



ALLEGATO 7

**RELAZIONE PROGRAMMATICA DEL DIRETTORE GENERALE
SULLO STATO PREVISIONALE E DI ADEGUAMENTO 2013
DELLA PIANIFICAZIONE TRIENNALE
DOCUMENTO GENERALE DI DIRETTIVE, ANNO 2013**

Con delibera n. 49 dell'8 febbraio 2011, si è approvato il Documento di Pianificazione triennale 2011-2013, rimodulando il precedente Documento triennale 2010-2012, alla luce delle nuove disposizioni regionali relative al Piano di Rientro cui la Regione Puglia è obbligata.

Il Piano triennale 2011-2013 e, conseguentemente, il presente documento, tengono conto del seguente quadro normativo:

- o La Legge Regionale n. 25 del 3 agosto 2006;
- o La Legge Regionale n. 26 del 9 agosto 2006;
- o La Legge Regionale n. 39 del 28 dicembre 2006;
- o La Legge Regionale n. 40 del 31 dicembre 2007;
- 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);
- o Legge Regionale n. 23 del 19 settembre 2008 relativa all'approvazione del Piano Regionale per la Salute;
- o DIF 2009 giusta Delibera di Giunta Regionale n. 1442 del 4 agosto 2009;
- o Legge Regionale n. 4 del 25 febbraio 2010;
- o Regolamento di riordino della Rete Ospedaliera adottato con D.G.R. n. 2791 del 15.12.2010;
- o Delibera di Giunta Regionale n. 2866 del 20.12.2010 (DIF 2010);
- o Legge Regionale n. 19 del 31.12.2010, avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione 2011 e del Bilancio Pluriennale 2011-2013;
- o Delibera di Giunta Regionale n. 1388 del 21.06.2011;
- o Protocollo d'Intesa Regione-Università approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1398 del 27 giugno 2011;
- o DIF 2011 approvato in data 29 dicembre 2011;
- o DIF 2012 approvato con Delibera n. 1426 del 13.07.2012;
- o Protocollo d'Intesa Regione-Università approvato con delibera n. 2235 del 31.10.2012.

C O N T E S T O

Con il Documento di Programmazione, relativo all'anno 2012, si evidenziava come essa si sviluppava in un quadro di estrema difficoltà, connessa anche alle disposizioni emanate dalla Regione Puglia in un più generale contesto normativo nazionale, mirante a realizzare riduzioni economiche considerevoli. Tali disposizioni incidono profondamente sui livelli di attività, inducendo l'Azienda ad adottare rimodulazioni organizzative continue.

Persiste l'esigenza di dare seguito all'attuazione del Piano di Rientro cui è obbligata la Regione Puglia. Le politiche di intervento del Piano di Rientro hanno comportato tagli che, non considerando le specifiche realtà aziendali, rischiano di eliminare linee di attività che, diversamente, dovrebbero essere implementate non solo per la ricaduta positiva che avrebbero da un punto di vista assistenziale, ma anche per la loro (certa) incidenza positiva sull'andamento economico-gestionale dell'Azienda.

I vincoli imposti dalla legislazione al reclutamento di personale potrebbero, per altro, accentuarsi ulteriormente alla luce di quanto disposto dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, di conversione del D.L. n. 158 del 13 settembre 2012, la quale prevede la possibilità, per la Regione, in un più generale quadro organizzativo dei servizi territoriali, di attivare procedure di mobilità di personale anche in ambito extraprovinciale, con il conseguente divieto assoluto di operare assunzioni fino al completamento della procedura.

Tali limiti si assommerebbero a quelli già esistenti, rappresentati dalle persistenti limitazioni nell'utilizzo di istituti normo economici accessori, previsti dai CC.CC.NN.LL.

Nel contesto descritto è fisiologico e ovvio registrare trend più contenuti di produzione anche se, da questo punto di vista e nonostante tutto, l'Azienda continua a manifestare una sufficiente tenuta dei livelli produttivi, sia in termini di quantità e sia di complessità.

L'Azienda ha attivato, da tempo ed autonomamente, processi di semplificazione tendenti alla riduzione delle articolazioni aziendali. Di tale processo si è data più volte contezza e da ultimo anche nel Documento di Pianificazione triennale 2011-2013, al quale si fa espresso rinvio, per la integrazione dei contenuti della presente.

Le problematiche evidenziate nel Documento di Programmazione 2012 relative al disallineamento tra l'allora vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università e altri atti di programmazione regionali riguardanti le Aziende Sanitarie della Regione, sono stati definiti con la sottoscrizione del nuovo Protocollo d'Intesa, approvato con D.G.R. n. 2235 del 31.10.2012.

Ad oggi, con il nuovo Protocollo, l'Azienda dovrà rimodulare la propria organizzazione con la previsione di n. 45 strutture complesse, segnatamente n. 34 attive per le strutture di degenza e n. 11 per i servizi, restando invariato il numero di strutture amministrative, tecniche e professionali.

E' necessario ribadire che l'Azienda potrà attivare nuove strutture previste nel Protocollo non solo attraverso processi di riorganizzazione ma anche a seguito delle concessioni deroghe al divieto di assunzione da parte della Regione. Inoltre è necessario anche ribadire la grave sottostima delle dotazioni organiche aziendali del personale che, con enorme difficoltà, riesce a garantire gli attuali livelli prestazionali.

Il Protocollo d'Intesa, peraltro, ha individuato delle soglie operative che sono collegate a degli indicatori più dettagliati e misurabili. Il mancato raggiungimento di tali soglie precluderebbe il mantenimento della struttura complessa aprendo così l'attenzione ad una caratteristica di dinamicità della organizzazione, per cui la coerenza delle risorse finalizzate al raggiungimento di tali soglie è fondamentale per le aspettative di sviluppo aziendale, in uno con la necessità di realizzare la evoluzione metodologica di tutte le attività attraverso dedicati processi operativi.

L'Azienda, invero, già con la contrattazione di Budget per il 2012 ha individuato obiettivi specifici assegnati alle varie strutture, che renderanno coerenti le valutazioni sulle attività svolte con le premesse del Protocollo d'Intesa, così dando concretezza al Piano aziendale delle prospettive e performance approvato in occasione del Bilancio Economico-Preventivo 2012.

E' intenzione della Direzione di perseguire gli obiettivi della misurazione delle performance sia dei gruppi e sia degli operatori, in relazione agli esiti delle azioni ed attività rese, misurate sia introducendo indicatori finalizzati a risultati di miglioramento continuo della qualità totale delle stesse, sia attuando, nel corso del 2013, un sistema di valutazione con punteggio bilanciato (Balanced Score Card) possibile solo dopo aver implementato un sistema completo e pianificato delle complessive necessità informatiche aziendali (E.R.P). In proposito, l'Azienda ha già proposto all'esame della regione un dedicato progetto e capitolato di gara . per quanto altro, si confermano i principali indirizzi operativi, comuni per tutte le articolazioni aziendali e relativi prevalentemente a contenuti metodologici, precisando che, inoltre, azioni ed obiettivi specifici saranno individuati, contrattati ed assegnati con il Processo di Budgetting 2013, che viene avviato con le direttive che concludono questo stesso documento annuale, nel quale è inclusa la previsione annuale delle performances attese, che si pongono in continuità ed integrazione con quelle della Programmazione 2012 e del citato Documento di Pianificazione 2011-2012.

Come ricordato e già riportato nel Documento di Pianificazione triennale, richiamato nel 2013, l'Azienda è impegnata ad implementare l'organizzazione del lavoro per processi. Questi dovranno essere integrati con le attività del livello assistenziale territoriale al fine di aumentare le attività ad alto contenuto specialistico, organizzando le stesse in una logica di "Hub and Spoke" sia attraverso l'integrazione con altri stabilimenti e/o presidi ospedalieri, sia organizzando le attività (processi) compiutamente integrate e condivise con l'organizzazione sanitaria territoriale e prioritariamente con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta ossia del sistema territoriale delle cure primarie, anche utilizzando le possibilità offerte da quello della dipartimentalizzazione interaziendale delle attività.

Nella prima fase, è importante costituire team di percorsi condivisi con l'organizzazione territoriale, come già proposto dall'Azienda "OO.RR." all'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, sperimentando tale modello su due aree territoriali critiche della Provincia, individuate in quelle frontaliere con altre Regioni e/o con particolari carenze di centri di offerta sanitaria: in particolare, nel territorio compreso nel frontiero Distretto Sanitario-

Sociale di San Severo e in quello del Distretto Sanitario-Sociale di Lucera (subappennino), carente di Presidi di offerta assistenziale.

In tale contesto sia la Struttura Ospedaliera di San Severo e sia lo Stabilimento di Lucera potranno essere integrate nel network di offerta che sarà realizzato con la progettazione, condivisione ed attuazione di percorsi assistenziali interaziendali di cura ed assistenza.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" garantirà le prime disponibilità alle integrazioni, nel corso delle quali potrà assumere anche posizione di guida e di principale riferimento (Hub) qualora condiviso e stabilito con l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, nei processi che si realizzeranno. Nel sistema di relazioni saranno qualificate le funzioni, nei processi delle articolazioni di igiene e organizzazione sanitaria dell'A.S.L. FG, ma soprattutto delle articolazioni per le cure primarie dei due Distretti Sanitario-Sociali della stessa ASL FG, prima indicati. Nel prosieguo della presente Programmazione l'appena richiamato processo di integrazione sarà più completamente descritto, in completa coerenza con la proposta già formulata alla Regione per il citato Progetto Sperimentale.

ATTIVITA' GENERALI E DI SOSTEGNO OPERATIVO

Nel Documento di Programmazione delle attività del 2012 si sostenne che, persistendo il livello di criticità più volte evidenziato e comunicato al livello decisionale regionale, sarebbe stato difficile continuare a garantire implementazione quali-quantitativa per i Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel corso del 2012 non solo non si sono registrate molte implementazioni migliorative del quadro rappresentato, ma, si può affermare, che la situazione si è ulteriormente appesantita.

L'Azienda è stata, ovviamente, chiamata a fornire il proprio contributo alla realizzazione delle economie imposte dalle recentissime leggi: persistente blocco delle assunzioni, riduzione delle acquisizioni e dei costi relativi agli acquisti di beni e servizi, limitazione degli investimenti per la manutenzione straordinaria di immobili ed impianti, per l'acquisto di beni strumentali ai soli casi nei quali tali investimenti sono stati finanziati con risorse proprie e, comunque, con oneri ricadenti sul bilancio aziendale in corso, senza la possibilità, in quest'ultimo caso, di ammortizzare gli stessi costi su più esercizi.

Tutto ciò ha comportato la persistente necessità di far slittare la tempistica di attuazione di molti obiettivi specifici assegnati alle varie strutture aziendali per il 2012, nel 2013.

ATTIVITA' CONNESSE ALLA LOGISTICA ED ALLA INFORMATIZZAZIONE

Nel programma annuale degli investimenti allegato al Bilancio di Previsione 2013, si individuano i principali lavori e acquisiti da realizzare.

Il completamento dei corpi di fabbrica "A" e "B", previsto per la fine del 2012, slitta al giugno 2013 in quanto sul progetto è intervenuta una perizia di variante, per adeguamento logistico alle modifiche organizzativo-strutturali conseguenti alla pianificazione regionale.

Sono, in questi giorni, riavviati i lavori di costruzione del nuovo plesso per la "Emergenza-Urgenza che avranno un significativo svolgimento nell'anno 2013 e sino alla scadenza contrattuale, e si dovranno completare lavori nell'ala sinistra del nuovo blocco, prospiciente su Via Napoli (3° Lotto).

Si dovranno completare le procedure di acquisizione delle attrezzature necessarie alle nuove sale operatorie realizzate nel Plesso Maternità, nonché i lavori per il completamento dell'opera.

Particolare attenzione sarà dedicata al monitoraggio continuo della spesa per le manutenzioni ordinarie e straordinarie. L'Area Tecnica, già sensibilizzata alla problematica, sia da apposite direttive del Direttore Amministrativo e sia in specifiche riunioni di Dipartimento, dovrà privilegiare la manutenzione ordinaria degli immobili salvo casi di estrema necessità dai quali possa derivare una condizione di pericolo sotto il profilo della sicurezza o la necessità di garantire l'utilizzo del bene stesso. In tali casi, per altro, dovrà notificare preventivamente la Direzione Generale, nelle ipotesi, cioè, che gli interventi non siano previsti sia nel Piano triennale e sia nel Programma dei Lavori Pubblici .

Si dovrà completare la procedura di gara per l'acquisizione di un Sistema Informatizzato generale per l'Azienda (E.R.P.) come già indicato nel presente documento.

Invero, il processo di informatizzazione aziendale continua a rappresentare un obiettivo fondamentale per l'Azienda per cui, nel corso del 2013, dovrà necessariamente portare a completamento la citata procedura di informatizzazione generale aziendale e iniziare il processo di integrazione sia con i software già presenti in Azienda e sia con il Sistema Generale regionale predisposto dalla Regione Puglia (EDOTTO).

Si ritiene di rimodulare e confermare, per il 2013, gli obiettivi specifici per i servizi informatici consistenti:

1. supporto tecnico consulenziale necessario alla Struttura Prestazioni per l'avvio del nuovo C.U.P. da realizzarsi, comunque a regime entro il marzo 2013;
2. supporto tecnico consulenziale alle Strutture Tecnica, Patrimonio e Farmacia, per l'avvio del nuovo sistema di gestione magazzini. Per tale obiettivo sono per altro investite formalmente le strutture citate per ciò che attiene l'analisi del nuovo software, le eventuali richieste di adeguamento, l'organizzazione del processo di cambiamento del sistema. Il nuovo sistema dovrà, oltre alle ordinarie operatività di magazzino, consentire:
 - a) la concreta installazione della contabilità analitica e di quella (complessiva) direzionale ;
 - b) la gestione informatica, gli approvvigionamenti, del fatturato e di tutti gli adempimenti necessari e propedeutici ai pagamenti.

Tutte le strutture amministrative e tecniche sono, inoltre, coinvolte, per le specifiche competenze, nel perseguimento degli obiettivi indicati nel Documento di Pianificazione triennale e in relazione ai vari step di attuazione così come rimodulati con lo step di attuazione al 30 settembre 2012 e con il presente documento.

ATTIVITA' CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

Oltre a quanto già indicato nella prima parte del presente documento, sul piano delle innovazioni tecnologiche, l'Azienda prevede di completare, nel corso del 2013, le procedure finanziate e/o da finanziare con

specifici fondi della comunità europea, statali e regionali come già indicato, in parte, nel presente documento e relative a:

- installazione di PET fissa (già aggiudicata in gara);
- acquisizione di due Gamma Camera per la nuova Struttura di Medicina Nucleare, arredi tecnici ed attrezzature (già aggiudicata in gara);
- installazione del sistema di Litotrisia (già aggiudicata in gara);
- completamento delle innovazioni alla Struttura di Radioterapia oncologia (già aggiudicata in gara, installata ed in larga parte collaudata);
- piano generale delle risorse informatiche aziendali (E.R.P.), previa acquisizione del Nucleo regionale di Valutazione appalti ed indizione relativa gara;
- acquisizione tecnologia a sostentamento fase di avvio delle Strutture per la Procreazione Assistita (Struttura già realizzata);
- allestimento tecnologico nuova "Piastra Operatoria" e Blocco Operatorio del corpo di fabbrica "H" (cardiovascolare e rianimatorio);
- nuova realizzazione ed allestimento strumentale e mobiliare "asilo nido" aziendale (iniziativa già alla valutazione del governo regionale con progettazione esecutiva);
- allestimento strumentale e mobiliare nuovi corpi di fabbrica "A" e "B" del Plesso "Monoblocco" degli ospedali;
- Acquisizione Fluorangiografo con O.C.T. incorporato e sistema semiautomatico per il trattamento laser retinopatia diabetica (iniziativa già assunta ai fini della fruizione di apposita quota di F.E.R.S.);
- Allestimento arredi per la Centrale Operativa 118 (opera quasi ultimata e finanziata con quote di F.E.R.S).

Per le acquisizioni di beni durevoli da finanziare con oneri di bilancio si deve fare riferimento al Programma degli Investimenti per il 2013 allegato al Bilancio di Previsione per lo stesso esercizio, e, con l'impiego di "ricavi propri" dell'Azienda e con la precisazione che, per tali acquisti potrebbe essere necessario di rimodularne l'elencazione e i relativi oneri, qualora, in corso di esercizio finanziario, dovessero evidenziarsi esigenze nuove ed imprevedibili ovvero, dalla verifica dinamica dell'andamento della spesa, gli approvvigionamenti non dovessero risultare più coerenti con le disponibilità di bilancio. Ciò anche alla luce di quanto disposto dall'art. 29 comma 2 del D.Lvo n. 118 del 23 giugno 2011.

Le acquisizioni delle attrezzature indicate costituiscono specifici obiettivi per la Struttura Gestione Patrimonio, salve le collaborazioni-integrazioni di altre articolazioni organizzative aziendali interessate dai processi e finalizzazioni di attività connessi agli investimenti di cui sopra.

Le azioni riportate costituiscono quadro generale di riferimento e specifici obiettivi nell'ambito dei quali le singole strutture dovranno portare a completamento tutte le azioni e attività tese al raggiungimento degli obiettivi previsti nella Programmazione aziendale relativa al triennio 2011-2013, nella parte relativa allo step di

adeguamento 2013. Il complesso delle azioni-obiettivo, delle attività connesse e degli indicatori di verifica per i risultati attesi, costituisce, in uno con il Documento di direttive del Direttore Generale, il Piano aziendale delle "performance" attese per l'anno 2013.

ALTRE AZIONI PROGRAMMATE PER IL 2013

ORGANIZZAZIONE "DIVISIONALE" DELL'AZIENDA

Si è precisato come l'Azienda dovrà rimodulare la propria organizzazione sulla scorta del vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università. Tale accordo costituirà l'elemento base per la ridefinizione dell'Atto Aziendale e l'anno 2013 sarà quello di effettivo avvio del complesso processo di evoluzione metodologica delle attività aziendali.

Il perseguimento degli obiettivi relativi al 2013 dovrà, comunque, essere garantito nell'ambito di alcuni persistenti vincoli e condizioni così riepilogati nel documento di Pianificazione triennale 2011-2013:

- riduzione tendenziale delle inapproprietezze dei ricoveri, rispetto ai limiti previsti dal Progetto P.R.U.O. 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 in appositi Accordi Attuativi e/o di Completamento per la applicazione del nuovo Protocollo di Intesa Regione-Università: con finalità di "comunicazione e cooperazione" e "leale collaborazione";
- ulteriore miglioramento della integrazione, anche istituzionale delle attività attraverso (anche) gli strumenti della dipartimentalizzazione, con particolare riferimento ai dipartimenti interaziendali, nonché alla forma di integrazione interaziendale ed interistituzionale. Come già indicato in precedenza ed ulteriormente esaminato in seguito (P.A.C.A. e P.A.I.C.A) ;
- implementazione 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 M.E.F., in coerenza con il sistema informatico regionale "EDOTTO".

