migliorare l'utilizzo delle risorse e aumentare il peso medio complessivo dei drg. Si dovranno attivare percorsi di verifica condivisa con i Direttori delle Strutture chirurgiche e con gli Anestesisti, finalizzati alla ottimizzazione dell'uso delle sale operatorie.

L'aumento dell'incidenza complessiva dei drg chirurgici sul totale dei drg prodotti dipenderà, anche, dalla possibilità di incidere, d'intesa con l'Azienda sanitaria territoriale, sulla domanda assistenziale rivolta alla nostra Azienda. Si consideri, infatti, che la stragrande maggioranza di drg medici trattati



riviene da ricoveri da Pronto Soccorso, come evidenziato negli specifici report che precedono e, quindi, non governabili dal livello decisionale interno.

Tabella riassuntiva delle positività e negatività

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



Altre cifre dell'Amministrazione

Chi opera in Azienda

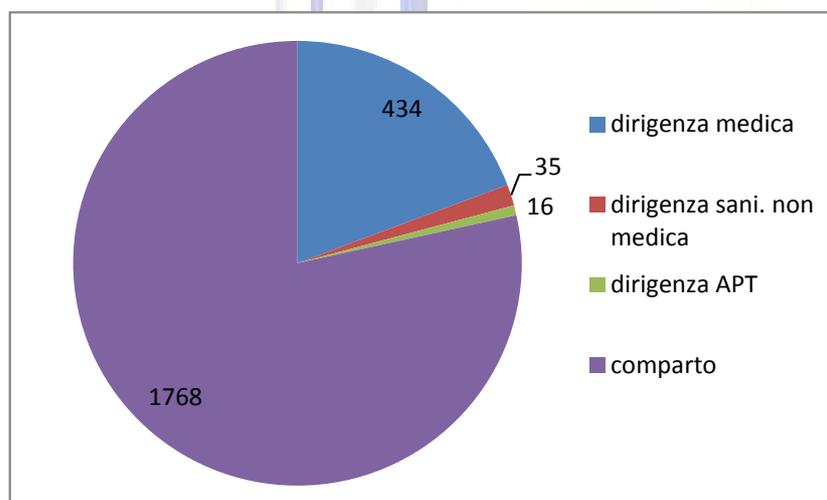
L'Azienda Ospedaliera registra una forte carenza di personale derivante dal mancato riconoscimento e/o adeguamento di unità di personale necessarie all'attivazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia. L'Azienda sconta, da questo punto di vista, uno storico gap che si registra fin dalla sua costituzione.

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

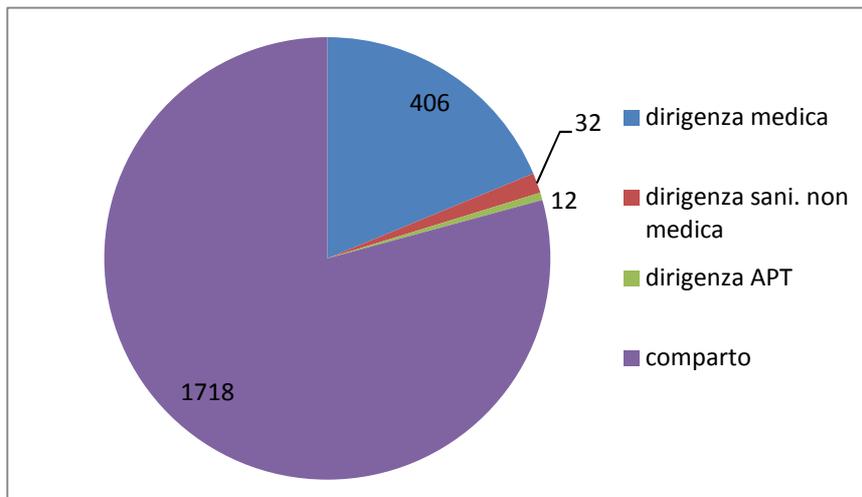
Allo stato, però, solo per garantire gli attuali standard assistenziali e senza alcuna previsione incrementativa prevista dal vigente Protocollo d'Intesa Regione Università, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia necessiterebbe di ulteriori 103,51 unità, delle quali 32 medici e 34 infermieri.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

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

Personale a tempo indeterminato e determinato

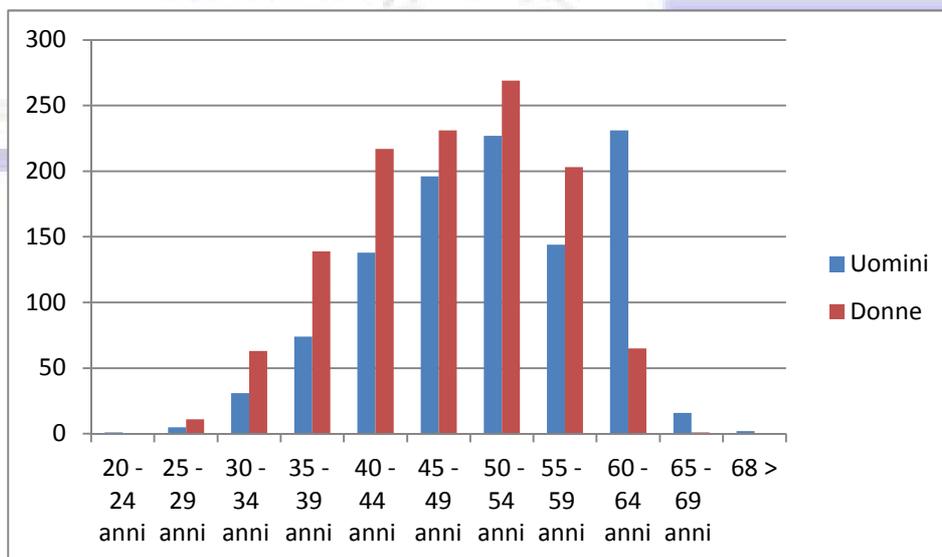


Personale a tempo indeterminato



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

Rappresentazione età anagrafica (età media 53 anni)



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



Dati di attività aziendali

Le carenze strutturali del territorio di riferimento determinano carichi di lavoro aggiuntivi e prestazioni assistenziali improprie per l’Azienda, in quanto caratterizzate da bassa complessità e, in buona parte, non remunerate poiché non rientranti nei livelli di remunerazione previsti per l’Azienda dai DIEF regionali.

