



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

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

N. 587 del 23 ottobre 2020

OGGETTO

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020/2022 - RIMODULAZIONE anno 2020

Struttura Proponente	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
Documenti integranti il provvedimento:	
Descrizione Allegato	n. pag. 15
All. A - Piano delle Performance 2020/2022 - Rimodulazione 2020	
All. B - Piano degli obiettivi, indicatori e target anno 2020 rimodulato	
<input type="checkbox"/> Dichiarazione di immediata esecutività	

Spese previste	
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	

Strutture destinatarie dell'atto per conoscenza

<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input checked="" type="checkbox"/> Affari Generali e Privacy	<input checked="" type="checkbox"/> Economico-Finanziario
<input checked="" type="checkbox"/> Gestione del Patrimonio	<input type="checkbox"/> Gestione Risorse Umane
<input type="checkbox"/> Controllo di Gestione	<input type="checkbox"/> Gestione Tecnica
<input type="checkbox"/> CUP e ALPI	<input type="checkbox"/> Manutenzione, Ingegneria Clinica e SPP
<input type="checkbox"/> Burocratico Legale	<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Formazione	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

La presente Determinazione, tenuto conto delle fonti normative relative alla disciplina della privacy ovvero della tipologia degli atti allegati, è pubblicata con le seguenti modalità:

- solo frontespizio
- integrale
- solo determinazione



Visto il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, aggiornato dal D. lgs. 74/2017, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, ed in particolare:

- l'art. 4 in cui si richiede che le Amministrazioni Pubbliche sviluppino, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance specificandone le varie fasi;
- l'art. 10 che prevede che le aziende pubbliche redigano annualmente “un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori”;

Dato atto che il Piano della Performance è lo strumento con il quale si dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto attraverso questo documento programmatico di durata triennale, l'Azienda individua obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;

Rilevato che con deliberazione del DG n. 341/2019 questa Azienda si è dotata del regolamento sul funzionamento del sistema di misurazione e valutazione delle performance, valido ai fini della corresponsione del risultato;

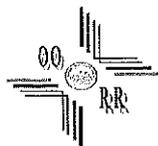
Considerato che la Direzione Aziendale con deliberazione n. 64 del 31/01/2020 ha approvato, ai sensi dell'art. 10 del D. lgs 150/2009, il Piano Triennale della Performance 2020-2022” che, in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio:

- 1) indica gli obiettivi strategici/operativi per il triennio 2020-2022;
- 2) definisce gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'Azienda;

Considerato, altresì, **che** la Direzione Aziendale, anche per il tramite del Comitato di Budget e con il supporto della Struttura Programmazione e Controllo di Gestione, in aderenza a quanto previsto dal regolamento sul funzionamento del sistema di misurazione e valutazione delle performance, ha avviato sin dall'inizio dell'anno 2020 il processo di budget, ma che, a seguito della pandemia COVID-19, è stata costretta ad interrompere nella fase immediatamente precedente a quella della negoziazione degli obiettivi operativi con le singole strutture aziendali;

Atteso che a seguito dell'insorgere dell'emergenza legata alla pandemia Covid 19, tuttora in corso, l'Azienda ha rivisto la sua azione complessiva ed in generale la strategia con un'ottica che si sostanzia in: “concorrere alla realizzazione di percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena funzionalità delle “**Direttive aziendali COVID-19**”, queste ultime riassunte in un unico “Documento dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri Covid-19”, adottato con DDG n. 320 del 25 maggio 2020;

Ritenuto, pertanto, necessario procedere alla rimodulazione del predetto Piano approvato con deliberazione del DG n. 64/2020, ai fini di renderlo più aderente all'attuale situazione e alle modalità lavorative dei dirigenti e dei dipendenti tutti, adeguando gli obiettivi in esso contenuti alle esigenze aziendali previsionali, per l'anno 2020, così come risulta dagli Allegati A e B al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;



Preso atto di quanto espresso dall'Organismo Indipendente di Valutazione nella riunione del 25 ottobre u.s. sulla rimodulazione del Piano triennale della Performance per la parte relativa all'anno 2020;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di rispettiva competenza;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate,