Si conferma, quindi, la necessità di un effettivo avvio del progressivo passaggio da una organizzazione per struttura ad una organizzazione per processi. A tal fine si esalta la necessità di:

- o completamento della progettazione e graduale attivazione di percorsi aziendali diagnostico-terapeutici, con approvazione del corrispondente piano entro il 30.04.2013, 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 alla Direzione Sanitaria aziendale che dell'adempimento investirà i dipendenti servizi per le funzioni igienico-organizzative. Tali adempimenti vanno rimodulati con la previsione della seguente tempistica: approvazione del piano entro il 30.04.2013, la progettazione dei percorsi previsti dallo stesso piano, deve essere effettuata entro il 30.10.2013 per rendere possibile l'approvazione, entro il 31.11.2013, ai fini della applicazione dall'1 gennaio 2014;

- o Attivazione degli accordi interaziendali finalizzati alla attivazione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, che devono impegnare l'Azienda in attività integrate di cura ed assistenza 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, (P.A.C.A e P.A.I.C.A) 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..

LINEE ED AZIONI GENERALI

In esplicitazione di quelle già indicate per l'acquisizione di beni e servizi e per le innovazioni metodologico-organizzative, si confermano, per lo step di programmazione 2013 tutte le implementazioni alle azioni riportate nel Documento di Pianificazione 2012-2013 e segnatamente:

- progettazione ed applicazione di criteri e modalità di accesso alle attività assistenziali più adeguati alle crescenti aspettative dell'utenza, di fronte all'elevata frequenza dei cittadini, con conseguente miglioramento dei livelli di efficienza e di qualità totale: presentazione piano pluriennale entro il 30/4/2013 da parte dei Servizi per le funzioni Igienico-Organizzative, dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale, formazione proposta operativa entro il 31.03.2013. Direttiva indirizzata ai servizi per la funzione igienico-organizzativa dipendenti Direzione Sanitaria aziendale, di concerto con quella di Informazione e Comunicazione per la parte generale di pertinenza di questa, in staff dalla Direzione Amministrativa aziendale;
- miglioramento dell'informazione agli utenti, in particolare per quanto riguarda il "consenso informato" per i trattamenti sanitari: predisposizione dell'aggiornamento delle indicazioni operative e metodologiche;
- miglioramento del livello di collaborazione nel sistema sanitario con gli altri soggetti di partecipazione di cui all'art.14 del D.Lvo n. 502/92 e s.m.i. (in particolare col volontariato in sanità e con le organizzazioni degli utenti): obiettivo delle articolazioni della Struttura Affari Generali, nonché di quella di comunicazione-partecipazione; revisione ed aggiornamento delle discipline (anche regolamentari) dei rapporti e progettazione del "sistema" a regime delle relazioni: predisposizione atti (previa condivisione

con le organizzazioni del volontariato in sanità, con quelle dei Cittadini e con le Organizzazioni Sindacali) entro il 31.03.2013, per consentire la formale “presa d’atto” alla Direzione Generale, entro il 30.04.2013;

- valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali e umane degli operatori dell’Azienda, favorendone processi completi di integrazione e comunicazione; obiettivo assegnato alla Struttura Formazione, ai fini della previsione ed organizzazione di appositi eventi formativi sulle buone prassi, buone relazioni e relazione operativa interprofessionale ed interdisciplinare: formazione programma eventi entro il 31.03.2013 e realizzazione formazione a tutti: obiettivo assegnato alla Struttura aziendale per la Formazione e lo sviluppo delle conoscenze;
- 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 particolare rilievo a quelli per il Governo del Rischio e per il miglioramento continuo della Qualità Totale, 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, con presentazione del programma operativo entro il 31.03.2013, completo di cronoprogramma di realizzazione degli eventi;
- attivazione delle procedure e percorsi utili all’adozione di Bilanci Etici e Sociali con cadenza annuale. Tale obiettivo è assegnato in forma integrata, alla Struttura Affari Generali, alla Struttura Prestazioni, la Struttura Programmazione e Controllo Direzionale, nonché ai servizi per le funzioni igienico-organizzative dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale. Predisposizione Linea Operativa entro il 28.02.2013 e predisposizione Bilancio Sociale entro il 31.03.2013.

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

- in relazione e conseguentemente alla integrazione interaziendale ed interistituzionale riguardanti i percorsi di cura ed assistenza implementazione delle azioni utili ad ogni sinergia con i M.M.G. e con i P.L.S. 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 la progettazione ed applicazione di Percorsi e Protocolli diagnostico-terapeutici; l’obiettivo è assegnato a tutte le articolazioni aziendali e coinvolge la piena disponibilità delle stesse a realizzare la completa integrazione con tutti gli “attori” operanti e/o coinvolti nei processi operativi applicativi dei percorsi di cura ed assistenza;
- promozione di modelli organizzativi che consentano la garanzia assistenziale con metodologie diverse dal ricovero, in armonia con quanto previsto nel macro obiettivo, immediatamente precedente;
- attivazione di Unità Permanenti e di Accoglienza, articolati per ambiti dipartimentali, coordinati da “posizioni organizzative” assegnate a personale di comparto delle attività connesse alla Terapia del

Dolore, per la quale è già anche attiva la Partoanalgesia: obiettivo assegnato alla Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione;

- realizzazione delle azioni, integrate con altre Istituzioni, connesse allo sviluppo della bio-banca del sangue cordonale e di altre bio-banche previste dal P.S.N.: obiettivo assegnato al Dipartimento Materno-Infantile ed al Dipartimento di Patologia Clinica;
- implementazione delle modalità di riorganizzazione del sistema informativo nell'ambito delle attività generali informatiche (E.R.P.) previste dalla presente programmazione con predisposizione delle "procedure" necessarie: obiettivo assegnato al Dipartimento per le Funzioni Strategiche e, particolarmente, al Servizio Informativo aziendale: approvazione Piano entro il 28.02.2013, indizione gara entro il 30.04.2013, avvio sistema entro l'1.12.2013; ;
- continuità e miglioramento delle attività connesse con la maternità e i percorsi di nascita, favorendo il parto naturale: obiettivo assegnato al Dipartimento Materno-Infantile;
- Realizzazione del sistema aziendale di Governo del Rischio Clinico. Attivazione della articolazione operativa per il Governo del Rischio entro il 31.03.2013; formazione del Piano aziendale per il Governo del Rischio Clinico e del miglioramento continuo della qualità entro il 30.06.2013;
- potenziamento ulteriore delle azioni di integrazione delle attività assistenziali con quelle della didattica e della attività di ricerca, in stretta collaborazione con l'Università degli Studi di Foggia: obiettivo assegnato ai Servizi Igienico-Organizzativi dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale e dalla Struttura Affari Generali: formazione accordi attuativi del Protocollo di Intesa tra Regione ed Università: proposta operativa entro 28.02.2013; avvio accordi entro l'1.04.2013 e conclusione prevista delle intese per il 30.06.2013;
- potenziamento delle attività assistenziali 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: programma operativo predisposto entro il 28.02.2013 dai servizi per la funzione igienico-organizzativa della Direzione Sanitaria aziendale per consentire approvazione della Direzione Generale entro il 30.04.2013;
- potenziamento della propria offerta ed integrazione nel Sistema Provinciale e Regionale di Emergenza ed Urgenza sanitaria; predisposizione di programma di integrazione entro il 31.03.2013: obiettivo assegnato, di concerto, al Direttore della Struttura 118 ed al Direttore di Anestesia e Rianimazione;
- investimenti nelle risorse umane e nella qualità, con la introduzione di una cultura di valorizzazione delle professioni, delle conoscenze finalizzate alla costituzione delle competenze e degli impegni alla funzione, attraverso la introduzione di nuovi ed equi sistemi premianti, definiti nel rispetto delle relazioni sindacali, la formazione permanente, la sperimentazione di modelli innovativi, le collaborazioni ed 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: predisposizione e prima condivisione relativi accordi entro il 31.03.2013: obiettivo assegnato ai Servizi Igienico-Organizzativi dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale; approvazione interaziendale degli stessi accordi entro il 30.06.2013.

ATTIVITÀ NON SANITARIE , DI SOSTEGNO

Per le articolazioni organizzative aziendali di attività generali, amministrative, professionali e tecniche, si evidenziano di seguito le implementazioni e/o modifiche delle azioni già fissate nel Piano triennale 2012-2013.

Affari Generali

Per il 2013 la Struttura dovrà attivare o implementare qualora già attivate, le azioni che consentano, a fine periodo, il raggiungimento di alcuni obiettivi ritenuti di particolare rilievo dalla Direzione Generale in quanto contemplano la funzione di staff della Struttura e la possibilità di integrazione 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, report periodici da fornire alla Direzione, ogni trimestre);
2. estensione dell'utilizzo della posta certificata a tutte le strutture amministrative e tecniche dell'Azienda (attivazione ed utilizzo entro il giugno 2013);
3. osservare la vigente normativa in tema di sicurezza dei dati personali, anche con l'approvazione eventuale e se richiesto dalla normativa stessa, del documento programmatico sulla sicurezza dei dati personali (indicatore: approntamento nei termini di legge, approvazione entro il 30.06.2013);
4. 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);
5. 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);
6. curare la gestione dei contratti assicurativi, provvedendo alla tempestiva denuncia dei sinistri per colpa grave, danni da sistemi elettrici, elettronici, per furti, RCT/O 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 trimestre 2013 ed, in prosieguo, trenta giorni dopo la fine di ciascun semestre);

7. assicurare, tramite gli uffici, ogni assistenza alle attività degli organi ed organismi collegiali istituiti in Azienda (indicatore: relazioni semestrale sulle attività rese);
8. diffondere agli uffici interessati le informazioni e la formazione sulle normative rilevanti per le specifiche attività che giungono all'Ufficio Protocollo centrale dell'Azienda (indicatore: numero comunicazioni);
9. continuo adeguamento, a seguito di eventuali nuove esigenze, e monitoraggio della corretta applicazione della "Regolamentazione della viabilità interna e disciplina di accesso alle strutture aziendali";
10. adempimenti connessi alle attività di Audit Civico; compresa la collaborazione per la redazione del Bilancio Sociale;artecipazione a G.O.I.P. per la definizione di metodi e disciplina dei vari processi operativi.

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 2013.

Ufficio Relazioni con il Pubblico - Comunicazione - Stampa

L'Articolazione, dotata, oggi, di una figura dirigenziale, predisporrà piani di azione, programmi di attività e corrispondenti atti di disciplina per migliorare gli interventi mirati ad assicurare visibilità e disponibilità di accesso ai servizi erogati dall'Azienda, migliorandone la fruibilità ed elevando le migliori possibili comunicazioni interne e generali esterne del sistema aziendale.

Le azioni in tal senso devono riguardare tutte le modalità di comunicazione e diffusione d'informazioni, le azioni per la migliore circolazione e condivisione delle stesse, oltre al supporto front-line da garantire all'utenza attraverso gli sportelli dell'U.R.P., ma, ancora più rilevante è la funzione di raccordo-collaborazione con le Organizzazioni di Volontariato in sanità o con quelle dei Cittadini. Continuerà a curare la pubblicazione della "Agenda Ospedaliera" e la "Carta dei Servizi".

La Struttura, nell'ambito dei processi di Audit aziendale assicurerà il monitoraggio di tutte le azioni mirate alla massima disponibilità, alla diffusione delle collaborazioni in relazione agli interventi relativi al miglioramento dell'accoglienza del paziente, fornendo il relativo impegno 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. Altro obiettivo fondamentale e qualificante è rappresentato dalla citata redazione della nuova Carta dei Servizi. Tale ultimo obiettivo dovrà essere garantito entro il mese di maggio 2013, con la relativa pubblicazione sul Portale Regionale della Salute.

Obiettivo strategico assegnato è quello della progettazione del Piano Aziendale della Comunicazione, da proporre all'approvazione della Direzione Generale, dopo le relazioni-collaborazioni con le Organizzazioni di Volontariato in sanità, con quelle dei Cittadini e delle Organizzazioni Sindacali aziendali.

La Struttura, anche in sinergia con i servizi dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale con l'Organizzazione Universitaria, deve provvedere a divulgare adeguatamente i contenuti di alcune specifiche attività svolte in Azienda e relative a:

- visibilità in campo nazionale, europeo e mondiale degli esiti delle attività di ricerca svolte nell'Azienda (numero eventuale di casi; report semestrale/annuale);
- nuove prospettive assistenziali dell'Azienda (divulgazione delle implementazioni di attività assistenziale realizzata e le linee di sviluppo della stessa; report semestrale/annuale);
- 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);
- visibilità (comunicazione) dei percorsi diagnostico-terapeutici interni all'Azienda e di quelli di cura ed assistenza integrati con interessamenti interaziendali ed anche interistituzionali, attraverso la gestione della disponibilità alla banca dati dei processi assistenziali resi disponibili e fruibili dall'Azienda e/o dalle articolazioni di questa;
- innovazione organizzativa e gestionale, come impegno del presente e del futuro, necessaria allo sviluppo dell'Azienda (indicatore: partecipazione ai gruppi di processi operativi);
- riorganizzazione e rilancio delle attività di stampa, coerenti con quanto previsto nel Piano aziendale della Comunicazione; adempimento da assolversi entro il 31.05.2013, per essere approvato in uno con lo stesso Piano;
- accordo operativo con le Organizzazioni del Volontariato in Sanità e con quelle dei Cittadini, per la disciplina delle relazioni-partecipazione e cronoprogrammi di incontri. Adempimento da assolversi entro il 28.02.2013, di intesa con le stesse organizzazioni, per poter essere approvati dalla Direzione Generale entro il 30.04.2013;
- Coordinamento lavori ed elaborazione del Bilancio Sociale anno 2013.

In considerazione della circostanza che la Struttura è in corso di effettiva costituzione qualora ostino problemi organizzativi (che devono essere formalmente riconosciuti dalla Direzione Generale), alcuni termini per gli adempimenti, previsti dagli indicatori di verifica sopra riportati, potrebbero subire uno spostamento temporale.

Programmazione e Controllo Direzionale

La Struttura dovrà svolgere un ruolo centrale nella trasformazione metodologica-organizzativa che dovrà realizzarsi.

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.

Per gli altri fini, in continuità con quanto avvenuto negli anni precedenti, si conferma per la Struttura 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 dovrà 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 "responsabilizzare-informare" le strutture interessate per ogni eventuale scostamento di dati rispetto agli indicatori previsti ed assegnati nel richiamato processo direzionale. Tale attività dovrà essere rilevata per tutti i Centri di Costo e di Responsabilità, in ogni tempo organizzati nell'Azienda. A tal fine e considerata l'importanza della disponibilità tempestiva e certa dei dati di attività aziendali da parte della Struttura, ogni articolazione organizzativa aziendale, a qualsiasi livello di responsabilità, dovrà fornire con ogni precisione e puntualità i dati in proprio possesso che non possono essere automaticamente acquisiti. Diversamente, la Struttura per i Controlli Direzionali provvederà a segnalare direttamente all'Organismo di Valutazione dell'Azienda gli eventuali inadempimenti, per quanto conseguente.

La Struttura è impegnata nell'analisi necessaria alla acquisizione informatica, nei limiti esistenti, di tutti i dati di attività, sia da accessi esterni e sia di produzione interna. La struttura è impegnata nel processo di riallineamento della contabilità direzionale al nuovo piano dei conti in vigore dal 1° gennaio 2013.

Per il raggiungimento dell'obiettivo indicato nei precedenti accapi, la Struttura si avvarrà della collaborazione di tutte le strutture coinvolte nel processo di cambiamento per le quali tale collaborazione è da intendersi obbligo e obiettivo specifico.

Ferma la continuazione delle modalità "miste" ancora in atto, la completa acquisizione informatica dei dati di attività dovrà essere realizzata entro il giugno 2013.

A seguito del presente documento-relazione previsionale-programmatica, deve subito avviarsi il Processo di Budget. Per quest'ultimo è assegnato l'obiettivo di portarlo a conclusione entro il primo bimestre 2013. medio tempore le varie articolazioni di responsabilità dell'Azienda dovranno impostare la propria attività e le aspettative di performance a quanto già previsto con il presente documento-piano.

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.

La Struttura è impegnata nella costituzione di un G.O.I.P. che preveda la sinergia tra i due Dipartimenti amministrativi aziendali. Il G.O.I.P. sarà articolato e organizzato dai i Direttori dei due Dipartimenti coinvolti,

secondo quanto stabilito dai comitati dei dipartimenti stessi. Le competenze che il G.O.I.P. dovrà comunque garantire attengono alla definizione e monitoraggio per:

- a) corretta organizzazione dei flussi informativi sia interni che esterni;
- b) studio, elaborazione e proposte di iniziative utili alla soluzione dei gap informativi interni;
- c) proposte di integrazione dei processi gestionali relativi a settori che vedono coinvolte più Strutture dei Dipartimenti;
- d) Individuazione definitiva dei referenti EDOTTO da comunicare alla Regione Puglia.

Il G.O.I.P. sarà costituito da personale appartenente alle Strutture:

- 1) Area per le Politiche per il Personale;
- 2) Struttura Programmazione e Controllo Direzionale;
- 3) Struttura Gestione Patrimonio;
- 4) Area Gestione Tecnica;
- 5) Struttura Prestazioni
- 6) Struttura AA.GG.

Nel corso dell'anno 2013, in relazione alla graduale evoluzione metodologica della organizzazione verso la gestione per processi operativi, la Struttura per il Controllo Direzionale e di Gestione progetterà il sistema di valutazione, analisi e contabilità direzionale per processi, con l'obiettivo di rendere effettiva sia la pratica di un miglioramento continuo di qualità delle attività e sia la analisi dei costi al momento e/o grado in cui si formano, al fine di determinare la coerenza e la congruità in termini di sostenibilità economica con le attività rese e/o le prestazioni erogate. La progettazione del modello-sistema dovrà essere completata entro il primo semestre 2013.

Struttura Burocratico-Legale

La Struttura continuerà a garantire la consulenza legale a tutte le strutture aziendali e alla Direzione generale.

Dovrà ulteriormente implementare le attività di patrocinio nei contenziosi aziendali sia giudiziari che stragiudiziari.

La Struttura continuerà ad assicurare le procedure di competenza per i procedimenti disciplinari.

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. Rientra, inoltre, nelle competenze della Struttura Legale la gestione dei sinistri per colpa medica, che dovrà essere confrontata e analizzata dal competente Comitato per la Valutazione dei Sinistri, della quale la Struttura è componente, configurandosi anche per questa materia il controllo e monitoraggio continuo della casistica in uno con la reportistica prodotta dal Broker relativa ai contenziosi con gli Istituti di assicurazione.

Gestione del Patrimonio-Approvvigionamenti

Fermo, il rinvio, in seguito formulato, a quanto derivante dal processo di budgetting, costituiscono obiettivi specifici per la Struttura quelli individuati e riportati nella specifica parte della presente relazione relativa alle acquisizioni di beni e servizi.

Entro il 30.06.2013 dovrà essere completata la gestione informatica dei magazzini, in relazione alle effettive "risorse" informatiche disponibili.

La Struttura, inoltre e compatibilmente con i tempi tecnici delle procedure di gara, è impegnata negli approvvigionamenti dei beni e servizi assegnati alle articolazioni operative nel processo di budgetting e che formano parte del piano degli investimenti 2013 allegati al bilancio di previsione.

In particolar modo la Struttura nel 2013 è impegnata a:

- acquisizione delle attrezzature necessarie per le otto nuove sale operatorie, subordinatamente alla concessione del relativo finanziamento;
- definizione procedure di acquisizione Gamma Camera per la Struttura di Medicina Nucleare;
- completamento dell'allestimento delle attrezzature della Struttura di Radioterapia;
- procedure per l'acquisizione di arredi necessari ai costruendi corpi di fabbrica A e B, con utilizzo si quota parte delle economie da ribasso d'asta;
- partecipazione a G.O.I.P. per la definizione di metodi e discipline dei vari processi operativi.