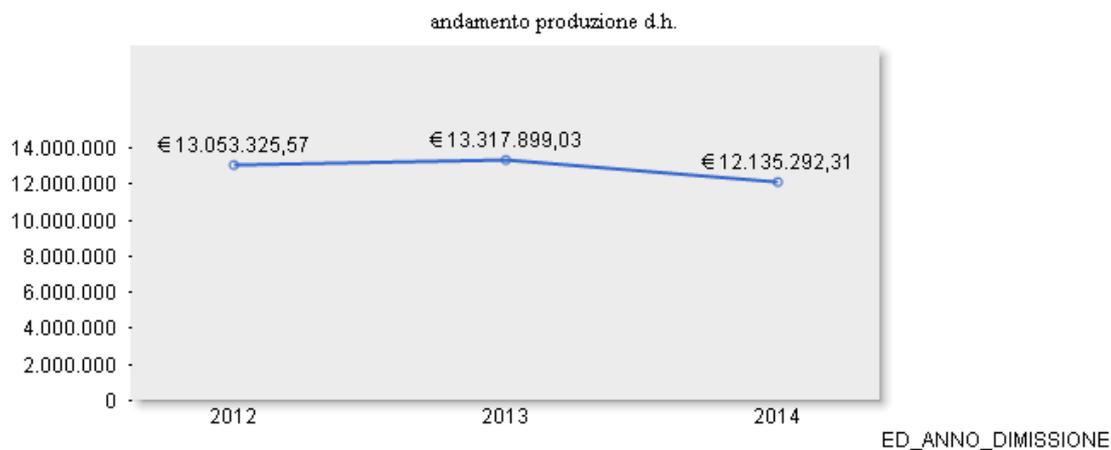
Tuttavia, pur con i limiti sopra descritti, condizionanti le scelte operative aziendali, si conferma che l’Azienda, con il supporto determinante di tutto il personale, ha garantito livelli adeguati di assistenza e ciò è confermato dai dati quantitativi di performance registrati.

Di seguito sono rappresentati i dati di attività non considerati nella prima parte del presente documento relativo alla esposizione dello stato dell’arte al 31 dicembre 2014. A completamento di tale parte si riportano, di seguito, i dati relativi a :

1. Attività di ricovero in day hospital
2. Attività ambulatoriale
3. Attività di pronto soccorso

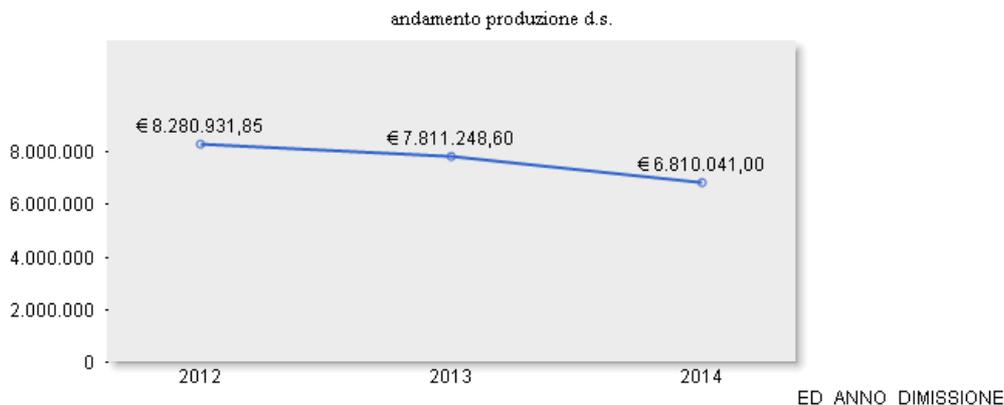
Produzione per ricoveri in d.h.

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



La flessione della produzione, per tale tipologia di ricoveri, è dovuta senz’altro al carenza di personale dedicato prioritariamente alle attività di ricovero in regime ordinario.

Specificando il dato ulteriormente, si indicano i d.s. prodotti nello stesso periodo, precisando che il dato è evidenziato sulla base del drg chirurgico prodotto.



La percentuale dei d.s. sul totale dei ricoveri in d.h. risulta essere, nel 2014, pari al 56,12%.

Per il 2015 si attiveranno azioni tendenti all'abbattimento della percentuale aziendale, per allinearla tendenzialmente e progressivamente, all'obiettivo degli indicatori LEA, che prevede una percentuale max <= al 20% .

Produzione per attività ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali specialistiche e strumentali sia per il numero che per il valore, i dati registrati nel corrente anno 2014 mostrano un significativo incremento della produzione:

<i>anno</i>	<i>Numero</i>	<i>Valore</i>
2012	1.637.504	€ 23.702.224
2013	1.585.659	€ 22.543.942
2014	1.632.909	€ 24.592.323

Nella sotto indicata tabella sono riportati i dati riassuntivi relativi agli accessi al Pronto Soccorso aziendale nel periodo 2011 – 2014, al netto delle attività di programmazione elettive che assommano a:

- 2011 n. 20.759
- 2012 n. 20.260
- 2013 n. 20.102



Attività di pronto soccorso	2012	2013	2014
Numero di accessi per codice triage:			
Codice non specificato	39	50	58
Codice bianco non critico	6.099	112	139
Codice giallo mediamente critico	24.590	28.908	32.390
Codice nero – deceduto	3	8	8
Codice rosso molto critico	2.757	3.303	3.434
Codice verde poco critico	18.326	28.637	27.167
Totale numero di accessi	51.814	61.018	63.319

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi specifici

Ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni e dell'Atto Aziendale, al Direttore Generale ed ai Direttori Amministrativo e Sanitario compete la direzione strategica, nonché la responsabilità della programmazione e del controllo aziendale, da attuarsi anche attraverso azioni di promozione, supporto e coordinamento nei confronti delle singole strutture operative, mentre ai responsabili delle strutture ospedaliere competono, invece, i compiti di gestione delle proprie strutture nell'ambito dei principi fondamentali previsti dal D. Lgs. 165/2001 sulla separazione delle funzioni di direzione e controllo e da quelle di gestione.

La gestione dell'Azienda deve svolgersi in coerenza con i contenuti di un insieme coordinato e congruente di piani, programmi e progetti, attraverso i quali effettuare le proprie scelte di programmazione, le quali debbono trovare giustificazione nel Piano Sanitario Nazionale, nel Piano Sanitario Regionale vigente, sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione Puglia, nonché sulla pianificazione aziendale di medio e lungo termine.

La programmazione è, invece, un processo di natura prevalentemente tecnica, attraverso la quale si prevede, in dettaglio, come perseguire nel breve periodo (di regola un anno) un obiettivo o più obiettivi specifici (attività, mezzi, metodi, sequenze, tempi). Il programma è un insieme di progetti con obiettivi omogenei, che l'Azienda adotta unitamente ai budget di ciascuna struttura al termine delle negoziazioni annuali.