- 1) di approvare, a modifica e rimodulazione del Piano della Performance 2020 adottato con deliberazione del DG n. 64/2020, l'adeguamento degli obiettivi strategici, indicatori e target come riportati nell'allegato "B" al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- 2) Di dare mandato alla competente Struttura Programmazione e Controllo di Gestione di adeguare gli obiettivi operativi delle singole strutture alle priorità aziendali derivanti dall'assetto strategico emergenziale e come rimodulate nel Piano Performance 2020, sentiti i direttori di dipartimento e i responsabili delle Aree e delle Strutture di Staff, i quali a cascata renderanno partecipi degli obiettivi operativi così rimodulati le strutture a loro sotto ordinate;
- 3) Di confermare che quanto contenuto nel Piano triennale delle Performance rimodulato, approvato con il presente atto, costituisce specifica direttiva aziendale nei confronti di tutti gli operatori i quali dovranno uniformare la propria attività al raggiungimento degli obiettivi generali e operativi contenuti nel piano stesso, anche ai fini della successiva valutazione della Performance Organizzativa ed Individuale
- 4) Di disporre che lo stesso documento sia pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente - Performance" del sito aziendale;
- 5) Di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture e delle Aree aziendali e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

Programmazione e Controllo di Gestione

L'Istruttore

Rag. Annamaria Petrone

Programmazione e Controllo di Gestione

Il Dirigente proponente

dott.ssa M. Loreta Notarangelo

Il Direttore Sanitario
dott. Franco Angelo Mezzadri

Il Direttore Amministrativo
dott. Michele Ametta

Il Direttore Generale
dott. Vitangelo Dattoli



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero - Universitaria
F O G G I A

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

Foggia, 23 OTT 2020

IL FUNZIONARIO ADDETTO
Vincenzo Sabatino

Piano della Performance 2020-2022 approvato con DDG n. 64/2020 - Rimodulazione anno 2020 a seguito dell'emergenza sanitaria covid – 19. Allegati A e B

Premessa

Il **Piano della Performance** 2020–2022, approvato con DDG. n. 64 del 31/1/2020 in ottemperanza dell'art. 10 del D. lgs 150/2009, prevedeva l'individuazione di un paniere di **obiettivi di performance organizzativa** che hanno trovato definizione prima dei tragici eventi conseguenti al diffondersi della pandemia scaturita dal Covid-19, pandemia che, come noto, ha comportato un mutamento di scenario epocale in campo sanitario, economico e sociale.

Con l'adozione del suddetto Piano da parte della direzione strategica è stato avviato, in coerenza con le disposizioni normative vigenti, il **Ciclo di Gestione della performance 2020**, ciclo che si conclude con la misurazione e valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché con la verifica dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi assegnati.

La Direzione Aziendale, anche per il tramite del Comitato di Budget e con il supporto della Struttura Programmazione e Controllo di Gestione, in aderenza a quanto previsto dal regolamento sul funzionamento del sistema di misurazione e valutazione delle performance, ha avviato sin dall'inizio dell'anno 2020 il processo di budget, che, a seguito della pandemia COVID-19, è stata costretta ad interrompere nella fase immediatamente precedente a quella della negoziazione degli obiettivi operativi con le singole strutture aziendali.

La risposta del Policlinico Riuniti alla pandemia

L'escalation dell'emergenza legata alla pandemia COVID – 19 nel territorio, regionale e provinciale, ha fin da subito coinvolto (e sconvolto) l'Azienda ospedaliero universitaria di Foggia.

Il Policlinico Riuniti ha svolto la propria funzione di presidio ospedaliero e di primo avamposto contro il propagarsi del contagio nella popolazione attuando una serie di percorsi nuovi ed emergenziali che hanno interessato interamente l'Azienda in ogni sua componente. La risposta ospedaliera alla crisi pandemica, tra l'altro ancora in atto, è stata celere ed adeguata, ed ha funzionato attraverso una serie di direttive emanate dalla Direzione strategica, di concerto con la *Task Force* Aziendale istituita il 23.03.2020.

In particolare, il Policlinico, durante l'epidemia, è diventato il punto di riferimento provinciale per l'esecuzione delle indagini diagnostiche e la sorveglianza sanitaria che, all'interno dell'Azienda, hanno richiesto rilevanti politiche per la gestione del personale

e di acquisizione di ulteriore materiale sanitario; un esempio su tutti è rappresentato dalla Struttura di Microbiologia che:

- a) è stata individuata per l'esecuzione dei test anche per le strutture della Asl di Foggia e, nella fase iniziale, per l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.
- b) alimenta, attraverso un lavoro di cooperazione regionale e nazionale, il sistema informativo regionale per la gestione dell'emergenza Covid 19 e il sistema informativo ISS.