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 evidenza pubblica.

La Struttura continuerà a seguire i procedimenti di pertinenza, per realizzare le riduzioni di acquisti e le economie previste dalla normativa nazionale e regionale, anche per gli appalti già in corso (spending review), in materia di acquisizione di beni e servizi.

In relazione ai procedimenti effettivamente realizzabili ed economicamente sostenibili, nel processo di budgetting saranno specializzati ulteriori obiettivi ed indicatori di verifica.

Gestione delle Risorse Umane

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 umane 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 si, dovrà programmare le assunzioni a breve periodo, nei limiti di quanto consentito per legge.

È assegnato l'obiettivo di predisposizione di un Piano triennale di fabbisogno (in connessione con le previsioni di sviluppo delle attività) e del programma annuale di assunzione del personale, sia per i rapporti a tempo indeterminato e sia per le previsioni di quelli a tempo determinato. Piano e programma dovranno essere approvati entro il mese di gennaio 2013.

La Struttura è fortemente impegnata a fornire le appropriate soluzioni, alla Direzione Generale, in ordine alla ridefinizione dei fabbisogni di organico alla luce delle riorganizzazioni che deriveranno dall'applicazione del Protocollo d'intesa Regione-Università.

Dovranno essere garantite le corrette relazioni con le OO.SS e gli adempimenti connessi.

La Struttura deve garantire il monitoraggio e la corretta gestione delle risorse finanziarie destinate al personale (gestione dei fondi), con la determinazione delle risorse da rendere disponibili alle varie articolazioni aziendali e da considerare con riferimento nel processo di budgetting. L'adempimento deve essere assolto all'inizio del mese di gennaio 2013. per le necessità di definizione del budget e con continuità per quanto riguarda la gestione dei fondi.

In relazione all'evoluzione dell'organizzazione per attività e/o processi operativi, la Struttura deve elaborare linee guida e piani operativi per la organizzazione del lavoro in coerenza con i processi da realizzare, nonché la corrispondente quantificazione ed analisi dei costi. Adempimento da rendersi entro il 30.06.2013.

Nel 2013 la Struttura è impegnata nella costituzione di un G.O.I.P. così come individuato in precedenza.

Servizio Informatico Aziendale (SIA)

Si conferma la necessità di procedere a profonda riorganizzazione e potenziamento della gestione informatizzata dell'Azienda.

Resta fondamentale per l'Azienda completare il procedimento di acquisizione di un sistema informatico globale, cioè un piano delle necessità-risorse informatiche (E.R.P.) da implementare attraverso acquisizioni anche esterne, nelle forme e modalità previste per legge, ma conservando il governo aziendale del complessivo sistema.

Gli operatori del SIA sono impegnati a dare il massimo contributo al processo di integrazione che sarà individuato dal costituendo GOIP di cui si è fatto cenno; inoltre il Sia è referente e responsabile del progetto di integrazione nel Sistema regionale EDOTTO.

In relazione alle prospettive di sviluppo organizzativo-metodologico è prevista la collocazione operativa del SIA nell'ambito del Dipartimento per le Gestioni Strategiche, sotto la Direzione dell'Area per le Politiche del Personale.

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 e quanto altro previsto, con riferimento alla "produzione" alla Regione ed al M.E.F.: l'adempimento deve essere assolto con continuità e rispetto delle tempistiche.

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 Aziende, organizzazioni ed Enti terzi: l'adempimento deve essere assolto con continuità.

La Struttura è impegnata ad applicare tutte le disposizioni normative contenute nelle Linee Guida nazionali sul "Sistema C.U.P.", 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 dell'11.08.2010. Il potenziamento delle risorse informatiche, già in corso di applicazione, deve essere utile anche alla realizzazione, d'intesa con la A.S.L. e gli altri centri di offerta, del C.U.P. unificato su base provinciale.

L'avvio a regime del nuovo C.U.P. deve essere garantito per il 2° trimestre 2013 (1° aprile). A tal fine la Struttura è impegnata a fornire massima collaborazione per analisi, impegni diretti e proposte nel citato costituendo G.O.I.P..

La Struttura, nell'ambito degli adempimenti connessi alla gestione delle attività in ALPI, dovrà monitorare:

- a) agenda degli ambulatori;
- b) tipologia di prestazioni erogate;
- c) pieno rispetto della disciplina legislativa e regolamentare in materia;
- d) iniziative per la costituzione e funzionamento degli organismi di verifica-ispezione relative al corretto espletamento delle attività in libera-professione.

Area Gestione Tecnica

La Struttura continuerà a garantire ogni collaborazione alla Direzione Strategica, interagendo con ogni altra articolazione organizzativa aziendale al fine di perseguire gli obiettivi previsti dai Documenti di Pianificazione, di Programmazione e di individuazione di opere e eservizi da realizzare.

Con riferimento agli interventi di maggiore rilievo ed interesse strategico, in particolare, la Struttura dovrà portare a compimento le attività connesse ai lavori inerenti:

- a) completamento dei corpi di fabbrica "A" e "B";
- b) avvio e corretta gestione del crno-programma per la esecuzione dei lavori di costruzione del nuovo Plesso per l'Emergenza e Urgenza: fondi in c/investimenti già disponibili; obiettivo aggiunto, è verificare costantemente il rispetto alle norme applicabili al processo in corso;
- c) completamento nuova piastra operatoria: fondi in c/investimenti, già chiesti alla Regione;

- d) completamento Struttura per Emergenza-Urgenza sanitaria Centrale Operativa 118: fondi in c/investimenti, già disponibili;
- e) completamento nuova Struttura per la Medicina Nucleare e Pet-Tac: fondi in c/investimenti, già disponibili;
- f) adeguamento e rinnovo Centrali Elettriche: opere da realizzarsi, negli stabilimenti di Viale Pinto, con fondi, in c/investimenti, rivenienti da quadri economici di progetto e/o da economie per ribasso d'asta;
- g) consolidamento statico e messa a norma dei Plessi ospedalieri di Chirurgia, Maternità-Pediatico: fondi in c/investimenti, già chiesti alla Regione;
- h) viabilità, segnaletica e deflusso acque piovane nell'area ospedaliera "Monoblocco e Terzo Lotto". fondi in c/investimenti, rivenienti da ribassi d'asta connessi ai fabbricati che devono essere serviti;
- i) predisposizione progetto generale per allestire procedure in "finanza alternativa" (Project Finance, realizzazione e cogestione di opere, ecc.) per strutture di portale-accoglienza e ristoro, per collegamento plessi monoblocco con altri plessi ospedalieri, per area da destinare a parcheggi: allestimento atti di procedimnto, in collaborazione con la Struttura dell'Area Gestione Patrimonio;
- j) realizzazione "Asilo Nido": fondi in c/investimenti, già chiesti alla Regione ;
- k) realizzazione nuova Struttura di Radiodiagnostica a servizio Monoblocco-Terzo Lotto, Malattie Infettive, Reumatologia ed Endocrinologia. fondi già chiesti in c/investimenti, alla Regione ovvero da realizzare con sistema di finanza alternativa.

Tali interventi fanno parte importante del Piano triennale dei lavori Pubblici, nel quale, oltre ad altri interventi, sono indicati sia i tempi previsti e sia le fonti di finanziamento.

Nel programma annuale, integrato nel citato Piano dei Lavori Pubblici, sono, altresì, previsti interventi di tipo "manutentivo" diversi da quelli ordinari già appaltati e rientranti in altre tipologie di opere e/o servizi.

Come precisato in premessa, costituiscono specifici obiettivi della Struttura l'attivazione e il completamento degli approvvigionamenti di pertinenza, previsti nel Piano annuale degli Investimenti, anche esso contenente indicatori di tempo e di modalità operative.

La Struttura è fortemente impegnata a raggiungere l'obiettivo di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, così come previsto dalla Legge n. 135/2012. A tal fine limiterà gli interventi di manutenzione ai soli casi in cui la stessa risulti indispensabile da un punto di vista della sicurezza o per il mantenimento della destinazione d'uso del bene, ovvero limitare quelli "straordinari" nell'ambito della sostenibilità economica con quote di ricavi propri dell'Azienda. Comunque, ogni intervento manutentivo straordinario, se non contemplato nel citato programma annuale, dovrà preventivamente essere autorizzato dalla Direzione Generale

La Struttura farà parte del G.O.I.P. precedentemente indicato.

La Direzione Generale responsabilizza quella dell'Area Tecnica, nonché la Dirigente dello "Sportello Unico aziendale per i Contratti ed Appalti", affinché nei processi di acquisizione di beni e servizi ed in quelli di opere

pubbliche le procedure siano rigorosamente rispettose delle leggi e regolamenti generali, con particolare riguardo alla evidenza pubblica ed alla imparzialità e trasparenza.

Struttura per la Gestione Economico-Finanziaria

La Struttura deve assolvere a tutti gli obiettivi connessi alla pianificazione e 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, eseguita in collaborazione con la Struttura Programmazione e Controllo Direzionale.

Nell'anno 2013, la Struttura dovrà completare ed applicare a regime il Sistema di Contabilità Analitica, non soltanto con riferimento alla imputazione alle strutture operative, ma anche predisponendo le analisi di attribuzione e/o distribuzione dei costi per processi operativi, non solo ai fini di verificare la congruità degli stessi e/o gli scostamenti di questi rispetto ai ricavi, ma anche per il miglioramento continuo del sistema di allocamento delle risorse e, quindi, di possibile finanziamento delle attività

La Struttura, nell'anno 2013, continuerà ad assicurare la ordinaria 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.

La Struttura è fortemente impegnata a fornire supporto tecnico nei processi di riorganizzazione delle linee di attività demandate al costituendo G.O.I.P. di cui si è fatto cenno in precedenza.

In particolare la Struttura avrà cura di verificare che l'organizzazione della gestione e condivisione dei flussi informativi contabili, sia interni e sia esterni, siano omogenei e coerenti con il nuovo piano dei conti in vigore dal 1° gennaio 2013.

La Struttura continuerà a realizzare, d'intesa e in sintonia con la Struttura Legale, 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 di garanzia 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 nuovi tempi massimi di pagamento dei debiti, in relazione, ovviamente, alla disponibilità finanziaria, nonché in ossequio 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.

Ulteriori obiettivi ed indicatori di risultato saranno assegnati nell'avviando Processo di Budget per l'anno 2013

INDIRIZZO COMUNE RIVOLTO A TUTTE LE STRUTTURE

Tutte le Strutture "di sostegno e/o supporto" sono tenute a curare informazione preventiva, comunicazione operativa, ma soprattutto collaborazione continua con gli altri Organi dell'Azienda e, particolarmente, con il Collegio Sindacale e con l'Organo di Indirizzo, nonché a realizzare per la parte che compete tutte le relazioni con il Collegio di Direzione, con le Organizzazioni Sindacali, con le Organizzazioni di Volontariato in sanità e dei Cittadini.

Il perseguimento dei risultati attesi , in proposito, costituisce elemento importante anche per riferimento alle performance di "comunicazione e cooperazione", che, in tutti i casi, sono parti delle "prospettive" di risultati strategici attesi nel Sistema di Balanced Score Card da applicare in Azienda.

ATTIVITA' SANITARIE

Come già evidenziato in precedenza, il nuovo Protocollo d'Intesa Regione-Università, sottoscritto il 31 ottobre, ha posto le basi per ridisegnare l'organizzazione fisica aziendale con la previsione del numero delle strutture a Direzione ospedaliera e universitaria, pur se deve confermarsi che questo ha solo relativamente rilievo. Nella prospettiva di riorganizzazione per processi operativi delle attività aziendali..

In ogni caso, il citato Protocollo prevede anche le strutture da attivare e per le quali l'Azienda da tempo chiede il riconoscimento di risorse integrative.

L'Azienda, definito con il Protocollo d'Intesa il quadro organizzativo cui far, ora, riferimento, dovrà procedere alla modifica e approvazione dell'Atto Aziendale con il quale formalizzare tale organizzazione.

Nella ridefinizione dell'Atto Aziendale si individueranno livelli di responsabilità coerenti con gli atti regionali citati. In applicazione dello stesso protocollo di Intesa si dovranno riordinare le dotazioni di organico del personale, anche quantificandone le necessità. Le risultanze di tali quantificazioni costituiranno base di confronto con la Regione Puglia, per la eventuale condivisione degli obiettivi che la stessa attribuirà all'Azienda con i propri Documenti di Programmazione e dei correlati livelli di finanziamento.

Solo a seguito della definizione di tutti gli atti di organizzazione sarà possibile implementare i sistemi di rilevazione delle performance delle diverse strutture aziendali, con la predisposizione degli indicatori i quali dovranno essere coerenti con le prospettive e le finalità che l'Azienda si propone di raggiungere, anche in applicazione degli altri indirizzi posti dalla Pianificazione e Programmazione regionale.

Anche gli obiettivi sanitari devono, alla luce di quanto detto, essere rimodulati nella tempistica di attuazione. Comunque, si fa riferimento anche agli obiettivi assegnati alle strutture concordati a chiusura dell'ultima trattativa di budget.

Per le altre attività sanitarie si fa riferimento al Documento di Pianificazione triennale, il cui aggiornamento per l'anno 2013 è contenuto nella presente relazione programmatico-previsionale ed in appresso viene di seguito riportato:

A.1 EVOLUZIONE E MIGLIORAMENTO METODOLOGICO DELLE ATTIVITÀ:

- a) progetto dimissione protetta: il progetto sarà attivato non appena gli Uffici regionali predisporranno specifico regolamento. Attualmente la dimissione protetta viene, comunque, garantita grazie alla collaborazione con i M.M.G. e P.L.S.;
- b) impulso alle attività assistenziali interaziendali: a seguito della approvazione del Protocollo Regione-Università, si attiveranno i processi organizzativi in esso previsti. A tal fine si assume come obiettivo strategico quello della integrazione interistituzionale e si allega la proposta di "Intervento Sperimentale", inviata all'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, per la progettazione ed applicazione di "Percorsi di Cura ed Assistenza", contemplanti attività integrata delle Aziende Sanitarie pubbliche (A.S.L. Provinciale di Foggia ed Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." di Foggia). (Allegato "A" richiamato quale parte integrante del presente paragrafo).

A2. SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA

Centrale Operativa 118 e Medicina di Accettazione e di Urgenza.

Il fenomeno dell'Over Crowding nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza ha assunto carattere di criticità a livello nazionale ed è stato più volte correlato ad un aumento della mortalità e degli eventi di mal-practice anche in centri altamente qualificati (U.S.A.). Tale fenomeno si correla inoltre ad un calo verticale della qualità percepita da parte degli utenti e quindi ad un aumento delle situazioni di conflittualità e contenzioso medico-legale.

A livello nazionale, il fenomeno dell'Over Crowding è cresciuto vertiginosamente negli ultimi 10 anni in relazione al sensibile taglio dei posti letto per acuti (da 5 p.l./1000 ab. nel 2000 a 3 p.l./1000 n programmati al 31.12.2012). A questo, nella Regione Puglia, comunque, è contrapposto un sensibile calo di risorse umane, in relazione al blocco del turn-over imposto dal Piano di Rientro, anche se queste erano già insufficienti e sotto standar nazionale.

Inoltre, molte strutture ospedaliere sono costrette inappropriatamente a vicariare l'insufficienza dei servizi di assistenza territoriale. Da quanto si rileva dai dati forniti dal Ministero della Salute, la Puglia ha l'1,8% di assistenza domiciliare integrata a differenza dell'Emilia Romagna (11, 60%).

Il Sistema dell'Emergenza-Urgenza ospedaliera ha sopperito alla situazione descritta attraverso la creazione ed il potenziamento delle Osservazioni Brevi e delle Sezioni di Medicina d'Urgenza e Sub-Intensiva all'interno delle Strutture Complesse di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (specie D.E.A. di I e II livello):

- la conseguenza è stata un forte incremento dei tempi di attesa specialmente dei codici gialli con notevoli implicazioni riguardo alla qualità percepita dagli utenti, la conflittualità utenti-operatori ed il verificarsi di eventi sentinella. Da alcuni mesi, presso la S.C. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, è in atto un processo di revisione dei percorsi assistenziali, con particolare riguardo al sistema di accoglienza.
- tale revisione ha condotto alla conclusione che l'espandersi delle attività legate alla Osservazione Breve, Medicina d'Urgenza e Sub-Intensiva, oltre che la fortissima contrazione nella disponibilità di posti letto ospedalieri per pazienti provenienti da Pronto Soccorso, ha provocato un allungamento insostenibile nei tempi di attesa dei Codici Gialli e gravissime difficoltà nel sostenere detta situazione da parte del Servizio di Triage Infermieristico.

Dati di Attività

Anno	Ricoveri in OB	Ricoveri in Medicina d'Urgenza Sub-Intensiva	Afferenza Totale	Ricoveri disposti dal Pronto Soccorso	Percentuale ricoveri / afferenti	% Codici Gialli e Rossi
2006			103.503	19.747	19.0%	
2007			103.315	20.759	19.7%	

2008	723	126	109.979	18.772	17.0%	G21.0;R5.9
2009	792	141	111.124	19.680	17.7%	G19.0;R5.0
2010	751	176	99.058	20.696	20.8%	G24.6;R6.8
2011	5346	952	105.315	20.759	19.7%	G54.7;R4.4

L'analisi dei dati evidenzia l'elevata percentuale di pazienti stadiati con Codice Giallo, con conseguenti tempi di attesa significativamente lunghi. I principali determinanti di tale disagio assistenziale sono stati ricercati all'interno dell'organizzazione della Struttura e sono stati individuati nell'inadeguata stadiazione in Codice Giallo di situazioni cliniche gestibili in Codice Verde e nella scarsa operatività del Triage nella gestione di situazioni cliniche risolvibili nello stesso Triage (es.: una medicazione o una terapia antalgica, eseguita in Triage, evita che il paziente pensi di essere stato abbandonato durante una lunga attesa).

PROGETTO SPERIMENTALE per la S.C. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza

Si è, pertanto, elaborato un progetto sperimentale con revisione dei processi organizzativi interni.