Il passaggio dalla pianificazione strategica di medio/lungo periodo alla programmazione operativa annuale, collegata al processo di budgeting, individua uno dei momenti fondamentali della gestione. È proprio in sede di definizione del budget generale annuale che l'Azienda e le singole



strutture operative aziendali verificano la concreta possibilità di realizzare, anche parzialmente, un obiettivo generale espresso dai documenti di pianificazione, attraverso la sua scomposizione, nei termini più analitici possibili, in obiettivi specifici. Tale scomposizione rappresenta un passo indispensabile, sia con riferimento alle scelte delle attività da svolgere, sia per la misurazione dei risultati in sede di verifica e di valutazione, in quanto più gli obiettivi sono dettagliati, più facile risulta la scelta delle attività secondo il criterio dell'efficacia.

In definitiva la procedura di Programmazione consente:

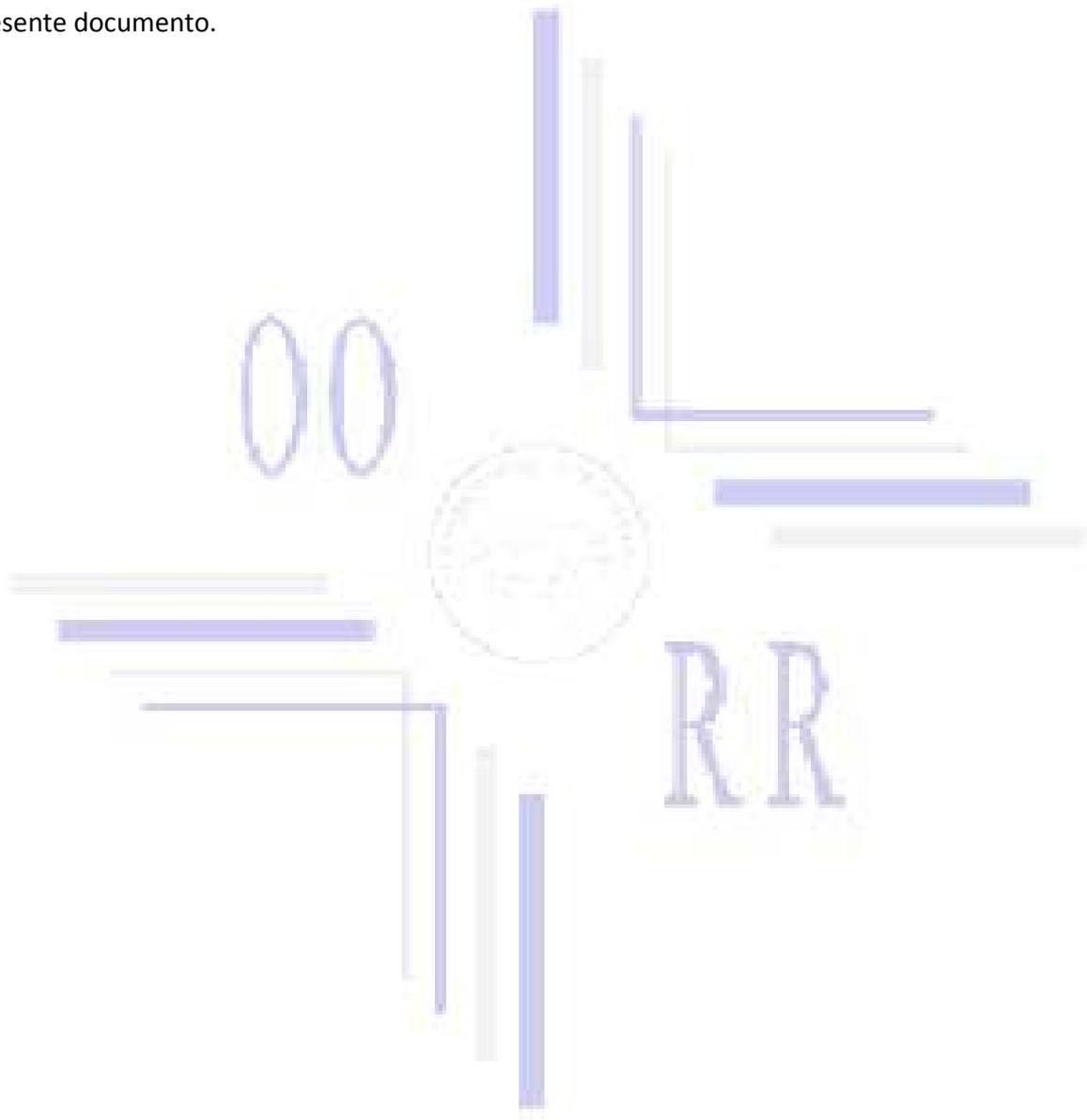
- il governo delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi da perseguire annualmente;
- la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nella organizzazione e nella attuazione del programma;
- la valutazione delle singole Strutture e dei professionisti sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. Allo scopo di pervenire, su un arco temporale annuale e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare ed agli investimenti da compiere, è obbligatoria l'adozione della metodica di budget, la quale si sviluppa secondo una struttura che comprende:
 - budget delle strutture/dipartimenti. L'Azienda, fin dalla sua costituzione ha implementato una metodica di budget con la quale procedere, poi, con la misurazione delle attività rese dalla varie strutture. Il processo è stato affinato negli anni, anche in considerazione del fatto che la reale disponibilità di risorse ha costituito un obiettivo limite. Nell'Azienda Ospedaliera la performance viene misurata a livello generale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale). Su tali obiettivi, come detto derivanti anche dagli obiettivi strategici regionali, è valutata, peraltro, la Direzione Generale. La Regione Puglia ha individuato gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, con DGR n.1213 del 23/6/2014. La singola Struttura, individuata come autonomo centro di responsabilità è valutata sia sotto il profilo della performance organizzativa, sia a livello di singolo dipendente dirigente e non (performance individuale).

L'Azienda, da alcuni anni, procede con l'individuazione di obiettivi specifici per le Strutture sanitarie, focalizzati principalmente sul livello di qualità delle attività assistenziali. In tal senso si sono considerati utili alla valutazione di questa tipologia di performance, gli indicatori suggeriti dal Ministero



per la Salute, nell'ambito del Programma Operativo per le Appropriately (POA). Tali indicatori, peraltro, contengono parte degli indicatori utili alla valutazione dei Direttori Generali, così come indicati nella citata DGR n°805 del 17/04/2015, nonché alcuni indicatori individuati dal Programma Nazionale Esiti, anch'esso approvato dal Ministero per la salute.

Per ciascuna delle macroaree sotto indicate, si individuano obiettivi strategici per la Direzione aziendale e obiettivi specifici assegnati alle singole Strutture. Detti obiettivi sono riportati negli allegati al presente documento.