Essi vengono di seguito elencati:

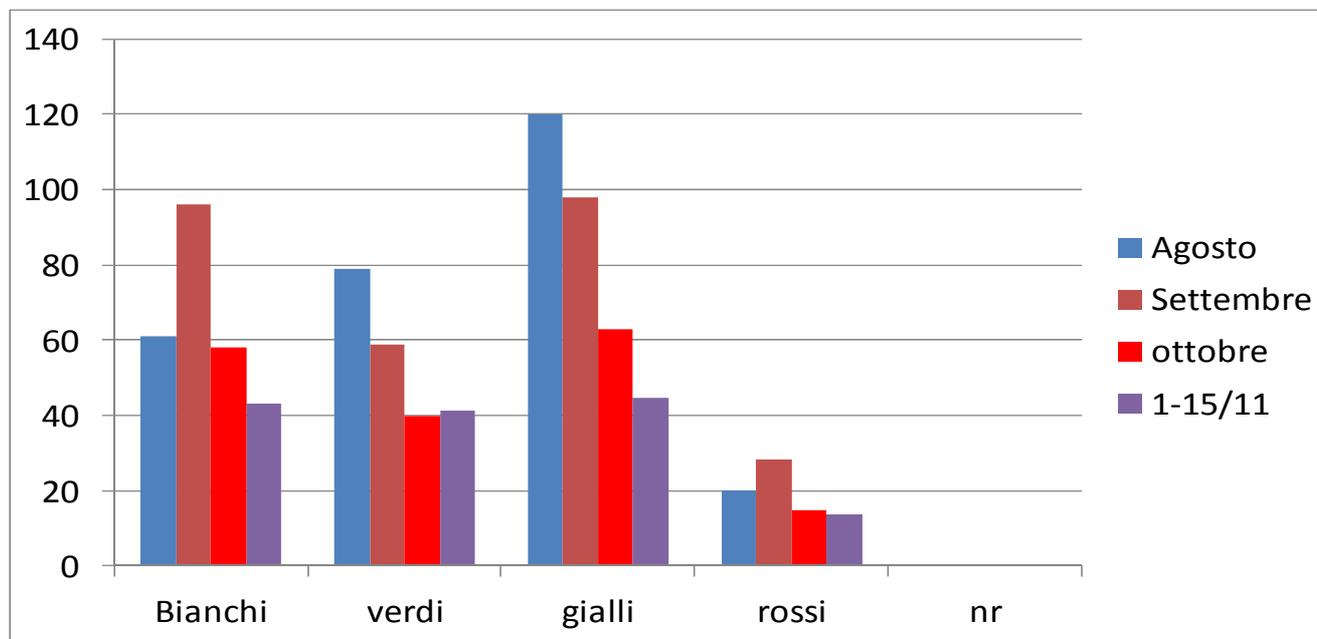
- sostituzione del Triage con un Nucleo Assistenziale Avanzato (N.A.A.) (n. 1 Medico Team Leader e n. 3 Infermieri);
- assegnazione al N.A.A. dei seguenti compiti:
 - registrazione accettazione;
 - valutazione parametri vitali;
 - valutazione cause e circostanze dell'accesso;
 - assegnazione del codice di priorità in base all'applicazione precisa dei protocolli;
 - esecuzione attività diagnostica: ECG, prelievo per esami ematochimici (specie diagnostica I.M.A.), emogasanalisi, eventuali esami radiografici ed ecografici;
 - esecuzione attività terapeutica: medicazioni compressive e non, immobilizzazioni, ossigenoterapia, incannulamento venoso, terapia del dolore o altra terapia non differibile dietro indicazione del Medico Team Leader.

Il Nuovo Percorso Assistenziale:

- i Codici Rossi accedono direttamente in Shock Room, i Codici Bianchi e i Codici Verdi non bisognosi di stabilizzazione accedono nell'area riservata ai codici minori, i Codici Gialli e i Codici Verdi bisognosi di stabilizzazione terapeutica (specie terapia del dolore ed impostazione diagnostica) vengono trattenuti nella sala del Nucleo Assistenziale Avanzato e qui avviati al primo approccio diagnostico-terapeutico. Il Nucleo Assistenziale Avanzato cura anche direttamente i Codici Bianchi con percorso "Fast Track" (pz. ginecologici, oculistici ecc.). Se il problema viene risolto prima dell'ingresso nel locale di visita, il paziente viene direttamente dimesso dal Medico Team Leader, se il problema si

dimostra abbisognevole di ulteriore trattamento, o di osservazione, il paziente viene trasferito, appena si crea la possibilità, nei locali del P.S., dell'Osservazione Breve, o della Medicina d'Urgenza. Il Medico Team Leader dispone anche di una saletta riservata con due letti ed un ecografo multidisciplinare per eventuali pazienti abbisognevole di manovre diagnostico terapeutiche richiedenti maggiore privacy.

Tempi Medi di Attesa: Registrazione-Presa in carico



I risultati della sperimentazione organizzativa effettuata nel mese di ottobre e nei primi 15 giorni del mese di novembre 2012 evidenziano una significativa riduzione dei tempi di attesa sia dei codici di minore impegno assistenziale (bianco/verdi) e sia dei codici gialli (da 120 m' a 40 m').

Obiettivo per l'anno 2013: prosecuzione della sperimentazione organizzativa avviata.

Indicatore: mantenimento della riduzione dei tempi di attesa registrati nella fase sperimentale.

Per quanto attiene alla problematica dell'Emergenza-Urgenza al di fuori dell'A.O.U., l'Azienda è impegnata tramite la Centrale Operativa 118. Essa applica i Protocolli Assistenziali extra-ospedalieri anche nel governo delle emergenze cardiache e cerebro-vascolari secondo linee guida regionali.

Per le emergenze intra-ospedaliere, con il prossimo rinnovo degli incarichi dirigenziali si procederà alla identificazione di quelli che confluiscono nei seguenti Gruppi Operativi Intra/Inter Dipartimentali Permanenti; "Emergenza Intra-Ospedaliera", "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 il prossimo anno, sarà quella di avviare il percorso di integrazione inter-specialistica e inter-professionale delle varie competenze all'interno di percorsi assistenziali condivisi (Processi Operativi Completi).

Gli obiettivi strategici programmati per l'anno 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 2013 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, pluri-disciplinare 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 G.O.I.P. 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 G.O.I.P. può consentire all'Azienda di rispondere al proprio ruolo istituzionale di D.E.A. 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 nuovo conferimento degli incarichi dirigenziali può facilitare l'avvio di tale percorso organizzativo-assistenziale, attraverso il conferimento dell'incarico di referenza ad un dirigente medico specialista del settore.

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, con contestuale economie da soppressioni di altri posti, 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 T.S.R.M. risponde anche alla necessità di dover garantire la presenza H24 del Servizio di guardia attiva radiologica, sia per la radiologia tradizionale e sia per quella relativa alle alte tecnologie, che, nel 2013 non potrà più essere garantito dall'istituto contrattuale delle prestazioni aggiuntive.

Analoga difficoltà si rileva nel garantire l'attività di Emodinamica H24 a causa della carenza di dirigenti medici. La rivisitazione di processi organizzativi interni dovrà, comunque, perseguire la continuità di tale attività assistenziale come, in appresso, esplicitato e programmato.

A.3. GOVERNO DEL RAPPORTO TRA DOMANDA E OFFERTA DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI.

A.3.1 implementazione e adozione dei sistemi di valutazione dell'appropriatezza: obiettivo assegnato ai Servizi Igienico-Organizzativi dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale:

- a) implementazione dell'utilizzo della scheda di valutazione delle cartelle cliniche;
- b) controllo del 25% di tutti i ricoveri, entro il 31.12.2013.

A.3.2 verifica rispetto dei criteri di accreditamento e della regolamentazione in materia di appropriatezza: obiettivo assegnato ai Servizi Igienico-Organizzativi dipendenti dalla Direzione Sanitaria aziendale:

- a) nel corso dell'anno saranno effettuati n. 40 incontri tra Direzione Sanitaria e personale (medico e di comparto) delle singole strutture, finalizzati alla "valutazione interna della qualità assistenziale erogata".

Partendo dall'ipotesi che la Best Practice sia relativa al contesto, e cambia continuamente in funzione del contesto e dell'evoluzione scientifica, l'accreditamento volontario si propone di sostenere un miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza, evidenziando quella delle prestazioni professionali e confrontando fra loro le *performance* ottenute da articolazioni operative omogenee o le *performance* ottenute nel tempo dalla stessa articolazione (in verifica).

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", del quale si è dotato l'Azienda 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.
- b) riduzione del 30% dei ricoveri inappropriati, tenuto conto, anche della domanda espressa dalla condizione orografica della Provincia la quale induce, spessissimo, inappropriata non evitabile. Tale obiettivo è fondamentale anche alla luce del fatto che la valorizzazione delle S.D.O. fatta dalla Regione Puglia tramite il sistema EDOTTO tiene conto delle tariffe riconosciute per tali D.R.G.s e in vigore dal gennaio 2011. Tali tariffe sono notevolmente inferiori a quelle utilizzate fin'ora per le contabilità aziendali. Con l'assestamento dell'Esercizio 2012 si dovranno necessariamente considerare tali ultime tariffe che evidenzieranno una produzione aziendale complessivamente inferiore. Si evidenzia che presso questa Azienda non è stato tuttora implementato il M.A.A.P. nonostante le ripetute richieste ai competenti Uffici regionali
- c) tendenziale allineamento agli indicatori di appropriatezza organizzativa previsti dal P.O.A: continueranno ad essere monitorati anche nel 2013.

A.3.3 Mobilità sanitaria extraregionale.

- Le Regioni presso le quali si realizza la 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, scompenso cardiaco e angioplastica primaria. Per quest'ultima, si rende necessario, nel corso dell'anno 2013, 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 A.S.L. Provinciale di Foggia, anche, integrabili con i nostri, previa accordi tra le due Aziende. Essi, sulla scorta degli obiettivi del Dipartimento di Malattie Cardio-Vascolari, 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 A.S.L..

- 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 2010 .
- La patologia neoplastica (MDC 140-239) costituisce la seconda causa di mobilità extra-regionale. 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 iso-risorse 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, è necessario il completamento della strumentazione diagnostica (Radiologia, Medicina Nucleare) e terapeutica (Radioterapia Oncologica). 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. Tale strumento 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 stato realizzato il trasferimento presso il piano rialzato del III lotto, 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 progetto. 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. A tal fine, si evidenzia che è stato istituito il primo Gruppo Operativo Interdipartimentale Permanente sulla patologia della mammella. Esso è stato istituito sulla scorta delle seguenti considerazioni:

1. il carcinoma mammario è una patologia che richiede risposte efficaci basate soprattutto sulla multidisciplinarietà e multiprofessionalità degli interventi assistenziali da erogare;
2. essi devono essere predisposti secondo la migliore sequenza temporo-spaziale concordata e condivisa da tutti i professionisti coinvolti nello specifico processo di cura;
3. attraverso numerosi incontri preliminari tra vari specialisti operanti nella patologia mammaria all'interno dell'azienda è stato creato un contesto favorevole alla collaborazione interdisciplinare;
4. annualmente il numero di casi/anno trattati chirurgicamente in Azienda è pari a 150;
5. sono attivi Protocolli Diagnostico-Terapeutici all'interno delle impegnate nel trattamento della patologia in questione, presso questa Azienda sono presenti tutte le professionalità, necessarie per poter elaborare, nel rispetto di quanto previsto negli incarichi dirigenziali da affidare a ciascuno un percorso assistenziale completo che, partendo dalla diagnosi precoce, è in grado di garantire non solo l'approccio terapeutico chirurgico, oncologico, radioterapico, ma anche quello ricostruttivo estetico, riabilitativo fisio-terapico e psicologico.
6. Si prevede per l'anno 2013 un incremento del 10% del numero di interventi chirurgici per patologie mammarie.

La prospettiva di riduzione delle mobilità passiva extra-regionale per patologie oncologiche, prospettata nella misura del 5,0% dei ricoveri in mobilità passiva relativi all'anno 2010 .

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 stato preso il necessario miglioramento della appropriatezza organizzativa.

La rivisitazione organizzativa è stata avviata attraverso incontri con tutta la Dirigenza Medica e tutto il personale Infermieristico, utilizzando la metodologia dell'accreditamento tra pari. I primi risultati evidenziano la riduzione del numero di interventi effettuati dopo 48 ore dal ricovero per frattura di femore in pazienti con età > a 75 anni.

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). L'obiettivo è affidato alla Struttura Partecipazione e Comunicazione.

Con l'ampliarsi delle conoscenze fisiopatologiche delle malattie del fegato e delle vie biliari e con l'evoluzione delle metodiche diagnostiche e dei protocolli terapeutici, è necessario, quindi, nella pratica clinica un approccio multidisciplinare che permette di applicare le nuove risorse che la medicina mette a disposizione.

E' opportuno, pertanto, all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "OO.RR." di Foggia la costituzione nell'anno 2013 di un gruppo professionale multidisciplinare (G.O.I.P.) dedicato alle malattie del fegato, in grado di garantire in maniera unitaria le prestazioni cliniche, diagnostiche ecografiche, eointerventistiche e l'attività di fisiopatologia e monitoraggio terapeutico.

Le Strutture che risultano essere direttamente coinvolte in questa attività multidisciplinare sono:

<i>STRUTTURE</i>	<i>COMPETENZE</i>
S.C. Malattie Infettive e SSD Malattie emergenti	epatopatie da agenti infettivi
S.S. Centro Antiveleni	epatopatie tossiche
S.C. Med Int. Universitaria	epatopatia alcolica
SS.CC. di Gastroenterologia Osp e Univ	cirrosi epatica
Centro di Medicina Sociale	alcooldipendenza
S.C. Medicina di Laboratorio	Diagnostica di Laboratorio
S.C. Anatomia Patologica	Diagnostica Istologica
SS.CC. di Ch. Generale	Chirurgia oncologica del fegato
S.C. Oncologia Medica	Chemioterapia
S.C. Radioterapia Oncologica	Radioterapia Oncologica

SCOPO

1. migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti
2. ottimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali e professionali dell'Azienda incrementandone l'indice di attrazione ed il case-mix (complessità della casistica trattata).
3. migliorare la cooperazione clinico scientifica tra le Strutture coinvolte
4. prevenire le epatopatie nell'ambito della popolazione in generale ed in particolare dei familiari e conviventi dei pazienti epatopatici

OBIETTIVI

1. offrire al paziente epatopatico un servizio organizzato e facilmente accessibile;
2. migliorare le competenze nella interpretazione di procedure diagnostiche e terapeutiche, del loro timing e della loro sequenza, sulla base dell'applicazione dell'evidence based medicine ai problemi clinici;
3. definire il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente epatopatico, standardizzando i metodi di indagine clinica e laboratoristica utili alla diagnosi precoce delle varie epatopatie e delle situazioni predisponenti. Assumere l'iniziativa per la progettazione e l'applicazione

condivise di un dedicato Percorso Interaziendale di Cura ed Assistenza con l'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia e con altri centri di offerta, anche privati;

4. migliorare le conoscenze e competenze di tutti gli operatori nella scelta, organizzazione, esecuzione di manovre diagnostiche e terapeutiche innovative (anche in termini di costi / benefici);
5. elaborare protocolli condivisi per implementare ed armonizzare le Linee Guida pubblicate in merito dai vari organismi scientifici e curarne periodicamente (almeno una volta all'anno) la revisione ed aggiornamento, in integrazione con l'A.S.L. Provinciale di Foggia e nell'ambito del citato P.A.I.C.A.;
6. ridurre la mortalità e le complicanze delle malattie epatiche
7. condurre una attività di ricerca e di monitoraggio delle evidenze scientifiche sugli aspetti delle malattie epatiche: obiettivo ed attività integrata, coinvolgente la ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia;
8. rieducare e riabilitare gli alcolisti, favorendo anche l'apporto ed il potenziamento, in sinergia con l'A.S.L. di Foggia, del Centro di Medicina Sociale dell'Azienda;
9. organizzare iniziative volte a diffondere le conoscenze sui problemi sociosanitari connessi alla epatiti virali ed infettive in genere e alle epatopatie metaboliche, di intesa con il Dipartimento di Prevenzione e con le Strutture per le Cure Primarie dell'A.S.L. di Foggia;
10. formare il personale sanitario nella materia specifica, attraverso un programma formativo condiviso con la richiamata A.S.L. di Foggia.

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 2010 .

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 e dell'introduzione (ove possibile) di metodiche robotizzate, che avverrà in coincidenza con l'inizio di attività della nuova piastra operatoria, costituirà fattore di ulteriore attrazione verso le SS.CC. Chirurgiche 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, ha favorito ulteriormente la riduzione della mobilità passiva, ma ancor più ciò aumenterà quando si otterrà l'autorizzazione per il funzionamento del centro trapianti renali: è 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.

B. POLITICA DELL'ASSISTENZA PER FARMACI ED EMODERIVATI.

- a) Comitato Aziendale P.T.O.R. : aggiornamento continuo del P.T.O.R.;

- b) attivazione del C.O.B.U.S. (Comitato per il buon uso del sangue): Costituzione del Comitato entro il marzo 2013;
- c) Comitato infezioni ospedaliere: implementazione di documenti sull'uso di antibiotici. È stato redatto specifico documento sulla profilassi antibiotica pre-operatoria;
- d) Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci alle dimissioni: incremento del 50% entro il 31/12/2013: obiettivo che, per non essere in contraddizione con i vincoli , di riduzione anche del costo dei farmaci a distribuzione diretta, imposti dalla Regione, sarà possibile realizzare solo se questa dovesse rivedere tale propria determinazione, spostando il vincolo di "rinviare" tali economie al sistema delle AA.SS.LL.

C. MAGGIORE UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE.

- a) Attivazione del percorso del paziente chirurgico, con conseguente miglioramento organizzativo connesso anche alla elaborazione delle liste operatorie sulla scorta della programmazione a breve termine (urgenze) e a lungo termine, in base alla tipologia di patologia da trattare e ad altre indicazioni organizzative e strumentali. Le strutture indirettamente (come funzione di sostegno) coinvolte nell'attivazione di tale percorso sono: servizio delle funzioni organizzative, Struttura Prestazioni, S.I.A. e Struttura Patrimonio;

D. Organizzazione delle attività degli ausiliari.

- a) La valutazione delle attività svolte dal personale ausiliario aziendale nelle singole strutture evidenzia chiaramente come esse, in linea generale, possano essere razionalizzate sia in termini di risorse umane impegnate, che di efficacia assistenziale. Il compito di verifica e controllo delle attività del personale ausiliario, viene assegnato al S.I.O.S. per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - 1) ampliamento delle attività di sanificazione delle superfici aziendali da parte del personale ausiliario, anche nell'ottica di quanto previsto dalla recente Legge n. 135/2012;
 - 2) istituzione del servizio di accompagnamento dei pazienti alle Strutture di Diagnostica-Strumentale;
 - 3) riorganizzazione del servizio di raccolta di materiale biologico da conferire alle Strutture di Patologia Clinica.

Si tratta, nello specifico, di una nuova iniziativa con la quale si intende applicare all'interno dell'Azienda la gestione per processi. Essa consente di ridurre le inutili reiterazioni di attività e di ottimizzare la disponibilità di impiego delle risorse umane. Si tratta, in ultima analisi, di fare emergere il valore aggiunto, che scaturisce dalla gestione per processi con conseguente superamento delle logiche di frammentazione individualistiche e valorizzazione del lavoro di gruppo finalizzato a garantire la migliore assistenza possibile.

E. IL GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.

- A) Prospettiva strategica per l'Azienda è l'istituzione nel corso del 2013 di una apposita articolazione organizzativa dedicata al Governo del Rischio in generale e di quello Clinico in particolare Intanto con

Delibera n. 1306 del 6.12.2006 era stata istituita una Unità di Gestione del Rischio Clinico. Essa, negli anni, si è dedicata alla organizzazione, in collaborazione con la Struttura di Formazione, di numerosi incontri sullo specifico argomento destinati sia a Dirigenti Medici e sia a Personale di Comparto, nel corso dei quali si è evidenziato che la gestione del rischio clinico non può limitarsi solo alla progettazione delle migliori pratiche per ciascun processo o addirittura per singole prestazioni; essa deve, invece, concretizzarsi in interventi mirati al miglioramento qualitativo di tutti i possibili determinanti del rischio stesso. In altri termini, attraverso il miglioramento continuo della qualità si ottiene un contemporaneo e progressivo incremento della sicurezza. A tal fine, l'Azienda, per imparare dall'errore, oltre che per motivi di ordine medico legale e assicurativo, ha istituito con delibera n. 551 del 28.12.2011 il Comitato di Valutazione Sinistri.