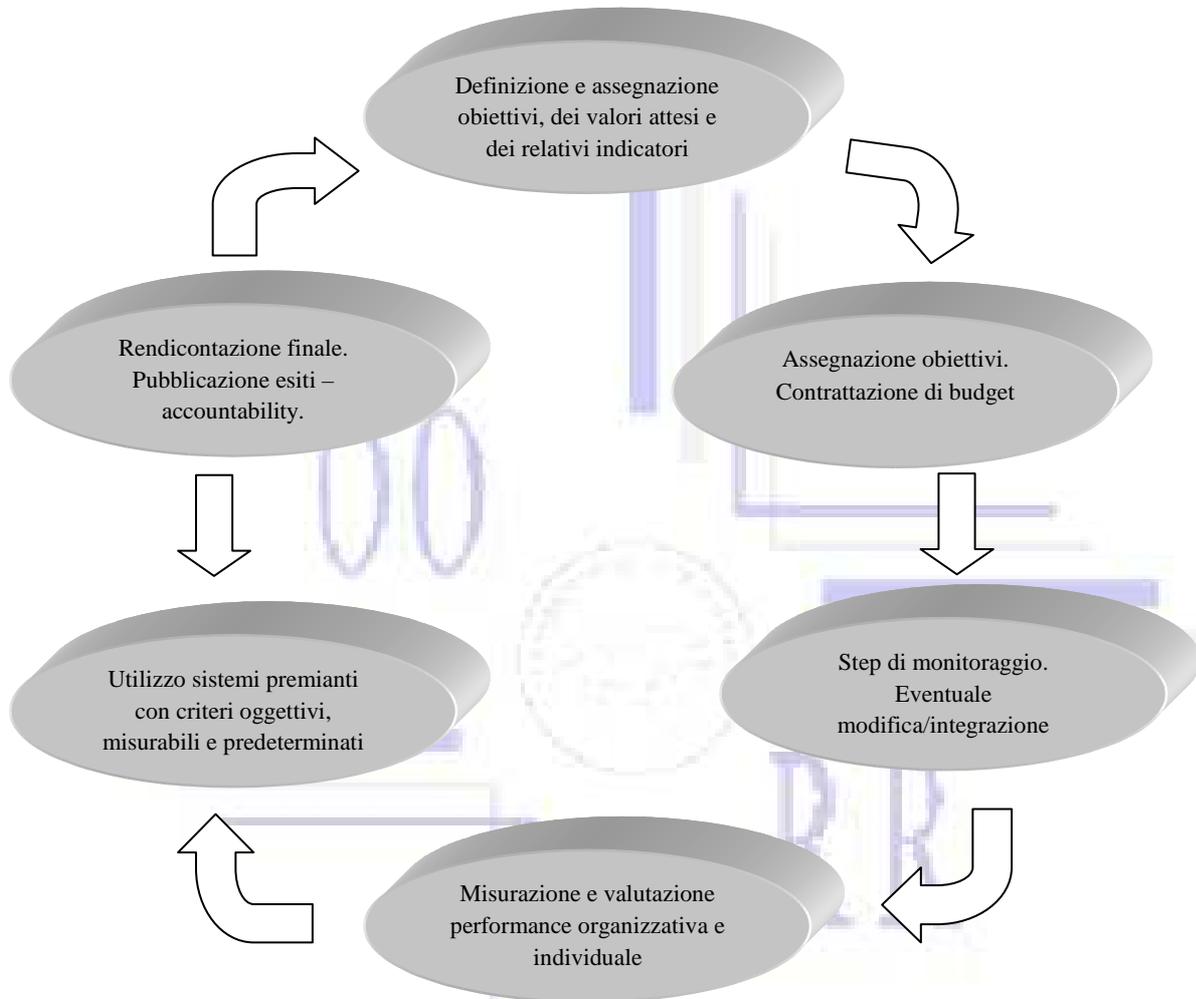
MACROAREE

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

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

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

Ciclo delle performance



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

La sessione di budget si attiverà tra il mese di ottobre 2015 e gennaio 2016, sulla scorta delle azioni previste nel presente piano e sulla base delle disponibilità rilevabili dal bilancio economico di previsione.



La sessione di budget si attiva con l'invio delle schede per la predisposizione della relativa proposta di budget da parte dei vari centri di responsabilità. Le schede sono predisposte in modo che ogni C.d.R. possa evidenziare:

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

I vari centri di responsabilità dispongono di tutti i dati di attività relativi al centro di costo di competenza. Tali dati vengono inviati dalla Struttura Programmazione e Controllo con cadenza trimestrale e, inoltre, sono disponibili sul sito aziendale – sezione trasparenza.

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

La contrattazione di budget si chiude con la sottoscrizione del relativo verbale con il quale si sancisce la validità e l'obbligatorietà degli obiettivi assegnati alla Struttura.

Il budget è sottoposto a verifica dinamica con la predisposizione di relazioni trimestrali inviate alle Strutture aziendali. La verifica formale degli esiti relativi al raggiungimento degli obiettivi previsti per il 2015, che coincidono con quelli indicati nelle allegate schede, formerà oggetto della "relazione sulle performance" da adottare a consuntivo di esercizio, appena si rendono disponibili i dati assestati di periodo.

Sistema di valutazione delle performance

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

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





Valutazione delle performance manageriali

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

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

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

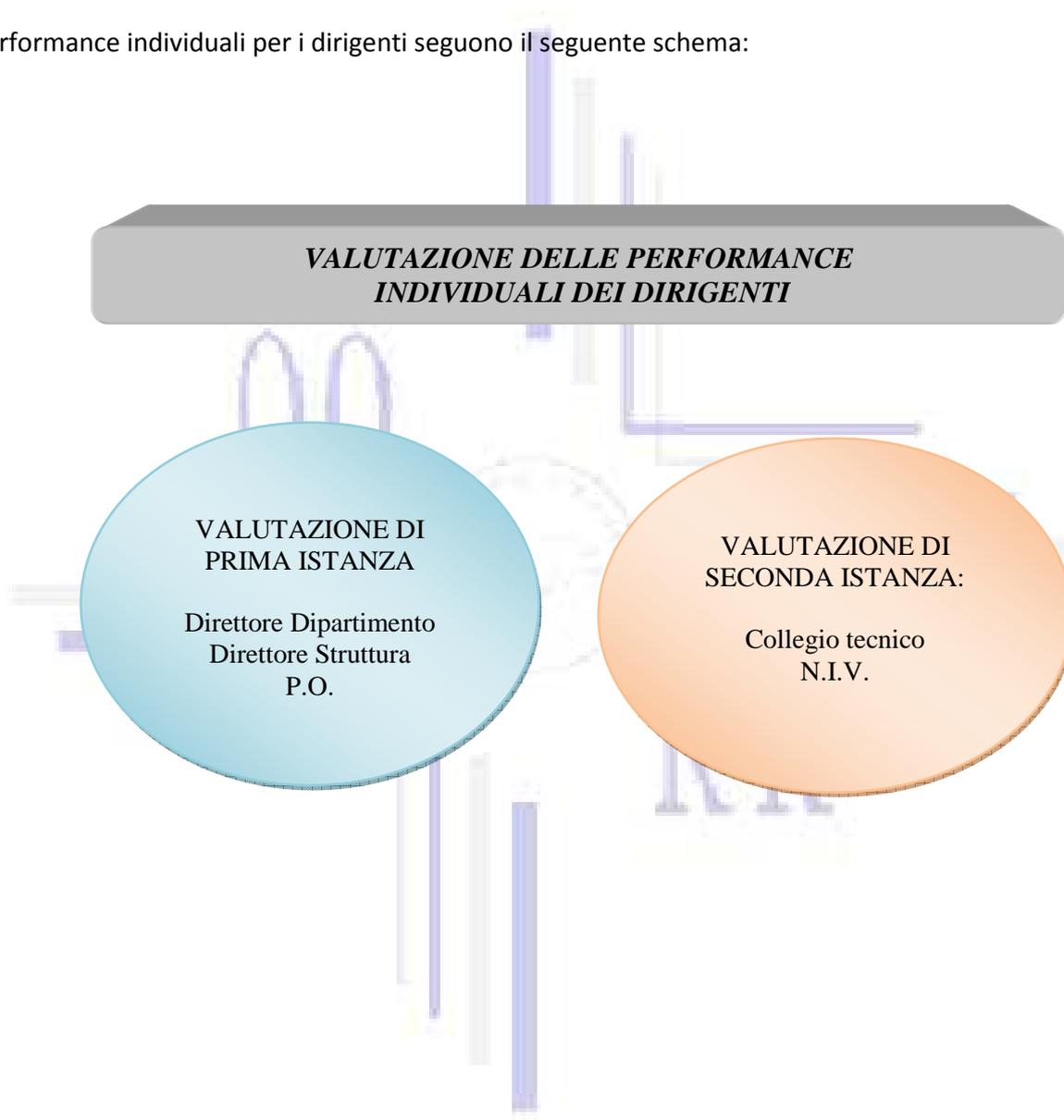
Il procedimento si basa su criteri oggettivi e predeterminati, consistenti nell’attribuzione di una quota di punteggio a ciascun obiettivo raggiunto. Gli obiettivi sono, in tal senso, parametrati su base 100 o su altra base comunque omogenea.

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

Valutazione performance individuali

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

Le performance individuali per i dirigenti seguono il seguente schema:





Valutazione di prima istanza

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

Valutazione di seconda istanza

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

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

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

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

Le premialità per il 2015 saranno attribuite in conformità a quanto disposto dall’art.19 del D.lvo n° 150 del 2009 e saranno pubblicati nell’apposita sezione del sito aziendale sezione “Trasparenza” .

MACRO AREA 1 - Legalità, trasparenza, performance, organizzazione

FINALITA' E INDICATORI				MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI		2014	PIANO 2015	PIANO 2016	PIANO 2017	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Legalità	L. 190/2012	Prevenire il rischio di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità.	Redazione piano di formazione	Redazione ed approvazione del Piano con le modalità e nei termini previsti	Si	entro 15/10	entro 15/02	entro 15/02	Struttura legale e contenzioso	Resp. Aziend. Trasparenza Resp. Aziendale Formazione Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
			Attuazione piano formazione	Relazione conclusiva entro 15/01		entro 31/12	entro 30/11	entro 30/11			
			Istituzione registro protocollo riservato	Riscontro avvenuta istituzione		entro 31/12	****	****			
			Relazione annuale del piano di prevenzione	Adozione della Relazione con le modalità e nei termini previsti		entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12			
			Redazione Piano della Prevenzione	Adozione del Piano con le modalità e nei termini previsti	Si	entro 31/12 *	****	entro 15/02			
Trasparenza	L. 190/12 Direttive regionali D.Lgs. 33/12 D.Lgs. 196/03	Garantire la totale accessibilità alle informazioni con le modalità e tempi previsti dalle fonti di riferimento, nel rispetto delle regole in materia di privacy	Aggiornamento tempestivo delle informazioni	Verifica continua dell'avvenuto aggiornamento ed evidenza, nella relazione finale, delle eventuali incongruenze Relazione nei termini previsti, salvo necessità di evidenziazioni intermedie	Si	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Resp. Aziend. Trasparenza	Struttura Legale e contenz. Tutte le strutture tecnico/amministrative	Direzione Amministrativa
			Verifica e controllo del rispetto delle regole sulla privacy	Verifica, a campione, della corretta applicazione delle regole privacy ed evidenziazione, con apposita relazione, delle eventuali incongruenze, con indicazione dei possibili miglioramenti. Relazione nei termini previsti, salvo necessità di evidenziazioni intermedie	No	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Affari Generali		
			Redazione Bilancio Sociale	Condivisione, tra tutte le strutture impegnate, delle aree di trattazione e del layout del documento. Stesura, per ciascuna struttura e ratione materiae, di parte del Documento. Adozione nei termini	Si	Si	entro 30/04	entro 30/04	Affari Generali	Controllo di Gestione Strutture di staff Tutte le strutture tecnico/amministrative	
Ciclo della Performance	DL 150/09	Rafforzamento delle funzioni di programmazione e controllo	Redazione Piano della Performance triennale e scorrimenti successivi	La stesura del Documento dovrà garantire la congruenza dello stesso sia con le fonti di riferimento (norme di settore e direttive e obiettivi posti dalla Regione) che con gli obiettivi di miglioramento in relazione alle risorse esistenti. Il Documento dovrà altresì esporre in maniera chiara sia il dato di partenza che il risultato che si intende conseguire	No	entro 31/07	entro febbraio	entro febbraio	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria Strutture di staff	Direzione Amministrativa
			Controlli intermedi stato di attuazione Piano della Performance	Il processo di attuazione richiede continui controlli circa lo stato di avanzamento, al fine di verificare la presenza di fattori ostativi al perseguimento degli obiettivi e con la finalità di stimolare le varie strutture, in base ai dati intermedi, verso un ulteriore impegno utile a consentire il raggiungimento degli obiettivi. Il Controllo di Gestione, d'intesa con la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, garantirà l'effettuazione di verifiche almeno trimestrali	No	entro 15/11	date indicate nei singoli obiettivi	date indicate nei singoli obiettivi	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria	
			Relazione finale attuazione Piano	Il Documento dovrà evidenziare, con dati numerici chiari corredati da grafici, il risultato conseguito rispetto agli obiettivi predeterminati	No	****	entro 15/02	entro 15/02	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria	
			Schede di budget	La fase di concertazione dovrà basarsi su una chiara evidenziazione dei dati riferiti ad almeno 3 annualità precedenti ed indicare i miglioramenti ritenuti possibili.	No	**	entro 31/12	entro 15/02	Controllo di Gestione	SIA Direzione Sanitaria	
			Utilizzo sistema regionale EDOTTO	L'avvio del sistema regionale in tutte le strutture costituisce obiettivo strategico fondamentale per omogeneizzare i dati necessari sia per l'esercizio della funzione di controllo che per quella della programmazione	No	entro 31/12	****	****	Controllo di Gestione	Tutte le strutture aziendali.	
Organizzazione	D.Lgs. 502/92 Atto di intesa Regione-Università DGR 879/15	Ridefinizione assetto organizzativo	Adozione Atto Aziendale	Assicurare, con una metodica conviva, l'attuazione dell'intesa Regione-Università e adeguare l'organizzazione ai processi di sviluppo. Adozione dell'Atto Aziendale entro il termine previsto e nel rispetto delle procedure stabilite	No	entro 30/09	****	****	Affari Generali	SIA	Direzione Amministrativa