Nell'anno 2013 l'articolazione operativa per il Governo del Rischio organizzerà, con la collaborazione della Struttura Formazione, un corso specifico in ambito aziendale, da ripetere in più edizioni, sulla Gestione del Rischio Clinico, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- rafforzare e sostenere a livello aziendale la cultura della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- creare la rete per la gestione del rischio a livello aziendale;
- implementare a livello aziendale processi di informatizzazione relativi a gestione della documentazione sanitaria e della terapia farmacologica, mediante indicatori e monitoraggio continuo degli effetti per le interazioni e conseguenze cliniche;
- includere nel sistema informativo i dati (indicatori di esito) di interesse per la gestione del rischio e per la rilevazione trasversale delle attività aziendali;
- imparare a individuare le criticità e priorità di intervento;
- promuovere il miglioramento della comunicazione e delle relazioni tra operatori e tra operatori e pazienti.

Ma elemento-obiettivo qualificante per l'anno 2013 è l'implementazione di una politica di approccio proattivo al governo del rischio attraverso la formazione di un piano d'intervento dedicato, di codice etico-operativo e di definizione di procedure e buone pratiche, avvalendosi anche della collaborazione, in supporto al personale aziendale da dedicare stabilmente, anche di collaborazioni d'esperti di riconosciuta valenza. L'obiettivo è anche quello di una drastica riduzione sia di "eventi avversi" sia di "quasi eventi" (o near usiss) , per favorire una graduale modalità di autocopertura (economia) ed autogestione di tali "eventi", tale da ridurre, sino ad eliminare il costo supportato per le assicurazioni, tanto che potrebbero bastare i soli impieghi economici delle "franchigie" imposte dalle società assicuratrici per pagare il risarcimento di danni provocati dall'attività d'assistenza sanitaria.

F. Istituzione dell'Unità di H.T.A.

L'Health Technology Assessment si prefigge di supportare le decisioni riguardanti le tecnologie sanitarie (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di

prevenzione e promozione della salute), attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.

L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori e sia durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società.

In questa accezione l'HTA si caratterizza come uno degli strumenti (accanto alla formazione/aggiornamento e alle linee guida) utili per il trasferimento nella pratica clinica e gestionale delle conoscenze sviluppate dalla ricerca.

A presupposto dell'attività di HTA vi è la considerazione che l'assistenza sanitaria (in termini di prestazioni, servizi ed organizzazione) e le politiche sanitarie, in virtù dell'interesse collettivo alla tutela della salute, devono essere basate, per quanto possibile, sulle evidenze.

Ciò non solo per la stessa ragion d'essere dei servizi sanitari, ma anche perché l'interesse collettivo alla tutela della salute trova i suoi limiti oggettivi nella disponibilità delle risorse economiche e professionali.

D'altro canto, la scarsità di risorse economiche costituisce un limite per l'innovazione dei sistemi sanitari, con il rischio che tecnologie innovative ed efficaci non vengano rese accessibili per mancanza di risorse consumate invece utilizzando tecnologie di minore o non provata efficacia.

In questo scenario l'HTA si pone come strumento di supporto alle decisioni riguardanti l'allocazione di risorse economiche sulle tecnologie e sulle politiche di investimento/disinvestimento. Tutto questo ha portato alla necessità d'istituzione di un' apposita articolazione organizzativa, la cui responsabilità sarà assegnata ad un dirigente Professore universitario, in applicazione di quanto previsto del più volte richiamato Protocollo di Intesa sottoscritto dalla Regione Puglia e l'Università degli Studi di Foggia

All'Unità HTA si assegnerà personale specificatamente dedicato, unitamente ad altro di supporto selezionato tra personale dipendente operante in settori coinvolti nella gestione delle tecnologie sanitarie.

Obiettivi anno 2013:

- censimento delle apparecchiature presenti in Azienda;
- parere consultivo nella preparazione di capitolati per l'acquisizione di tecnologie sanitarie;
- formazione di appositi piani e programmi per la valutazione continua della corenze-congruità delle attrezzature sanitarie rispetto a requisiti di sicurezza per gli operatori ed utenti attraverso la corretta gestione dell'anagrafe delle stesse e della "manutenzione" continua del grado di affidabilità e generale sicurezza per i pazienti e per gli operatori.

RINVIO

Le previsioni di azioni, attività e corrispondenti indicatori di verifica previsti nel Documento aziendale di Pianificazione triennale 2011-2013 trovano applicazione, sia per quanto esplicitamente riguarda l'anno 2013 e sia

per le parti di azioni avviate negli anni precedenti e necessitanti di completamento, costituiscono obiettivi per lo stesso anno 2013.

Pertanto, per quanto non riportato (ripetuto) nel presente documento si fa rinvio allo stesso Piano triennale dell'azienda.

Per quanto attiene, invece, l'assegnazione di obiettivi specifici alle articolazioni operative aziendali, essi saranno assegnati nel corso delle contrattazioni di budget per l'anno 2013.

Le matrici che seguono riepilogano e collocano in macro-obiettivi le azioni indicate nel presente documento, in uno con la indicazione delle articolazioni che devono renderle e la qualificazione degli indicatori di verifica. Ove necessitanti di puntuali quantificazioni di misura, per i citati indicatori, si provvederà in sede di contrattazione di budget, poiché l'Azienda pur tenendo conto di vincoli (di ogni genere) rivenienti dal superiore livello istituzionale (Regione), continuerà ad applicare una metodica di tipo botton up e, cioè, aperta e largamente partecipativa (contrattualizzazione), che possa sempre più sviluppare uno spirito di completa dedizione alla mission aziendale da parte di tutti gli "attori" dei processi operativi da realizzare.

DIRETTIVE DI COMPARTO

Nonostante la restrizione di complessive risorse che, gravano sulle Aziende Sanitarie, il messaggio del Direttore Generale è quello di puntare ad uno sviluppo possibile, un termine quali-quantitativi, di attività di elevato impegno assistenziale, attraverso l'impiego di tecniche di evoluzione, in miglioramento continuo, dell'organizzazione, da conseguire attraverso scelte "rapide e facilmente adattabili" dei nuovi modelli da applicare. Per quanto possibile e trasferibile nelle attività aziendali, la tecnica che sarà utilizzata è quella del "pensare snello" (_____) ovvero "ripensare con continuità e celerità" e tutte le modifiche da introdurre nell'organizzazione delle attività tali che possano portare ad un miglioramento continuo della qualità totale, determinare maggiore certezza e affidabilità delle cure e, nel contempo, erogarle al minor costo possibile, attraverso una maggiore attenzione ai "momenti" in cui i costi stessi si formano.

Questa è la pratica attuazione della proposta evoluzione della organizzazione, da conseguirsi con la necessaria gradualità, verso la dedizione (finalizzazione) ai processi operativi che interessano le complessive attività aziendali. E' una organizzazione di tipo "divisionale" anche quella che deve riguardare le aggregazioni

dipartimentali e, ciò, in completa adesione al frutto letterale contenuto nella legislazione attiva in materia, come quella del comma 1 dell'articolo 17 bis, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che, appunto, prevede che il modello ordinario di organizzazione delle attività debba essere quello dipartimentale: l'aggregazione delle attività e/o "l'attuazione" alle stesse, senza ombra di dubbio, si traduce proprio in una "attenzione ai processi operativi".

Lo sviluppo delle conoscenze scientifiche in materia sanitaria ed il potenziamento delle derivanti competenze, dovrà accompagnarsi alle crescite delle conoscenze ed al potenziamento delle competenze organizzativo-gestionali. Bisogna sviluppare l'applicazione, a tali ultimi fini, di tecniche di valutazione della compatibilità e/o sostenibilità economiche delle attività da rendersi e ciò non tanto attraverso analisi di mero interesse economico, quale quella "costi-benefici" (rapporto tra quanto _____ costi sorgenti rispetto a quelli evitati) nelle scelte operative di _____, preferendo l'apprendimento ed applicazione di tecniche di valutazione e/o analisi "costi-efficacia" ed, in relazione ad "impieghi" particolari di risorse (quali le connessioni di H.T.A.) e quando deve farsi riferimento alle prospettive di miglioramento della qualità di vita dei pazienti, bisognerà estendere l'analisi stessa all'interesse verso finalità di "costo-utilità".

Ripensare in maniera "snella" a quello che si fa ed a come lo si fa consente l'applicazione di tecniche di miglioramento continuo della qualità (ciclo P.D.C.A.) ancorchè di revisione delle qualità verso obiettivi più complessivi (Roberts, meglio, Uggès) e infine, secondo logiche o "prospettive" di sistema che preludono ad utilizzo di autovalutazione più evoluta come quella di Balanced Scorecard.

Insomma, in una condizione di ristrettezza economica, le occasioni di sviluppo devono far leva sulla "opportunità" di una rilevante evoluzione organizzativa e metodologica.

Artefici di questa devono essere gli stessi "attori dei processi" e cioè la "risorsa" che è costantemente impiegata per ottenere i risultati attesi e, cioè, il PERSONALE.

A tutto il personale, nel rispetto e nella valutazione massima della dignità professionale di tutti, la Direzione Generale rivolge l'affetto ad "unirci in forma di sistema", capace di coordinare (per condivisione) la comunicazione e la cooperazione continua per realizzare le migliori, possibili, organizzazioni finalizzate alla tutela della salute. Conseguenza sarà un appropriato livello di trattamento delle patologie in fase acuta, senza far venir meno l'impegno, certamente integrato, di tutela della "fragilità" di persone affette da malattie.

Essenziale in questo contesto è lo sviluppo delle sempre maggiori opportunità offerti da una compiuta integrazione con la Università degli Studi di Foggia, cioè la "comunione" delle attività assistenziali con quella della didattica e della ricerca scientifica in un salto comune di qualità, resa "visibile" dal trasferimento a livello nazionale ed internazionale dall'esportazione delle esperienze che certamente consente il mondo scientifico universitario. Le migliori relazioni possibili, finalizzate alla condivisione di scelte di sviluppo, dovranno essere condivise e contenute in appositi "Accordi Attuativi" della strutturazione e dei principi contenuti nel Protocollo di Intesa sottoscritto tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi Foggia .

Perché Direzione Generale e personale possano adempiere bene la propria missione è necessaria, anzi propedeutica, una costante relazione con i portatori di interessi diretti e cioè con le Organizzazioni del

Volontariato in sanità ed i rappresentanti dei Cittadini, nonché con le OO.SS. rappresentanti lo stesso personale dipendente: perché il livello di “comunicazione” tra operatori e cittadini-utenti possa essere facilitato da regole chiare, occorre, infine, un impegno costante di “coordinamento”.

Nel rispetto dei ruoli, delle funzioni e delle attribuzioni di tutte le parti del “sistema azienda”, con le presunte prospettive di programma e direttive si avvia il prossimo impegno di governo condiviso aziendale e si apre il primo momento di “partecipazione-condivisione” che è costituito dal Processo di Budget per l’anno 2013.

L’auspicio è quello di fare sempre meglio, nell’interesse di chi ha bisogno di cure ed assistenza sanitaria. Buon lavoro.

Il Direttore Generale
Dott. Tommaso Moretti

B.2 – riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna.

B.2.1 - Impulso al miglioramento dei magazzini economici, tecnici e farmaceutici:

a) implementazione del programma in uso in una logica di integrazione e/o valutazione circa l'acquisizione del prodotto da vendor esterni, come già ipotizzato dall'Azienda e in via di attuazione in forza di un processo di condivisione con gli operatori: **si ritiene di individuare l'avvio a regime del nuovo sistema al 30 giugno 2013.**

In vista della verifica che si dovrà effettuare a consuntivo del primo periodo di applicazione del Protocollo d'intesa Regione – Università e alla luce degli indicatori individuati dallo stesso per la verifica dei volumi di attività, per il 2013 le Strutture con posti letto, oltre al miglioramento degli indici POA già concordati, per altro, nelle contrattazioni di budget, dovranno perseguire i sotto elencati obiettivi specifici individuati per aggregazioni Dipartimentali.

Gli indicatori rilevati alla data di elaborazione del presente documento sono:

Reparto DIMISS - ORD	2012		
DIPARTIMENTO_DIM	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
140000 Dipartimento nefro - Urologico	6,5	1,06	46,6%
080000 dipartimento Broncopneumologico	11,7	1,40	15,5%
100000 Dipartimento Chirurgia generale e gastroenterologia	10,5	1,03	40,7%
090000 Dipartimento Onco - Ematologico	11,4	1,84	26,0%
110000 Dipartimento di Chirurgia Specialistica	3,9	0,87	66,4%
070000 Dipartimento Neuroscienze	5,1	0,91	10,5%
040000 Dipartimento materno -infantile	4,3	0,57	26,1%
060000 Dipartimento di medicina specialistica	6,6	0,95	13,9%
150000 Dipartimento Cardiologico	6,3	1,41	37,7%
050000 Dipartimento Medicina generale	11,5	1,26	1,6%
030000 Dipartimento di Emergenza e Urgenza	7,1	1,50	61,0%

Ciascun Dipartimento verificherà i dati relativi alle proprie Strutture, in relazione ai valori previsti nel Protocollo Regione – Università.

I dati disaggregati delle singole Strutture afferenti ai vari dipartimenti e interessate agli indicatori di che trattasi sono:

Dipartimento Nefro – Urologico

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	6,5	1,06	46,6%
2901 Nefrologia e Dialisi a Dir. Osp.	8,1	1,09	9,1%
2902 Nefrologia e Dialisi a Dir. Univ.	10,2	1,28	12,3%
4301 Urologia a Dir. Osp.	6,6	1,04	30,0%
4302 Urologia a Dir. Univ	4,7	0,99	74,6%

Dipartimento Broncopneumologico

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	11,7	1,40	15,5%
1301 Chirurgia Toracica a Dir. Osp.	7,6	1,29	29,2%
1302 Chirurgia Toracica a Dir. Univ.	9,0	1,69	52,5%
5601 Riabilitazione respiratoria	16,5	1,18	0,0%
6802 Malattie dell'Apparato Respiratorio 2 a Dir. Osp.	13,5	1,30	1,4%
6803 Malattie dell'App. Respir. 3 ed Inten.) a Dir. Osp.	15,5	1,62	4,7%
6804 Malattie dell'Apparato Respiratorio 4 a Dir. Univ.	10,1	1,09	0,7%

Dipartimento Chirurgia Generale e Gastroenterologia

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	10,5	1,03	40,7%
0901 Chirurgia Generale I a Dir. Osp.	10,0	1,08	64,2%
0903 Chirurgia Generale I a Dir. Univ.	13,0	1,09	58,0%
0904 Chirurgia Generale 2 a indiriz. Urg. a Dir. Univ.	9,5	1,01	63,8%
5801 Gastroenterologia a Dir. Osp.	10,6	0,99	2,8%
5802 Gastroenterologia a Dir. Univ.	9,7	0,90	0,0%

Dipartimento Onco – Ematologico

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	11,4	1,84	26,0%
1801 Ematologia a Dir. Osp.	11,4	1,84	26,0%

Dipartimento di Chirurgia Specialistica

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	3,9	0,87	66,4%
1201 Chirurgia Plastica Dir. Univ.	3,9	1,10	86,2%
3401 Oculistica a Dir. Univ.	3,6	0,77	80,2%
3801 Otorinolaringoiatra a Dir. Osp.	4,1	0,80	40,0%

Dipartimento di Neuroscienze

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	5,1	0,91	10,5%
3001 Neurochirurgia a Dir. Osp.	⊕ 3,8	1,04	25,9%
3201 Neurologia a Dir. Osp.	⊕ 5,0	0,88	0,5%
3202 Neurologia a Dir. Univ.	⊕ 6,4	0,98	1,3%
3301 Neuropsichiatria infantile a Dir. Osp.	⊕ 5,4	0,68	0,0%
5602 Medicina Fisica e Riabilitazione a Dir. Univ.	⊕ 33,5	0,89	0,0%

Dipartimento Materno Infantile

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	4,3	0,57	26,1%
1101 Chirurgia Pediatrica a Dir. Osp.	⊕ 3,7	0,74	64,7%
1102 Chirurgia Pediatrica a Dir. Univ.	⊕ 3,1	0,67	57,9%
3101 Nido (Neonati Sani)	⊕ 3,6	0,17	0,0%
3702 Ostetricia e Ginecologia II a Dir. Osp.	⊕ 4,1	0,57	44,4%
3703 Ostetricia e Ginecologia a Dir. Univ.	⊕ 3,7	0,59	42,7%
3901 Pediatria a Dir. Osp.	⊕ 4,1	0,42	0,0%
6201 Neonatologia	⊕ 7,0	0,99	0,0%
7301 Terapia Intensiva e Neonatale	⊕ 20,4	2,51	5,6%

Dipartimento di Medicina Specialistica

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	6,6	0,95	13,9%
1901 Endocrinologia a Dir. Univ.	⊕ 7,3	0,98	5,6%
5201 Dermatologia a Dir. Osp.	⊕ 5,3	0,81	32,9%
7102 Reumatologia a Dir. Univ.	⊕ 7,4	1,08	0,0%

Dipartimento Cardiologico

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	6,3	1,41	37,7%
0801 Cardiologia degenza a Dir Univ	⊕ 5,9	1,53	48,4%
0802 Cardiologia 2 a Dir. Osp.	⊕ 8,2	0,95	1,1%
5001 Cardiologia - U.T.I.C. a Dir. Univ.	⊕ 5,7	1,43	22,0%

Dipartimento Medicina Generale

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	11,5	1,26	1,6%
2101 Geriatria a Dir. Osp.	10,4	1,18	1,1%
2401 Malattie infettive a Dir. Osp.	12,9	1,32	1,7%
2402 Malattie infettive a Dir. Univ.	14,7	1,14	0,0%
2601 Medicina I a Dir. Osp.	9,7	1,29	2,0%
2603 Medicina I a Dir. Univ.	13,8	1,26	2,1%
2604 Medicina II a Dir. Univ.	14,1	1,25	1,4%

Dipartimento di Emergenza e Urgenza

- e) implementazione di documenti sull'uso di antibiotici
- f) Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci alle dimissioni: incremento del 50% entro il 31/12/2013

B.2 Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna.

B.2.1 - Impulso al miglioramento dei magazzini economici, tecnici e farmaceutici:

- a) implementazione del programma in uso in una logica di integrazione e/o valutazione circa l'acquisizione del prodotto da vendor esterni, come già ipotizzato dall'Azienda e in via di attuazione in forza di un processo di condivisione con gli operatori: si ritiene di individuare l'avvio a regime del nuovo sistema al 30 giugno 2013.

In vista della verifica che si dovrà effettuare a consuntivo del primo periodo di applicazione del Protocollo d'Intesa Regione-Università e alla luce degli indicatori individuati dallo stesso per la verifica dei volumi di attività, per il 2013 le strutture con posti letto, oltre al miglioramento degli indici P.O.A. già concordati, per altro, nelle contrattazioni di budget, dovranno perseguire i sotto elencati obiettivi specifici individuati per aggregazioni Dipartimentali.

Gli indicatori rilevati alla data di elaborazione del presente documento sono:

Reparto DIMISS - ORD		2012		
DIPARTIMENTO_DIM		Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
140000 Dipartimento nefro - Urologico	+	6,5	1,06	46,6%
080000 dipartimento Broncopneumologico	+	11,7	1,40	15,5%
100000 Dipartimento Chirurgia generale e gastroenterologia	+	10,5	1,03	40,7%
090000 Dipartimento Onco - Ematologico	+	11,4	1,84	26,0%
110000 Dipartimento di Chirurgia Specialistica	+	3,9	0,87	66,4%
070000 Dipartimento Neuroscienze	+	5,1	0,91	10,5%
040000 Dipartimento materno -infantile	+	4,3	0,57	26,1%
060000 Dipartimento di medicina specialistica	+	6,6	0,95	13,9%
150000 Dipartimento Cardiologico	+	6,3	1,41	37,7%
050000 Dipartimento Medicina generale	+	11,5	1,26	1,6%
030000 Dipartimento di Emergenza e Urgenza	+	7,1	1,50	61,0%

Ciascun Dipartimento verificherà i dati relativi alle proprie Strutture, in relazione ai valori previsti nel Protocollo d'Intesa Regione-Università.