* valevole anche per il 2016

** per l'anno 2015 la fase di concertazione del budget è sostituita dall'attuazione degli obiettivi per lo stesso anno previsti nel presente Piano

MACRO AREA 2 - Appropriatelyzza e accessibilità

AREA PROGETTUALE	FINALITA' E INDICATORI			MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
	RIFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI		2014	2015	2016	2017	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Miglioramento accessibilità alle prestazioni	Direttive regionali	Riduzione tempi di attesa	n. liste di attesa critiche risolte	Controlli almeno bimestrali. Raggiungimento dei miglioramenti previsti nella colonna "tempi di attuazione"	70%	80%	90%	100%	Struttura Prestazioni, d'intesa con le strutture interessate	""	Statistica e Epidemiologia
			Ridefinizione agende di prenotazione	Il continuo controllo tra agende di prenotazione, prenotati, prestazioni effettivamente erogate e risorse interne, potrà consentire un più sollecito adeguamento delle stesse rispetto alla domanda	no	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Relazione trimestrale	Struttura Prestazioni, d'intesa con le strutture interessate	""	
		Miglioramento servizi all'utenza	rapporto prestazioni ambulatoriali/prescrizioni su "ricetta rossa"	Verifiche a campione circa il rapporto visite/prescrizioni	no	30%	80%	100%	Struttura Prestazioni, d'intesa con le strutture interessate	""	
			Utilizzo nuovo sistema CUP	Messa a regime dell'acquisendo sistema		entro 31/12			Struttura Prestazioni		
Appropriatelyzza clinica e organizzativa	Direttive regionali Piano Nazionale Esiti	Miglioramento dell'efficacia, sicurezza ed efficienza delle cure	% interventi in 2ª giornata/totale interventi frattura al femore in pazienti >65 anni	Il conseguimento degli obiettivi richiede una periodica, almeno trimestrale, verifica circa gli andamenti delle attività, nonché lo svolgimento, da parte della struttura deputata alle verifiche, delle necessarie attività di coordinamento tra le varie strutture coinvolte	12.55%	>= 50%	60%	75%	Ortopedie	Pronto Soccorso Cardiologia Anestesia e Rianimazione	Statistica e Epidemiologia Controllo di Gestione
			Riduzione parti cesarei		35.42%	33%	31%	30%	Ostetricie	""	
			% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato/totale ricoveri da PS, anche tramite la stipulazione di appositi protocolli con le strutture interessate		19.28%	< 17%	< 13%	< 10%	PS	Strutture mediche e chirurgiche ove si verifichi il maggior numero di ricoveri da PS con DRG inappropriato	
			Riduzione % dimessi con DRG medico/totale dimissioni nei reparti chirurgici		59.50%	45%	35%	28%	tutte le strutture chirurgiche	PS	
			Riduzione % dimessi in DH con DRG medico per motivi diagnostici/totale DH		47%	35%	25%	15%	tutte le strutture mediche	PS	
			Riduzione % ricoveri brevi (0-1 e 2-3 giorni) con DRG medico/totale ricoveri con DRG medico		0 - 1 g 10,21% 2 - 3 gg 25,49%	0 - 1 g <= 9% 2 - 3 gg 22%	0 - 1 g <= 7% 2 - 3 gg 20%	0 - 1 g <= 5% 2 - 3 gg 15%	tutte le strutture mediche		
			Trasferimento in setting assistenziale diverso dal ricovero ordinario per tutti i DRG inappropriati. In particolare i trasferimenti riguardano le Ortopedie (tunnel carpale) e l'Occhistica (cataratta)		n.d.	> 70%	<= 80%	<= 100%	tutte le strutture sia mediche che chirurgiche		
			Riduzione giornate medie pre-intervento		1.45%	1.30%	1.20%	1.1	tutte le strutture chirurgiche	Anestesia e rianimazione	
			Prescrizione farmaci alle dimissioni Numero dimessi con prescrizione su totale dimessi		n.d.	50%	80%	100%	tutte le strutture sia mediche che chirurgiche	Farmacia	
			Riduzione DRG inappropriati n. DRG programmati/totale dimissioni		si	riduzione e 20% rispetto al 2014	riduzione e 70% rispetto al 2014	eliminazione casistica	tutte le strutture sia mediche che chirurgiche		

			riduzione drg ad alto rischio inappropriata su totale drg appropriati		no	<= 32%	<=20%	eliminazione casistica	tutte le strutture sia mediche che chirurgiche		Statistica e Epidemiologia. Controllo di Gestione
			potenziamento controlli sull'appropriatezza delle prestazioni con rispetto dei vincoli perentuali di controlli previsti dal D.M. 10/12/2009		no	rispetto % controlli ex D.M.	miglioramento rispetto al 2015	miglioramento rispetto al 2016	Uffici della Direzione Sanitaria		Direzione Sanitaria
			aumento % dei drg chirurgici su tale dei ricoveri ordinari		32%	>=38%	miglioramento rispetto al 2015	miglioramento rispetto al 2015	tutte le strutture chirurgiche		Statistica e Epidemiologia. Controllo di Gestione
	DGR n° 1500 del 1/8/2008 e s.m.i.	garanzia operatività dei registri tumori	invio dati al centro di codifica ed elaborazione dati presso l'Istituto Oncologico di Bari	Relazione trimestrale sull'avvenuto invio redatta dalla Struttura di Statistica ed Epidemiologia al Controllo di Gestione	no	1° invio entro il 15 ottobre 2015 per i dati relativi al 2015	invio trimestrale	invio trimestrale	Struttura di Statistica ed Epidemiologia	Tutte le Strutture sanitarie	Statistica ed Epidemiologia
	DGR n° 1409 del 237/2013	garanzia operatività dei registri malformazioni	invio dati al centro di codifica ed elaborazione dati presso l'U.O.C. di Neonatologia e T.I.N. del Policlinico di Bari	Relazione trimestrale sull'avvenuto invio redatta dalla Struttura di Statistica ed Epidemiologia al Controllo di Gestione	si	1° invio entro il 15 ottobre 2015 per i dati relativi al 2015	invio trimestrale	invio trimestrale	Struttura di Statistica ed Epidemiologia	Tutte le Strutture sanitarie	Statistica ed Epidemiologia