I dati disaggregati delle singole strutture afferenti ai vari dipartimenti e interessate agli indicatori di che trattasi sono:

Dipartimento Nefro – Urologico

DIPARTIMENTO_DIM		2012		
Reparto DIMISS - ORD		Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale		6,5	1,06	46,6%
2901 Nefrologia e Dialisi a Dir. Osp.	+	8,1	1,09	9,1%
2902 Nefrologia e Dialisi a Dir. Univ.	+	10,2	1,28	12,3%
4301 Urologia a Dir. Osp.	+	6,6	1,04	30,0%
4302 Urologia a Dir. Univ.	+	4,7	0,99	74,6%

Dipartimento Broncopneumologico

DIPARTIMENTO_DIM		2012		
Reparto DIMISS - ORD		Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale		11,7	1,40	15,5%
1301 Chirurgia Toracica a Dir. Osp.	+	7,6	1,29	29,2%
1302 Chirurgia Toracica a Dir. Univ.	+	9,0	1,69	52,5%
5601 Riabilitazione respiratoria	+	16,5	1,18	0,0%
6802 Malattie dell'Apparato Respiratorio 2 a Dir. Osp.	+	13,5	1,30	1,4%
6803 Malattie dell'App. Respir. 3 ed Inten.) a Dir. Osp.	+	15,5	1,62	4,7%
6804 Malattie dell'Apparato Respiratorio 4 a Dir. Univ.	+	10,1	1,09	0,7%

Dipartimento Chirurgia Generale e Gastroenterologia

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	10,5	1,03	40,7%
0901 Chirurgia Generale I a Dir. Osp.	10,0	1,08	64,2%
0903 Chirurgia Generale I a Dir. Univ.	13,0	1,09	58,0%
0904 Chirurgia Generale 2 a indiriz. Urg. a Dir. Univ.	9,5	1,01	63,8%
5801 Gastroenterologia a Dir. Osp.	10,6	0,99	2,8%
5802 Gastroenterologia a Dir. Univ.	9,7	0,90	0,0%

Dipartimento Onco – Ematologico

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	11,4	1,84	26,0%
1801 Ematologia a Dir. Osp.	11,4	1,84	26,0%

Dipartimento di Chirurgia Specialistica

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	3,9	0,87	66,4%
1201 Chirurgia Plastica Dir. Univ.	3,9	1,10	86,2%
3401 Oculistica a Dir. Univ.	3,6	0,77	80,2%
3801 Otorinolaringoiatra a Dir. Osp.	4,1	0,80	40,0%

Dipartimento di Neuroscienze

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	5,1	0,91	10,5%
3001 Neurochirurgia a Dir. Osp.	3,8	1,04	25,9%
3201 Neurologia a Dir. Osp.	5,0	0,88	0,5%
3202 Neurologia a Dir. Univ.	6,4	0,98	1,3%
3301 Neuropsichiatria infantile a Dir. Osp.	5,4	0,68	0,0%
5602 Medicina Fisica e Riabilitazione a Dir. Univ.	33,5	0,89	0,0%

Dipartimento Materno Infantile

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	4,3	0,57	26,1%
1101 Chirurgia Pediatrica a Dir. Osp.	3,7	0,74	64,7%
1102 Chirurgia Pediatrica a Dir. Univ.	3,1	0,67	57,9%
3101 Nido (Neonati Sani)	3,6	0,17	0,0%
3702 Ostetricia e Ginecologia II a Dir. Osp.	4,1	0,57	44,4%
3703 Ostetricia e Ginecologia a Dir. Univ.	3,7	0,59	42,7%
3901 Pediatria a Dir. Osp.	4,1	0,42	0,0%
6201 Neonatologia	7,0	0,99	0,0%
7301 Terapia Intensiva e Neonatale	20,4	2,51	5,6%

Dipartimento di Medicina Specialistica

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	6,6	0,95	13,9%
1901 Endocrinologia a Dir. Univ.	7,3	0,98	5,6%
5201 Dermatologia a Dir. Osp.	5,3	0,81	32,9%
7102 Reumatologia a Dir. Univ.	7,4	1,08	0,0%

Dipartimento Cardiologico

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	6,3	1,41	37,7%
0801 Cardiologia degenza a Dir Univ	5,9	1,53	48,4%
0802 Cardiologia 2 a Dir. Osp.	8,2	0,95	1,1%
5001 Cardiologia - U.T.I.C. a Dir. Univ.	5,7	1,43	22,0%

Dipartimento Medicina Generale

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	11,5	1,26	1,6%
2101 Geriatria a Dir. Osp.	10,4	1,18	1,1%
2401 Malattie infettive a Dir. Osp.	12,9	1,32	1,7%
2402 Malattie infettive a Dir. Univ.	14,7	1,14	0,0%
2601 Medicina I a Dir. Osp.	9,7	1,29	2,0%
2603 Medicina I a Dir. Univ.	13,8	1,26	2,1%
2604 Medicina II a Dir. Univ.	14,1	1,25	1,4%

Dipartimento di Emergenza e Urgenza

DIPARTIMENTO_DIM	2012		
Reparto DIMISS - ORD	Degenza Media	Peso Medio DRG	% DRG Chir.
Totale	7,1	1,50	61,0%
0902 Chirurgia Generale 2 DIR. OSP. (Indirizzo Urgenza)	6,3	1,18	66,7%
3601 Ortopedia e Traumatologia a Dir. Osp.	7,2	1,19	60,8%
3602 Ortopedia e traumatologia a dir. Univ.	7,5	1,23	55,7%
4901 Rianimazione oo.rr	10,3	4,25	37,7%

Dati di attività

Nel contesto descritto l'Azienda ha garantito livelli congrui di attività. Si rappresentano di seguito i report relativi ai costi e alla produzione registrati dall'Azienda nei primi nove mesi del 2012, raffrontati con quelli relativi allo stesso periodo degli anni 2011 e 2010. Si deve precisare che i dati relativi alla produzione di drg ordinari subiranno una modifica significativa in sede di assestamento di esercizio in quanto, come già detto in precedenza, le tariffe dei DRG_s inappropriati, sono state ridotte. Per altro è sulla scorta di tali tariffe modificate che la Regione opererà gli abbattimenti previsti per legge.

I dati di produzione dei Ricoveri Ordinari e Day Hospital sono presentati tenendo conto che, alla produzione evidenziata, sulla quale si espongono gli indicatori di attività, va aggiunta la produzione relativa alle sdo non ancora registrate nel sistema alla data di elaborazione dei report.

A tale data, infatti, la produzione registrata dall'Azienda, incluse le SDO mancanti risulta essere:
Produzione al 30 settembre considerate le SDO mancanti.

	DRG _s Ordinari
2010	€ 76.990.027,77
2011	€ 74.779.854,29
2012	€ 75.971.923,58

	DRG _s in Day Hospital
2010	€ 10.855.991,37
2011	€ 10.076.545,47
2012	€ 9.570.232,50

I dati evidenziati indicano un incremento di produzione per DRG_s Ordinari pari a € 1.192.069,29. Anche per i DRG_s in Day Hospital si registra lo stesso trend, tenuto conto delle SDO mancanti attribuite al periodo considerato e pari a 2.383, a fronte di 3.177 SDO mancanti su base annua.

Per i Day Hospital tutte le SDO vanno chiuse, comunque, al 31 dicembre di ogni anno per cui, a fine esercizio, la produzione per questa tipologia di prestazione sarà implementata dalle complessive 3.177 SDO, con una produzione prevedibile, a fine anno, pari a € 10.220.832,50.

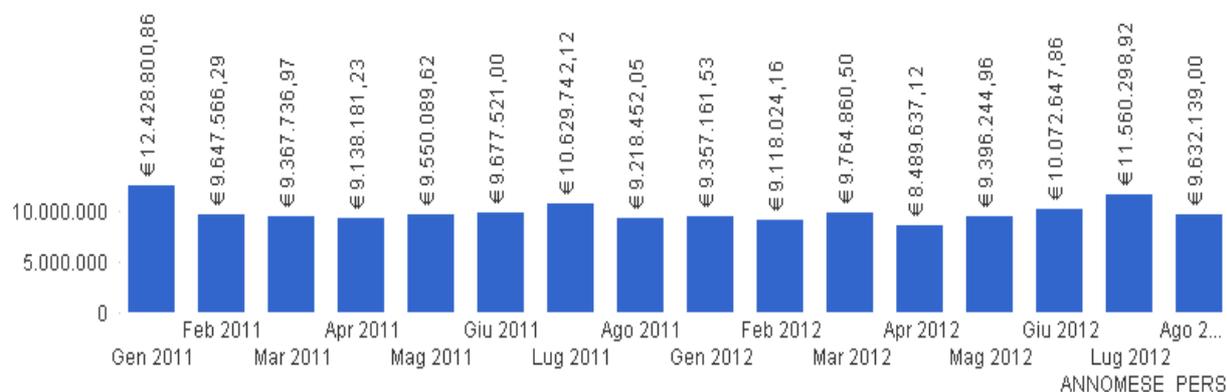
Si riportano, nel prosieguo, i dati e gli indicatori relativi ai primi 9 mesi del 2012, confrontati con l'analogo periodo degli anni 2010 e 2011, ad eccezione dei dati del personale che riguardano il periodo gennaio-agosto e saranno confrontati con l'analogo periodo del solo 2011.

COSTO DEL PERSONALE

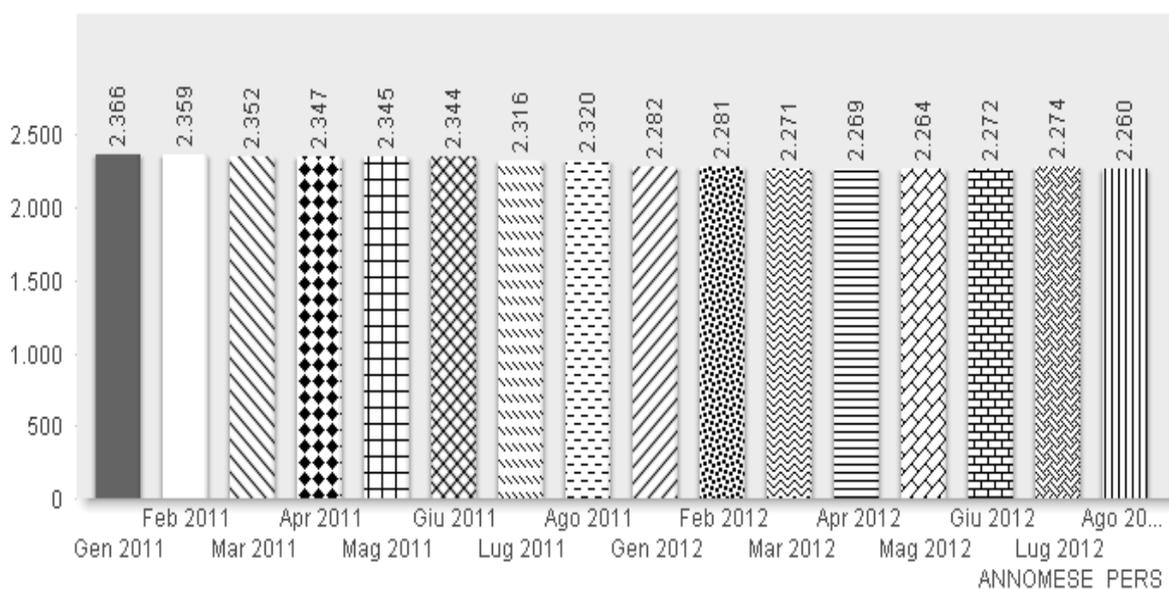
La spesa complessiva registrata dall'Azienda nei primi otto mesi del 2012, comprensiva di ogni onere e comprese le imposte e tasse, è pari a € 77391.014,05. Le ore di presenza complessiva del personale nello stesso periodo è pari a 2.164.175.

L'andamento mensile della spesa è rappresentato nel seguente grafico:

Spesa personale per mese

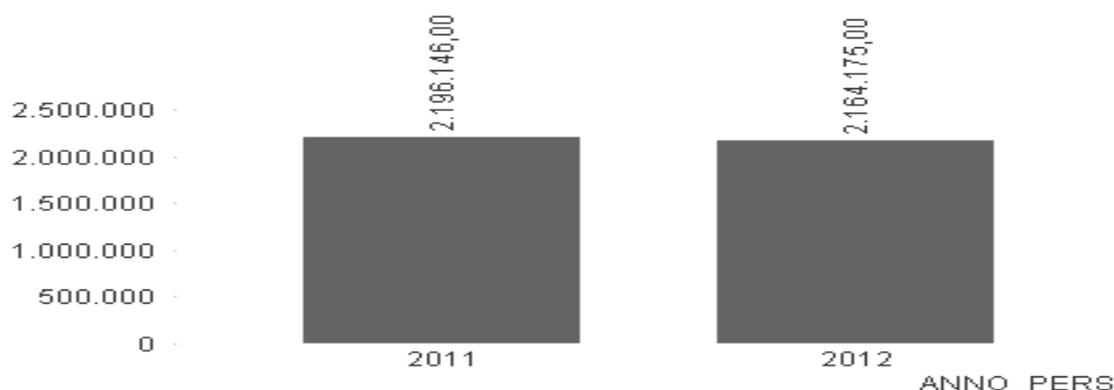


Stante il persistente blocco delle assunzioni, si conferma la costante diminuzione del numero dei dipendenti i quali, tra il gennaio 2011 e l'agosto 2012, passano da 2.366 a 2.260, con una diminuzione pari a 106 unità. L'andamento del numero dei dipendenti per mese è riportato nel seguente grafico:



Nei primi 8 mesi (gennaio-agosto) del 2012 si sono registrate 31.971 ore in meno di lavoro, a qualsiasi titolo erogato, rispetto allo stesso periodo del 2011.

andamento ore lavoro prestate (periodo gennaio - agosto)



Se, però, consideriamo la media dei dipendenti nei primi 8 mesi del 2011 e quella dello stesso periodo 2012, si riscontra una diminuzione di 72 unità lavorative, con una perdita di ore/lavoro pari a circa 98.340 ore, calcolate con una previsione di 1370 ore dipendente. Se ne deduce che il personale in servizio ha, comunque, garantito circa 66.669 in più.

Specificando ulteriormente, si rileva che il personale ha garantito ore complessive di lavoro, nei primi 8 mesi del 2011 e 2012, secondo gli schemi sotto riportati. I prospetti che seguono indicheranno il fabbisogno teorico di personale, per ciascun profilo, che necessita per il mantenimento delle ore di lavoro prestate, considerando un debito orario annuo standard. Tale numero verrà raffrontato con il numero di personale disponibile.

Nell'ultima colonna dei singoli prospetti è indicato il differenziale che individua quante unità necessiterebbero per mantenere quel monte ore, con gli stessi criteri standard.

Il numero di unità standard è calcolato attribuendo alla dirigenza e al comparto un debito orario medio, tenuto conto delle assenze medie dovute a ferie, malattie e altri motivi.

Sulla scorta di tale premessa si sono individuati i setto elencati debiti orari medi per ciascun settore, considerandoli, convenzionalmente, pari a:

Dirigenza	1400 ore anno (115.41 ore mensili)
Comparto	1.350 ore anno (112.5 ore mensili)

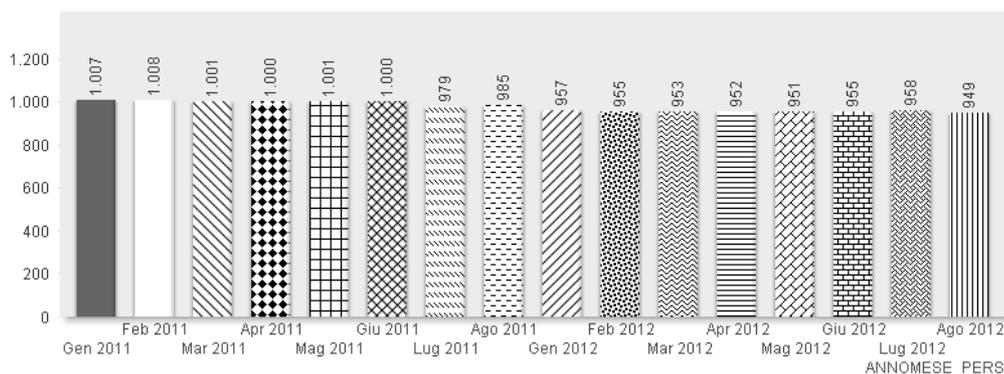
Le ore lavorate dal personale, per profilo di appartenenza, risultano:

Profilo Infermieri.

Le ore lavoro di questo profilo, nei primi 9 mesi degli anni indicati sono:

DESCRIZIONE_PROFILO	D	2011	2012
Totale		895.883,00	880.596,00
PS001 COLL. PROF. SAN. - INFERMIERE ESPERTO - DS		45.283,00	42.771,00
PS002 COLL. PROF. SAN. - ESPERTO D.A.I. - DS		1.992,00	1.736,00
PS004 COLL. PROF. SAN. - INFERMIERE - D		778.855,00	766.893,00
PS006 COLL. PROF. SAN. - INFERMIERE PEDIATRICO - D		23.881,00	23.411,00
PS013 INFERMIERE GENERICO ESPERTO - C		33.547,00	31.341,00
PS133 COLL. PROF. SAN. - INFERMIERE COORD. - D		11.405,00	13.502,00
PS135 COLL. PROF. SAN -D- INFERMIERE PEDIATRICO COORD		920,00	942,00

La variazione numerica di personale per mese della stessa figura professionale è stata:



Il monte ore lavorato corrisponde ad un numero equivalente di addetti riportato nel prospetto che segue:

ANNO	ORE LAVORATE	Unità lavorative standard	n. medio dipendenti nei primi 9 mesi	Differenza n. dipendenti e standard
2011	895.883	995.42	997.6	2.18
2012	880.596	978.44	953.7	-24,74

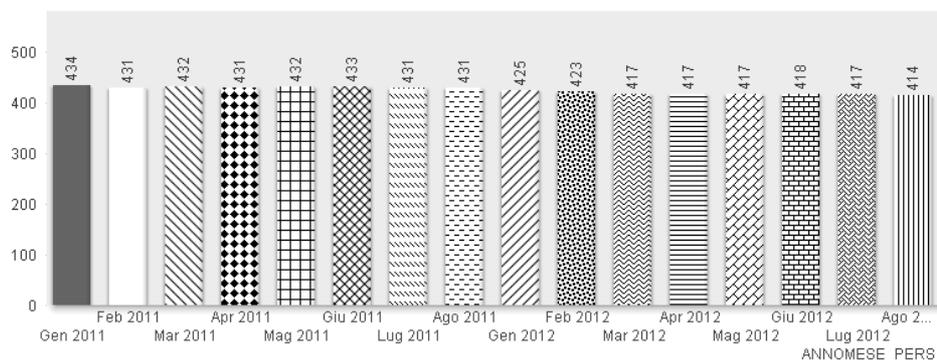
Come si vede, il numero standard di addetti appartenenti a questo profilo professionale che ha garantito il monte ore riportato e relativo ai primi 8 mesi di ciascun anno, è inferiore al numero di dipendenti appartenenti allo stesso profilo nel 2011 mentre nel 2012 i dipendenti hanno garantito le attività sopperendo alla mancanza di quasi 25 unità lavorative.

Profilo Medici

Con la stessa metodologia si procede per la dirigenza medica.

DESCRIZIONE_PROFILO	D	2011	2012
Totale		432.800,00	427.975,00
MED00 DIRIGENTE MEDICO		403.963,00	400.446,00
MED01 DIRETTORE MEDICO		28.837,00	27.529,00

Variazione numerica



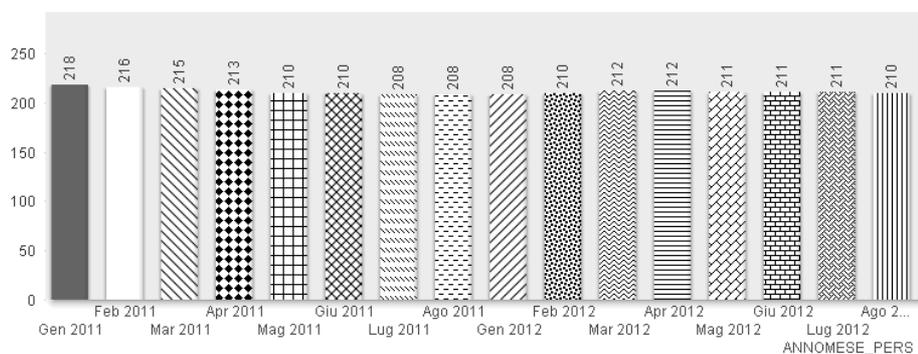
ANNO	ORE LAVORATE	Unità lavorative standard	N° medio dipendenti nei primi 9 mesi	Differenza n. dipendenti e standard
2011	432.800	468.76	431.8	-36.96
2012	427.975	463.53	418.5	-45.03

Valgono le stesse considerazioni fatte per il profilo infermieri

Personale Sanitario di comparto eccetto infermieri

DESCRIZIONE_PROFILO	2011	2012
Totale	189.097,00	192.813,00
PS003 COLL. PROF. SAN. - OSTETRICA ESPERTO - D5	2.073,00	1.478,00
PS005 COLL. PROF. SAN. - OSTETRICA - D	20.357,00	23.247,00
PS014 PUERICULTRICE ESPERTA - C	27.225,00	24.493,00
PS031 COLL. PROF. SAN. - DIETISTA - D	3.699,00	3.171,00
PS034 COLL. PROF. SAN. - TECN. AUDIOMETRISTA - D	1.020,00	1.044,00
PS035 COLL. PROF. SAN. - ASSISTENTE SANITARIO - D	873,00	650,00
PS037 COLL. PROF. SAN. - TECN. NEUROFISIOPATOLOGIA - D	5.157,00	5.649,00
PS038 COLL. PROF. SAN. - TECN. SAN. LAB. BIOM. - D	54.402,00	54.842,00
PS039 COLL. PROF. SAN. - TECN. SAN. RAD. MED. - D	44.476,00	48.594,00
PS040 COLL. PROF. SAN. - TECN. CARDIOLOGIA - D	946,00	960,00
PS044 COLL. PROF. SAN. - TECN. SAN. LAB. BIOM. ESP. - D5	6.124,00	5.888,00
PS046 COLL. PROF. SAN. - TECN. SAN. RAD. MED. ESP. - D5	910,00	-
PS047 COLL.RE PROF.LE SAN-T.D.P. ESP-D5- FISIOTERAPISTA	1.506,00	1.664,00
PS048 COLL. PROF. SAN. - ORTOTTISTA ESPERTO - D5	948,00	891,00
PS071 COLL. PROF. SAN. - FISIOTERAPISTA - D	13.760,00	15.047,00
PS072 COLL. PROF. SAN. - LOGOPEDISTA - D	34,00	-
PS073 COLL. PROF. SAN. - ORTOTTISTA - D	2.056,00	2.171,00
PS074 MASSOFISIOTERAPISTA - D	1.732,00	1.963,00
PS078 COLL. PROF. SAN. - MASSOFISIOTERAPISTA - D	912,00	-
PS134 COLL. PROF. SAN. - OSTETRICA COORD. - D	887,00	1.061,00

Variazione numerica

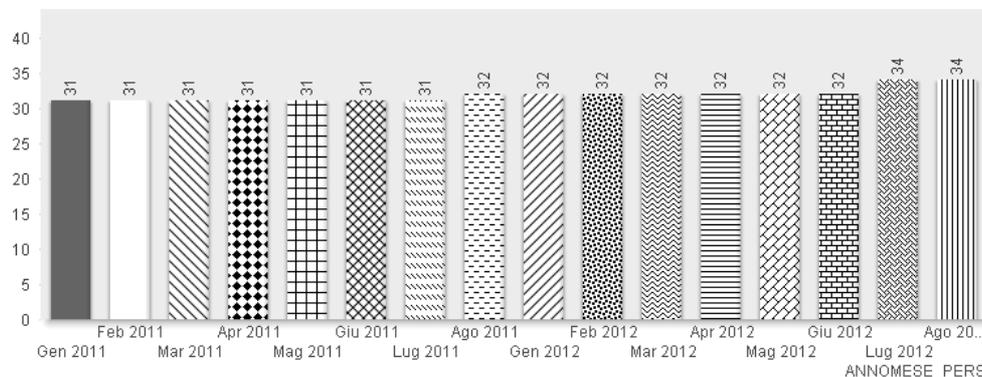


ANNO	ORE LAVORATE	Unità lavorative standard	N° medio dipendenti nei primi 9 mesi	Differenza n. dipendenti e standard
2011	189.097	210.10	212.2	2.1
2012	192.813	214.23	210.6	-3.36

Personale Dirigenza sanitaria non medica

DESCRIZIONE_PROFILO	2011	2012
Totale	30.085,00	34.111,00
BIO00 DIRIGENTE BIOLOGO	12.933,00	18.017,00
CHIO0 DIRIGENTE CHIMICO	1.095,00	847,00
FAR00 DIRIGENTE FARMACISTA	7.760,00	6.720,00
FAR01 DIRETTORE FARMACISTA	1.020,00	814,00
FIS00 DIRIGENTE FISICO SANITARIO	1.973,00	2.067,00
INFO0 DIRIGENTE SERVIZI INFERMIERISTICI	-	335,00
PSIO0 DIRIGENTE PSICOLOGO	5.304,00	5.311,00

Variazione numerica

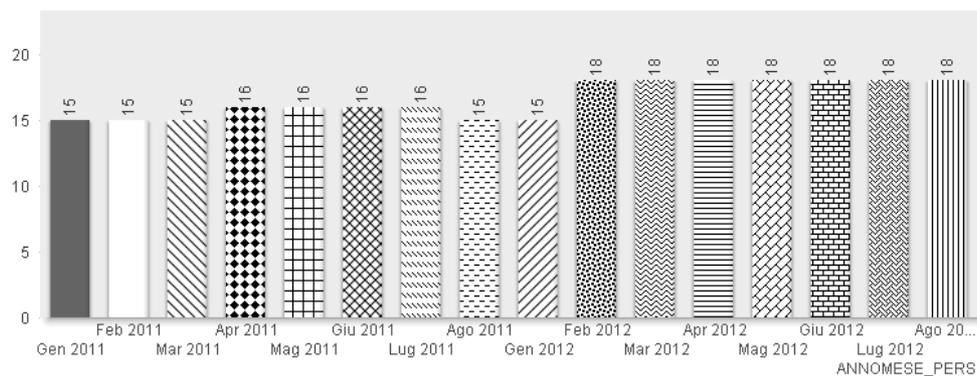


ANNO	ORE LAVORATE	Unità lavorative standard	N° medio dipendenti nei primi 9 mesi	Differenza n. dipendenti e standard
2011	30.085	32.58	31.12	-1.46
2012	34.111	36.94	32.5	-4.44

Personale Dirigenza PTA

DESCRIZIONE_PROFILO	D E	2011	2012
Totale		14.906,00	18.089,00
AMM00 DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	+	6.847,00	9.763,00
AMM01 DIRETTORE STRUTT. AMMINISTRATIVA	+	3.972,00	4.335,00
AVV01 DIRETTORE AVVOCATO	+	885,00	956,00
ING00 DIRIGENTE INGEGNERE	+	2.043,00	2.006,00
ING01 DIRETTORE INGEGNERE	+	1.159,00	1.029,00

Variazione numerica

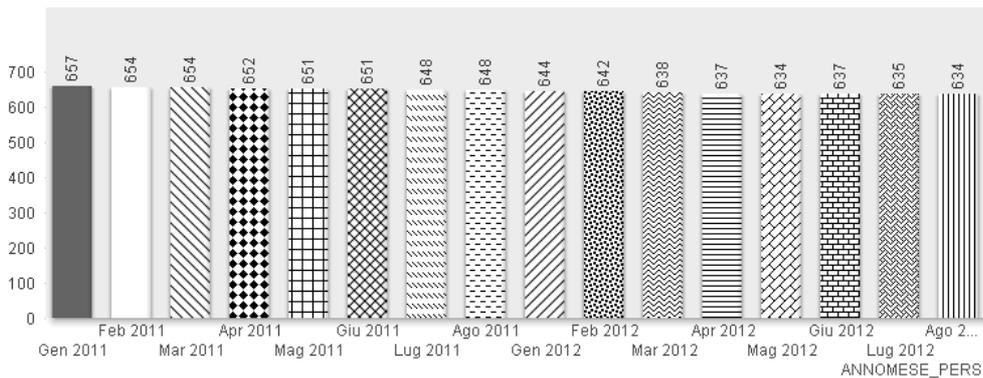


ANNO	ORE LAVORATE	Unità lavorative standard	N° medio dipendenti nei primi 9 mesi	Differenza n. dipendenti e standard
2011	14.906	16.14	15.5	-0.64
2012	18.089	19.59	17.6	-1.99

Personale amministrativo, ausiliario e tecnico comparto

DESCRIZIONE_PROFILO	D E	2011	2012
Totale		633.375,00	610.591,00
PA001 COLL. AMMINISTRATIVO PROF. ESPERTO - D5	+	8.708,00	6.806,00
PA002 COLL. AMMINISTRATIVO PROF. - D	+	18.251,00	17.421,00
PA003 ASS. AMMINISTRATIVO - C	+	53.959,00	50.695,00
PA005 COADIUTORE AMMINISTRATIVO - B	+	55.463,00	52.185,00
PA006 COMMESSO-PORTIERE - A	+	12.849,00	13.000,00
PA008 COMMESSO-USCIERE - A	+	2.256,00	2.413,00
PT002 COLL. PROF. - ASSISTENTE SOCIALE - D	+	6.211,00	4.029,00
PT003 COLL. TECN. PROF. ESPERTO - D5	+	836,00	826,00
PT004 COLL. PROF. TECN. - GEOMETRA - D	+	1.775,00	1.686,00
PT006 ASSISTENTE TECNICO - C	+	846,00	-
PT007 ASS. TECN. - PROGRAMMATORE - C	+	2.358,00	2.386,00
PT008 OPER. TECN. SPEC. - AUTISTA AUTOAMBULANZA ESP. - C	+	1.029,00	980,00
PT009 OPER. TECN. SPEC. - MANUT. APPAR. ELETTROMED. - B5	+	2.837,00	3.012,00
PT010 OPER. SOCIO SANITARIO - B5	+	81.908,00	78.136,00
PT012 OPER. TECN. ADDETTO ALL'ASSISTENZA - B	+	25.976,00	24.355,00
PT015 AUS. SPEC. SERV. SANITARI - A	+	242.366,00	235.150,00
PT016 ASS. TECN. - GEOMETRA - C	+	2.991,00	2.918,00
PT017 ASS. TECN. - PERITO INDUSTRIALE - C	+	3.784,00	4.161,00
PT018 OPER. TECN. - MECCANICO MOTORISTA - B	+	965,00	940,00
PT019 OPER. TECN. - MECCANICO SALDATORE - B	+	1.017,00	1.049,00
PT021 OPER. TECN. - FALEGNAME - B	+	1.002,00	1.068,00
PT026 OPER. TECN. - IMBIANCHINO - B	+	1.684,00	1.808,00
PT028 OPER. TECN. - CENTRALINISTA - B	+	10.384,00	11.659,00
PT029 OPER. TECN. - AUTISTA - B	+	3.833,00	3.906,00
PT031 OPER. TECN. - BARBIERE - B	+	3.923,00	3.831,00
PT032 OPER. TECN. - ADDETTO ALLA FARMACIA - B	+	5.798,00	5.840,00
PT034 AUS. SPEC. SERV. ECONOMICI - A	+	5.971,00	5.918,00
PT035 COLL. PROF. TECN. - INFORMATICO - D	+	1.965,00	2.095,00
PT036 COLL. PROF. TECN. - PERITO INDUSTRIALE - D	+	1.597,00	1.613,00
PT037 COLL. PROF. TECN. - MANUTENTORE RENE ART. - D	+	1.038,00	1.019,00
PT040 OPER. TECN. SPEC. - GAS MEDICALI - B5	+	2.078,00	2.180,00
PTA09 OPER. TECN. SPEC. - AUTISTA AUTOAMBULANZA - B5	+	27.686,00	26.029,00
PTC09 OPER. TECN. SPEC. - CUOCO - B5	+	6.083,00	5.662,00
PTD09 OPER. TECN. SPEC. - IDRAULICO - B5	+	9.954,00	10.355,00
PTE09 OPER. TECN. SPEC. - ELETTRICISTA - B5	+	13.882,00	13.879,00
PTV09 OPER. TECN. SPEC. - CONDUTTORE CALDAIE VAP. - B5	+	10.112,00	11.581,00

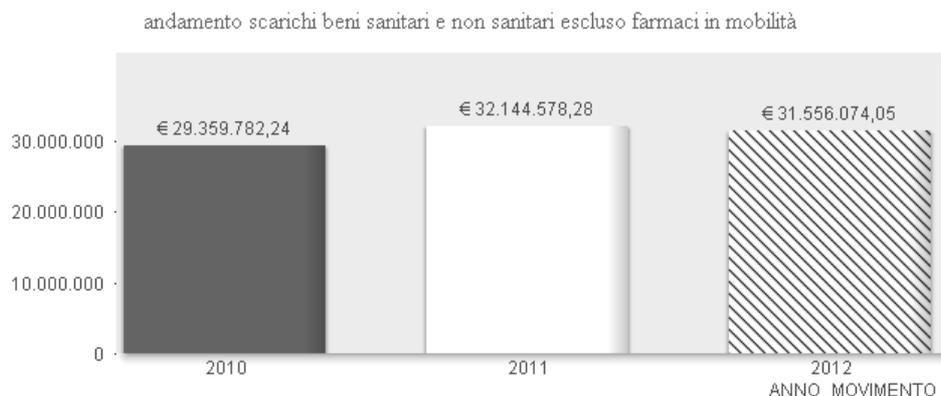
Variazione numerica



ANNO	ORE LAVORATE	Unità lavorative standard	N° medio dipendenti nei primi 9 mesi	Differenza dipendenti standard	n. e
2011	633.675	704.08	651.8	-52.28	
2012	610.591	678.43	637.6	-40.83	

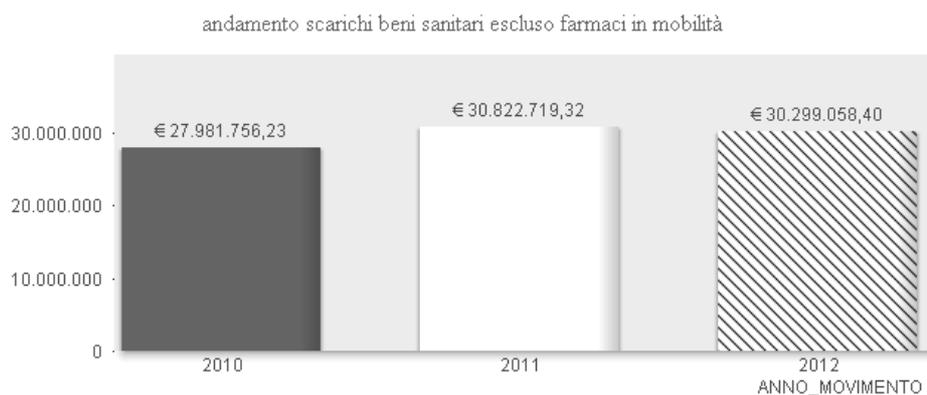
CONSUMO BENI SANITARI E NON SANITARI ESCLUSO FARMACI IN MOBILITA'

Nei primi nove mesi del 2012 si sono registrati scarichi di beni sanitari e non sanitari per un importo pari a € 31.753.469,49. Il dato, confrontato con gli stessi trimestri degli anni 2010 e 2011, è rappresentato nel seguente grafico:



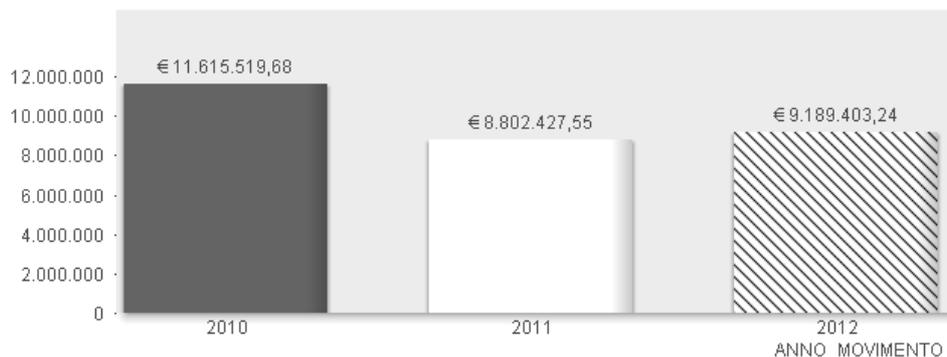
Il dato assume un rilievo importante alla luce delle disposizioni contenute nella Legge n. 135/2012 (spending review), la quale, all'art. 15 comma 13 lett. a), stabilisce che gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere per le forniture di beni e servizi devono essere ridotte, nel 2012, del 5% rispetto all'anno precedente. Il grafico rappresenta i consumi dell'Azienda per le attività proprie e per i pazienti ricoverati.