MACRO AREA 3 - Risk management

AREA PROGETTUALE	FINALITA' E INDICATORI			MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
	RIFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI		2014	2015	2016	2017	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Formazione		Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	Redazione e attuazione piano di formazione	Svolgimento dell'attività formativa nei termini stabiliti. Relazione finale	no	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12	Medicina Legale	Resp. Aziendale Formazione	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
Procedure		Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri e qualità della cartella clinica	Redazione regolamento	Adozione del Regolamento entro il termine previsto	no	entro 31/12	""	""	Affari Generali	Struttura Legale e contenz. Medicina Legale Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
			Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrali circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari	no	""	report trimestrale	report trimestrale	Presidente organismo interno gestione sinistri	Struttura Legale e contenz. Medicina Legale Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
			Definizione di procedura operativa di verifica delle cartelle cliniche e gestione delle non conformità	Adozione procedura nel termine previsto	no	entro 31/12	""	""	Statistica e Epidemiologia	Medicina Legale	Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
		Analisi dei miglioramenti	n. soccombenze/numero contenziosi	La migliore definizione di fasi interne di gestione dei potenziali contenziosi, dovrebbe determinare un miglioramento progressivo degli esiti giudiziari delle controversie relative alle malpractices. Relazione al termine dell'annualità	no	Relazioni e al 31/12	Relazioni e al 31/12	Relazioni e al 31/12	Struttura Legale e contenz.		Direzione Amministrativa o struttura all'uopo delegata
			Corretta compilazione SDO/Riduzione SDO non validate	L'attuazione dell'obiettivo richiede un confronto continuo con le strutture di dimissione. Il risultato è raggiunto con la riduzione o l'eliminazione del fenomeno, secondo i tempi stabiliti in "tempi di attuazione"	si	riduzione e 50% SDO non validate	eliminazione casistica	eliminazione casistica	Statistica e Epidemiologia		Direzione Sanitaria o struttura all'uopo delegata

MACRO AREA 4 - Servizi

FINALITA' E INDICATORI				MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI		2014	2015	2016	2017	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Incremento offerta	Direttive aziendali	Incremento e/o razionalizzazione delle prestazioni per interni	Riduzione tempi effettuazione esami e refertazione per gli interni	L'obiettivo posto è strettamente correlato anche ad un continuo monitoraggio delle agende di prenotazione per esterni	no	entro 2 gg dalla richiesta	entro 1 giorno dalla richiesta	mantenimento	Radiologie	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	Direzione Sanitaria
			Miglioramento rapporto produzione/personale	Verifica della possibilità di incrementare le prestazioni sulla base di parametri standard che, tenendo conto dei miglioramenti tecnologici, individuino adeguati rapporti tra personale e produzione. Produzione di una griglia di verifica e relazione finale	no	Produzione griglia di verifica al 31/12 e mantenimento della produzione	adeguamento produzione ai parametri stabiliti	adeguamento produzione ai parametri stabiliti	Radiologie		
			Protocolli con altre strutture	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste diagnostiche interne	no	entro 31/12/15 (almeno 2 protocolli)	entro 31/12/15 (almeno altri 3 protocolli)	mantenimento	Radiologie e Laboratori	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	
			Analisi inapproprietezze	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica interna	no	1 relazione e relativa all'annualità	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Radiologie e Laboratori	strutture mediche e chirurgiche richiedenti le prestazioni radiologiche	
Miglioramento del rapporto costi/efficacia	Direttive regionali e aziendali	riduzione spesa farmaceutica	Redazione PTOR	Migliorare il rapporto tra efficacia e costo dei farmaci Verifiche, per le annualità successive, circa l'adeguatezza delle somministrazioni	no	entro 31/12/15	relazioni trimestrali	relazioni trimestrali	Farmacia		Direzione Sanitaria
			Verifica rimanenze magazzini	Verifica congruenza tra dato effettivo e dato contabile	no	Verifiche di almeno 10 reparti	Verifiche di tutti i reparti	Verifiche di tutti i reparti	Farmacia	tutti i reparti Gestione risorse finanziarie	
			Miglioramento del rapporto peso DRG e costo farmaci	Analisi continua dei costi afferenti alle varie strutture ed incontri con i responsabili degli stessi al verificarsi di evidenti scostamenti	no	Relazione al 31/12	Verifiche e relazioni trimestrali	Verifiche e relazioni trimestrali	Farmacia Controllo di Gestione		
			rapporto SDO/prescrizioni di farmaci alle dimissioni	La farmacia dovrà fornire i dati numerici dei pazienti dimessi che transitano nella Farmacia Ospedaliera per il ritiro dei farmaci prescritti alle dimissioni	no	Relazione al 31/12	Verifiche e relazioni trimestrali	Verifiche e relazioni trimestrali	Farmacia Controllo di Gestione		
			diminuzione farmaci scaduti in giacenza	La Farmacia dovrà fornire i dati trimestralmente al Controllo di Gestione	no	1° report il 31/12/2015 (riduzione del 10%)	monitoraggio trimestrale	monitoraggio trimestrale	Farmacia		
			definizione programma triennale di mandato per contenimento della spesa farmaceutica (per ricoverati) e relativi step annuali	la Farmacia dovrà predisporre, d'intesa con la D.S. il programma triennale entro il 31/10/2015. Il programma è correlato all'indicatore rappresentato dal costo farmaci per ricoverati per unità di peso drg	no	#####	aggiornamento	aggiornamento	Farmacia		

			Attuazione delle linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva	La Farmacia dovrà predisporre relazioni trimestrali evidenziando, per ogni linea guida, l'andamento della spesa e le iniziative intraprese per migliorare la specifica performance	no	1^ relazione e al 31/10/2015 con l'obiettivo, per il 2015 di attuare almento il 30% delle linee guida regionali	>= 70%	100%	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	
			Aderenza piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali	Relazioni trimestrali della Farmacia	no	aderenza con almento il 10% delle linee guida	>= 50%	>= 70%	Farmacia	Tutte le Strutture sanitarie aziendali	