Per i beni sanitari (eccetto farmaci in mobilità), si è registrato il seguente andamento:



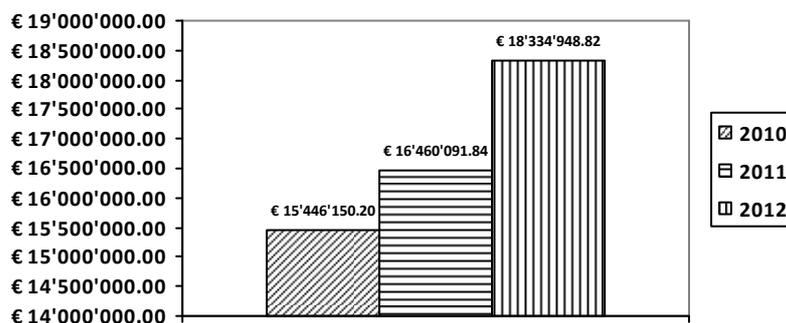
In tale ambito gli scarichi per i soli farmaci ATC (esclusa la mobilità) risultano essere:

andamento scarichi farmaci ATC esclusa la mobilità



Agli scarichi di farmaci ATC indicati, si devono aggiungere quelli determinati dalla dispensazione a cittadini non ricoverati che risultano così rappresentati:

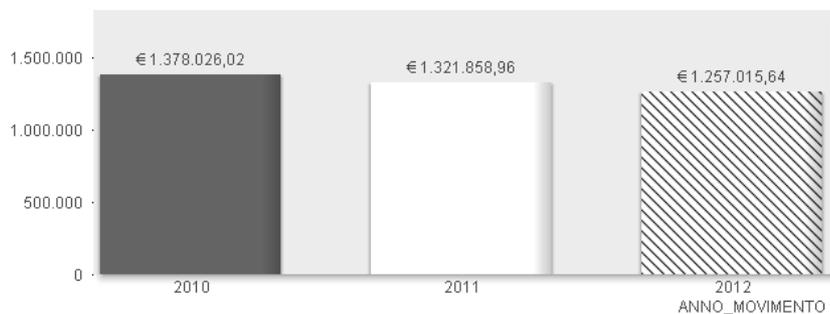
Totale scarichi per cittadini non ricoverati



Con un incremento di quest'ultima voce pari al 10.24% rispetto al 2011

L'andamento dei costi per acquisto di beni non sanitari è il seguente:

andamento scarichi per beni non sanitari



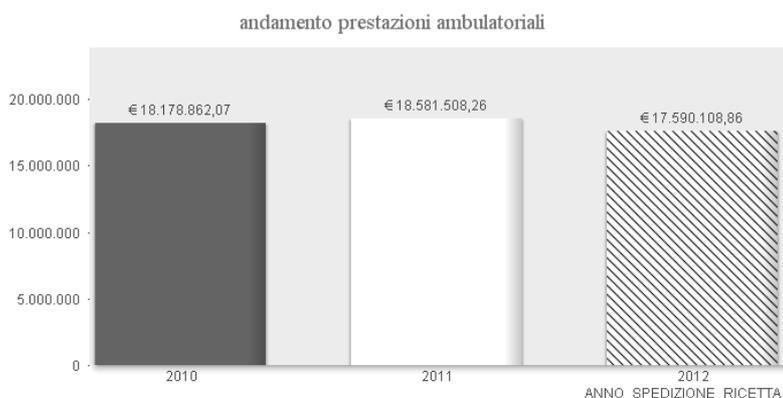
tali scarichi hanno interessato i vari dipartimenti secondo la tabella che segue:

DIPARTIMENTO_MAGAZ	D I	2010	2011	2012
-		- € 12.560,65	- € 6.175,38	- € 3.118,07
010000 Dipartimento Gestioni Strategiche Gen...		- € 91.912,85	- € 73.859,98	- € 81.295,58
020000 Dipartimento Gestioni funzionali e ope...		- € 314.409,00	- € 339.455,43	- € 153.125,63
030000 Dipartimento di Emergenza e Urgenza		- € 127.638,09	- € 104.523,16	- € 113.758,50
040000 Dipartimento materno -infantile		- € 95.772,17	- € 79.603,12	- € 95.040,25
050000 Dipartimento Medicina generale		- € 60.745,61	- € 55.987,48	- € 64.155,72
060000 Dipartimento di medicina specialistica		- € 21.000,61	- € 26.497,22	- € 24.448,10
070000 Dipartimento Neuroscienze		- € 56.146,52	- € 59.127,48	- € 61.912,49
080000 dipartimento Broncopneumologico		- € 59.421,65	- € 48.357,44	- € 48.016,34
090000 Dipartimento Onco - Ematologico		- € 32.544,27	- € 40.259,41	- € 53.293,45
100000 Dipartimento Chirurgia generale e gas...		- € 48.507,69	- € 46.679,94	- € 51.173,32
110000 Dipartimento di Chirurgia Specialistica		- € 62.911,68	- € 69.848,76	- € 80.473,80
120000 Dipartimento Patologia clinica		- € 82.334,70	- € 81.561,61	- € 97.227,34
130000 Dipartimento Diagnostica per Immagini		- € 63.249,90	- € 55.728,41	- € 73.661,28
140000 Dipartimento nefro - Urologico		- € 72.564,69	- € 63.123,12	- € 68.412,42
150000 Dipartimento Cardiologico		- € 87.869,25	- € 70.843,23	- € 97.745,03
160000 Dipartimento Supporto attività sanitaria		- € 41.565,82	- € 51.828,13	- € 41.242,71
170000 Altra Aggregazione		- € 46.870,87	- € 48.399,64	- € 48.915,60

PRODUZIONE

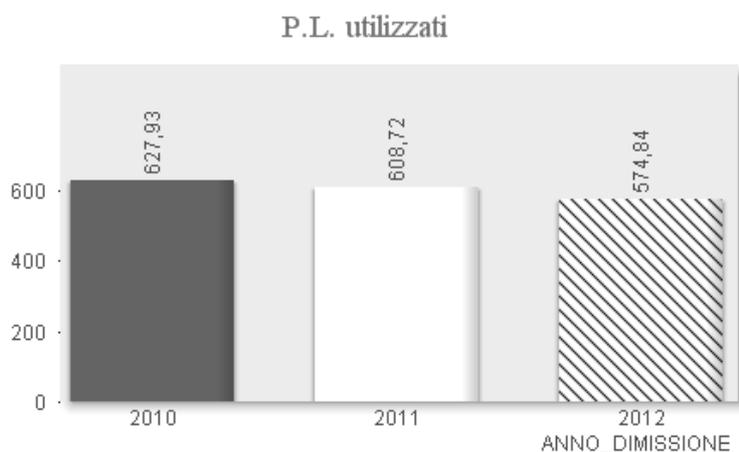
Ambulatoriale

Dall'analisi relativa ai primi nove mesi di ciascun anno, si registra una flessione della produzione per attività ambulatoriale.



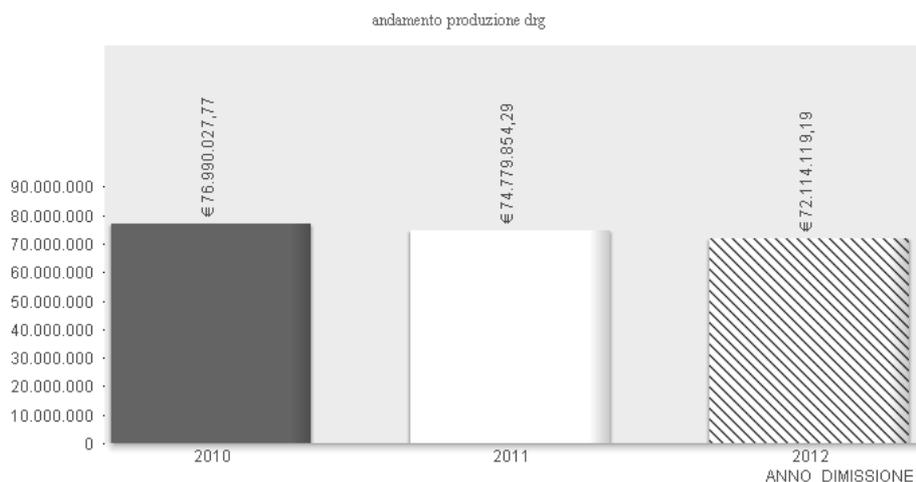
Ricoveri

La produzione al netto delle sdo mancanti e sulla quale d'ora in poi si baseranno tutti gli indicatori, si è determinata con l'utilizzo di un numero di posti letto effettivo sui nove mesi, riportato nel seguente grafico:



Continua a registrarsi un decremento dei posti letto effettivamente utilizzati.

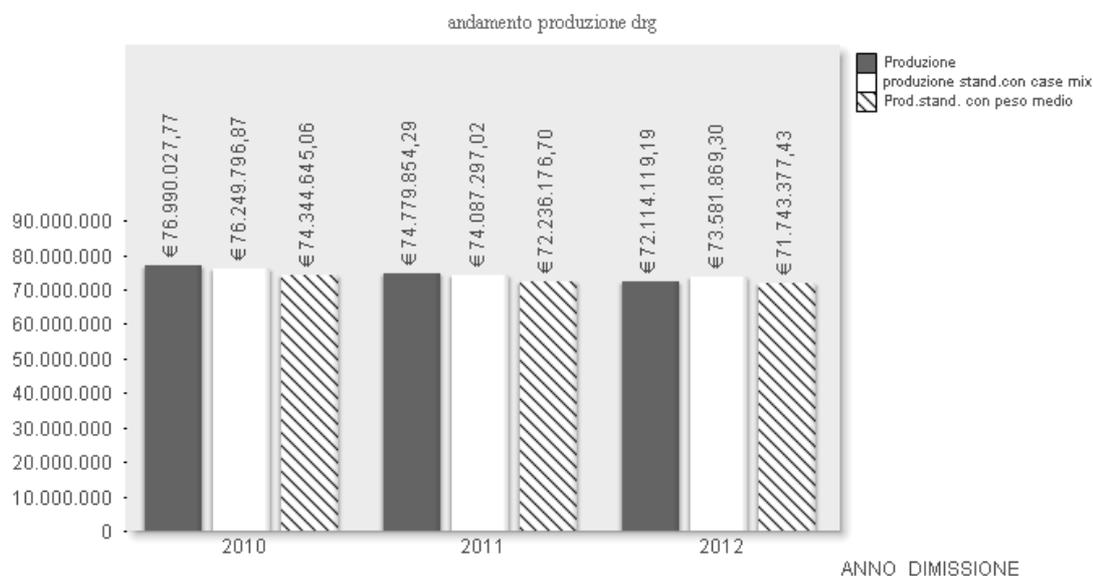
La produzione per drg ordinari, al netto delle sdo mancanti risulta essere:



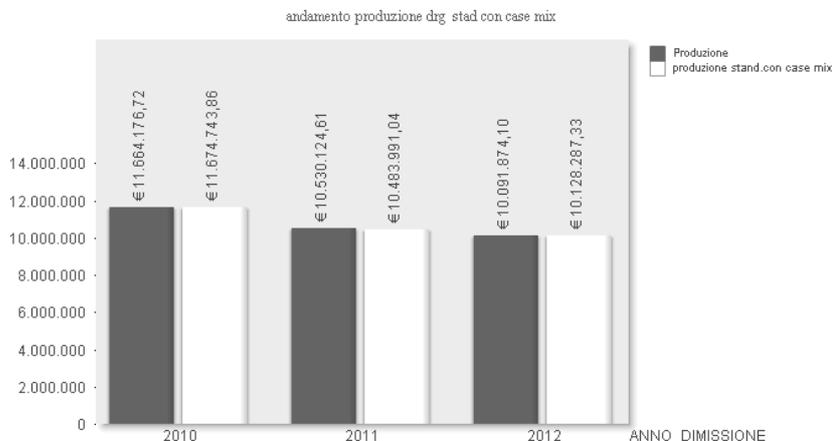
L'Andamento della produzione registrata per aggregazioni dipartimentali risulta essere:

DIPARTIMENTO_DIM	2010	2011	2012
-	€ 19.264,36	-	-
140000 Dipartimento nefro - Urologico	€ 3.905.282,05	€ 3.937.677,01	€ 3.864.354,54
080000 dipartimento Broncopneumologico	€ 5.457.559,02	€ 4.601.808,73	€ 4.526.270,94
100000 Dipartimento Chirurgia generale e gastroenterologia	€ 4.240.456,42	€ 3.965.934,21	€ 3.696.730,14
090000 Dipartimento Onco - Ematologico	€ 1.722.779,66	€ 1.727.177,40	€ 1.856.994,15
110000 Dipartimento di Chirurgia Specialistica	€ 3.056.729,88	€ 3.124.530,50	€ 3.009.404,63
070000 Dipartimento Neuroscienze	€ 6.868.249,84	€ 6.730.507,65	€ 6.553.818,68
040000 Dipartimento materno -infantile	€ 8.364.618,42	€ 8.052.632,47	€ 8.021.555,77
060000 Dipartimento di medicina specialistica	€ 2.036.552,91	€ 2.112.472,81	€ 2.113.721,00
150000 Dipartimento Cardiologico	€ 5.658.470,03	€ 5.297.757,75	€ 5.188.602,82
050000 Dipartimento Medicina generale	€ 6.291.080,58	€ 5.214.042,64	€ 4.768.143,33
030000 Dipartimento di Emergenza e Urgenza	€ 5.309.751,15	€ 6.430.410,84	€ 6.557.921,56

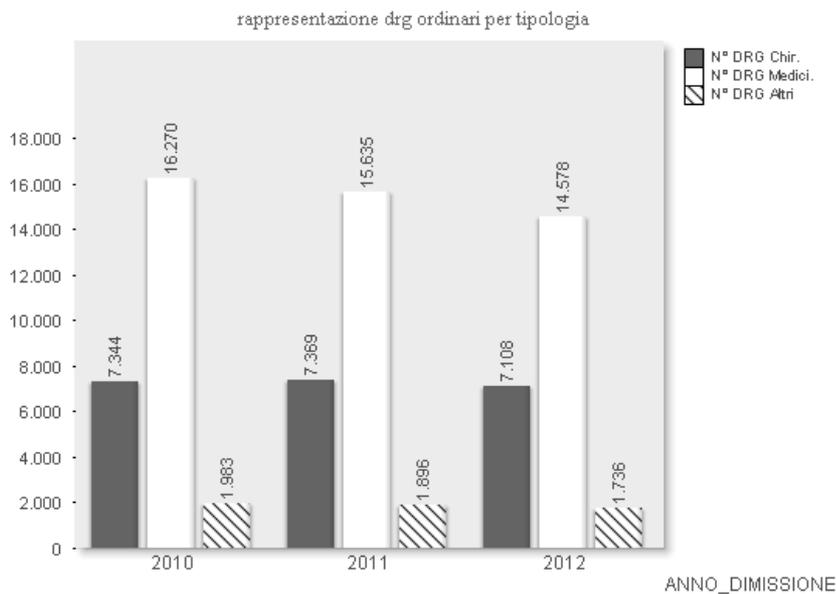
Si rappresenta, nel grafico che segue, la stessa produzione rettificata con l'indice di case mix e con il peso medio dei drg.



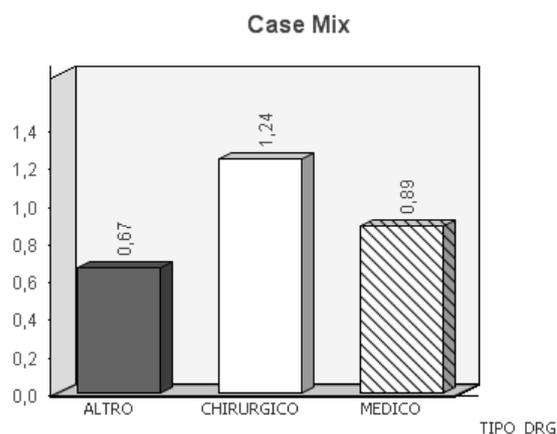
La produzione di inappropriatezze continua a far registrare un trend in diminuzione. Si riporta di seguito la rappresentazione grafica sia della produzione tout court che di quella rapportata al case mix:



Il numero di dimissioni ordinarie si scompone tra drg medici, chirurgici e altri, secondo il seguente grafico:



Il case mix, per il periodo considerato, presenta il seguente andamento:

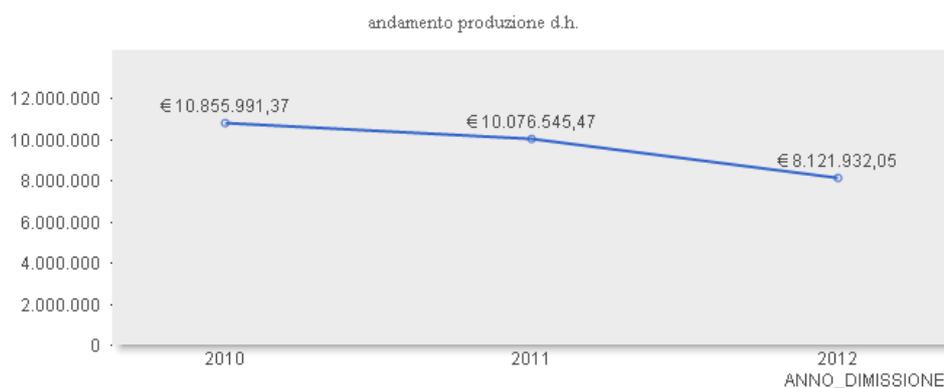


L'attività è stata garantita a pazienti appartenenti alle seguenti fasce di età:

ANNO_DIMISSIONE	2010		2011		2012	
	N° Dimissioni	Tariffe	N° Dimissioni	Tariffe	N° Dimissioni	Tariffe
TOTALE	25.597	€ 76.990.027,77	24.900	€ 74.779.854,29	23.422	€ 72.114.119,19
Da 0 a 1 anno	2.495	€ 4.225.690,76	2.438	€ 4.050.204,11	2.217	€ 3.793.404,03
Da 1 a 4 anni	860	€ 1.496.362,00	851	€ 1.492.918,89	843	€ 1.507.949,74
Da 5 a 14 anni	1.352	€ 2.752.344,43	1.274	€ 2.555.165,27	1.075	€ 2.184.693,32
Da 15 a 24 anni	1.628	€ 3.633.513,56	1.517	€ 3.280.649,38	1.493	€ 3.316.000,44
Da 25 a 44 anni	5.293	€ 12.711.672,62	5.013	€ 11.747.468,34	4.804	€ 11.296.061,65
Da 45 a 64 anni	5.071	€ 17.341.847,79	4.980	€ 17.395.774,05	4.407	€ 15.368.179,80
Da 65 a 74 anni	3.444	€ 13.558.874,83	3.467	€ 13.173.535,82	3.313	€ 13.203.374,43
Oltre i 75 anni	5.454	€ 21.269.721,78	5.360	€ 21.084.138,43	5.270	€ 21.444.455,78

Day Hospital

La produzione di d.h. presenta l'andamento riportato nel grafico che segue:



La stessa produzione ha interessato le sotto elencate fasce di età:

ANNO_DIMISSIONE	2010		2011		2012	
Fascia Età	N° Dimissioni	Tariffe	N° Dimissioni	Tariffe	N° Dimissioni	Tariffe
Totale	14.446	€ 10.855.991,37	13.330	€ 10.076.545,47	11.141	€ 8.121.932,05
Da 0 a 1 anno	143	€ 96.611,87	119	€ 73.962,50	83	€ 61.124,55
Da 1 a 4 anni	403	€ 374.901,53	378	€ 353.459,32	280	€ 239.568,17
Da 5 a 14 anni	1.107	€ 519.820,46	1.066	€ 551.226,61	731	€ 392.928,78
Da 15 a 24 anni	1.100	€ 808.775,06	936	€ 666.728,13	827	€ 609.828,86
Da 25 a 44 anni	3.441	€ 2.412.436,11	2.901	€ 2.094.258,41	2.502	€ 1.803.102,15
Da 45 a 64 anni	4.223	€ 2.972.030,25	4.033	€ 2.867.438,81	3.260	€ 2.116.405,52
Da 65 a 74 anni	2.270	€ 1.973.815,71	2.126	€ 1.839.643,01	1.821	€ 1.463.388,52
Oltre i 75 anni	1.759	€ 1.697.600,38	1.771	€ 1.629.828,68	1.637	€ 1.435.585,50

Il Direttore Generale
Dott. Tommaso Moretti