MACRO AREA 5 - Strutture tecnico-amministrative

FINALITA' E INDICATORI				MODALITA' DI VERIFICA E/O DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE				RESPONSABILITA'		STRUTTURA DELLE VERIFICHE E DEI CONTROLLI
AREA PROGETTUALE	RIFERIMENTI	OBIETTIVI	INDICATORI		2014	2015	2016	2017	RESPONSABILE PROGETTO	ALTRE AREE AZIENDALI COINVOLTE	
Organizzazione e personale	Direttive aziendali CC.CC.NN.L. Fonti normative	Attuazione organizzazione conseguente all'Atto Aziendale	Conferimento incarichi	Definizione, d'intesa con la Direzione Sanitaria o Amministrativa, degli obiettivi relativi a ciascun incarico e stipula dei conseguenti contratti	no	stipula contratti entro 3 mesi dall'approvazione e dell'Atto Aziendale	****	****	Politiche del Personale		Direzione Amministrativa
			Definizione e verifiche dei fondi aziendali	Corretta individuazione dell'ammontare dei fondi, in particolare per la individuazione della retribuzione di posizione connessa ai conferendi incarichi, e del loro utilizzo	si	Relazione al 31/12	Relazione al 31/12	Relazione al 31/12			Direzione Amministrativa
			Dotazione organica	Produzione della nuova dotazione organica e svolgimento delle procedure assunzionali conseguenti	no	entro 31/10 (produzione dotazione organica)	****	****			Direzione Amministrativa
			Verifica fabbisogni assistenziali	Verifica, in base a parametri e riferimenti predefiniti, delle necessità di personale infermieristico e di supporto e conseguente riallocazione del personale. Produzione di apposito documento riferito a ciascuna struttura aziendale	no	entro 31/12	Mantenimento	Mantenimento	SIOS	Coordinatori delle varie strutture	Direzione Sanitaria
			Allineamento dati	Allineamento codifiche c.d.r. con il Controllo di Gestione	no	entro 60 gg dalla approvazione Atto Aziendale	Mantenimento	Mantenimento	Politiche del Personale	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
Contenzioso	Direttive aziendali	Fruibilità dei dati	Implementazione della gestione informatica	Attivazione di un sistema informatico di gestione dei dati relativi alle controversie		entro 31/12/15	Mantenimento	Mantenimento	Ufficio Legale		Direzione Amministrativa
		Veridicità dati di bilancio	Implementazione della gestione informatica	Sintetica relazione, per ciascun contenzioso non trattato dal sistema interno di gestione dei rischi clinico, di determinazione del relativo accantonamento	no	entro 31/12	entro 31/12	entro 31/12			
Contabilità	Direttive aziendali Fonti normative	Attuazione organizzazione conseguente all'Atto Aziendale	Centri di costo e responsabilità	Definizione del piano dei centri di costo e di responsabilità	si	entro 3 mesi dall'approvazione e dell'Atto Aziendale	Mantenimento	Mantenimento	Economico finanziario	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
		implementazione sistemi di controllo e monitoraggio per l'ALPI	implementazione sistema informatico per monitoraggio dei volumi prestazionali e dei tempi di esecuzione	disponibilità dei dati per singolo c.d.c.	no	disponibilità del sistema entro il 31/12/2015	reportistica trimestrale al Controllo di gestione	reportistica trimestrale al Controllo di gestione			
		aggiornamento regolamento ALPI	approvazione atto	adempimento	si	entro il 31/12/2015	Mantenimento	Mantenimento	Economico finanziaria e CUP		

		implementazione contabilità separata per l'ALPI	implementazione sistema informatico per rilevazione dei dati	disponibilità dei dati per singolo c.d.c.	no	disponibilità del sistema entro il 31/12/2015	reportistica trimestrale al Controllo di gestione	reportistica trimestrale al Controllo di gestione			
		Riduzione contenziosi e adempimento obblighi	Riduzione tempi di pagamento	Compatibilmente con la necessaria implementazione informatica	si	entro 31/12, pagamenti a 90gg dfmf	60gg dfmf	60gg df	Economico finanziario		
Acquisizione beni e servizi	D.Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Miglioramento programmazione	Piano degli investimenti	Dall'anno 2016, anche a seguito dell'attivazione della fase di concertazione di budget	no	""	entro 15/02	entro 15/02	Provveditorato	Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
		Riduzione contenziosi e adempimento obblighi	Riduzione tempi di pagamento	Liquidazione fatture.	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento			
		Riduzione costi di acquisizione	Acquisizioni tramite piattaforme elettroniche e centrali committenza	Utilizzo pieno dei sistemi di acquisizione, se non per motivate impossibilità	si	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento			
		Sicurezza	Acquisizione sistema U.Ma.Ca	In service. Definizione procedure	no	entro 31/12					
		Miglioramenti nelle attività chirurgiche	Allestimento Sale Operatorie	Avvio gara entro l'anno. Conclusione entro marzo 2016	no	entro 31/12	entro 31/03				
		Efficienza azione amministrativa	Tenuta scadenziario	Assenza, se non in casi adeguatamente motivati, di proroghe contrattuali diverse da quelle tecniche	si	verifica con relazioni	verifica con relazioni	verifica con relazioni			
Patrimonio immobiliare e manutenzioni	D.Lgs. 163/06 Direttive aziendali	Riduzione contenziosi e adempimento obblighi	Riduzione tempi di pagamento	Liquidazione fatture.	si	entro 10gg	Mantenimento	Mantenimento	Gestione Tecnica		Direzione Amministrativa
		Riduzione costi	Interventi di efficientamento energetico	Proposte sostenibili di interventi mirati alla riduzione dei costi per l'energia	no	""	almeno 1 proposta	almeno 1 proposta			
		miglioramento allocazione struttura	Spostamento strutture	Definizione, d'intesa con la Direzione Sanitaria, di un cronoprogramma per lo spostamento di strutture sanitarie	no	entro 30/09	attuazione piano	attuazione piano			

Punteggi attribuibili alle Strutture e relativi criteri

Il punteggio massimo attribuibile è pari a 50. Per ogni Struttura tale punteggio verrà diviso per il numero di obiettivi assegnati, il dato ottenuto costituirà la penalizzazione attribuita per il mancato raggiungimento dello specifico obiettivo. Il punteggio complessivo ottenuto concorrerà, in quota percentuale, con i punteggi rivenienti dalle valutazioni dei collegi tecnici, per la definizione del punteggio complessivo valido ai fini della valutazione