Durante le varie fasi della Pandemia, la Direzione aziendale ha scelto di operare strategicamente in modalità differenti, in modo da contenere in un primo momento la fase acuta e, in un secondo momento, governare la fase di convivenza dell'emergenza. Pertanto, la risposta ospedaliera all'epidemia è stata flessibile ed ha tenuto conto dei seguenti elementi modulari:

- offerta dei posti letto modulata sulla base di un modello flessibile, per livelli di attivazione progressivi, in proporzione alla evoluzione del quadro epidemiologico;
- accettazione del paziente eseguita in base ad un'accurata selezione, discriminando i casi sospetti da quelli da inserire in un percorso ordinario di cure;
- separazione delle aree COVID da quelle NO COVID fin dall'accesso del Policlinico di Foggia;
- offerta ospedaliera graduata sulla base della gravità dell'infezione in modo da rispondere ai diversi "fenotipi" di pazienti affetti da COVID-19;

2

La riorganizzazione attuata dal Policlinico per fronteggiare l'emergenza sanitaria è avvenuta seguendo quattro linee di gestione del fenomeno, di seguito sintetizzate:

Prima Linea: Pronto Soccorso, gestione del caso sospetto:

- Installazione di una tenda "pre-triage" all'esterno del PS per l'accoglienza e il monitoraggio dei casi sospetti;
- I livello e II livello di attuazione per il trattamento dei pazienti "presunti Covid" arrivati al Pronto Soccorso, accolti e visitati dal personale medico del Policlinico e ricoverati nella struttura sulla base della gravità della patologia.

Seconda linea: Reparti per acuti a media intensità assistenziale e Reparti di Terapia Intensiva:

- Sono stati destinati tre stabilimenti ospedalieri ai pazienti affetti da patologie Covid: il Plesso D'Avanzo, interamente dedicato al Covid; il plesso "Malattie Infettive" e il "Corpo H" e sono stati aggiunti ulteriori posti letto nel percorso Chirurgico, Ostetrico, Psichiatrico e Nefrourologico, attivando in tutti i reparti di degenza sopra citati 37 posti letto complessivi;
- Il reparto di Terapia intensiva con l'attivazione dei protocolli "RIA", da uno score iniziale di 3 posti letto dedicati, ha registrato l'attivazione complessiva di 33 posti letto esclusivamente riservati ai pazienti affetti da Covid al fine di poter fruire

sempre, in caso di necessità, dei posti attivati idonei a tornare fruibili in uno scenario futuro mutevole;

Terza linea: “Area grigia”, Osservazione – Medicina d’urgenza, Degenza post-acuzie

- È stata definita un’ “area grigia” ubicata al terzo piano del “Terzo lotto” destinata ai pazienti che, nonostante l’esito negativo del test del tampone, presentavano un quadro clinico tale da presupporre un’infezione da Covid in atto, per i quali vi era bisogno di un ulteriore accertamento clinico. All’interno dell’Area Grigia nella quale sono attivati 14 posti letto, il personale sanitario utilizza tutti i DPI delle aree di degenza Covid;
- Per evitare la sovrapposizione di casi sospetti Covid con altre patologie similari, è stata allestita un’Area di Osservazione, a gestione del Pronto Soccorso con 8 posti letto in stanza singola per i casi sospetti in attesa di definizione diagnostica.

Quarta linea: Rimodulazione funzionale ed organizzativa dell’offerta assistenziale per acuti, Sorveglianza post Covid 19

- Per fronteggiare la possibile *positivizzazione tardiva* di soggetti con esiti da test tampone negativo sono stati attivati reparti di area grigia a conduzione delle discipline di medicina specialistica per pazienti provenienti sia da Area No Covid del PS, sia per pazienti provenienti da area Covid del PS con tampone negativo. In questi reparti, dove sono stati attivati 27 posti letto, il personale sanitario utilizza tutti i DPI delle aree di degenza Covid; è stata inoltre istituita la funzione di “Ortogeriatria” e sorveglianza post Covid.

3

Un **riassetto complessivo** dell’Azienda, dunque, che ha previsto inoltre le seguenti **azioni** alcune delle quali imposte da norme nazionali e regionali:

- ✓ blocco di tutti i ricoveri programmati e riorganizzazione dell’attività ambulatoriale, salvo quella indifferibile e urgente;
- ✓ sospensione delle attività di tirocinio, frequenze, volontariato, convegni e corsi di formazione;
- ✓ intensa attività di manutenzione strutturale e di ammodernamento degli accessi ai reparti;
- ✓ individuazione di percorsi assistenziali relativi a determinate discipline o particolari categorie di pazienti al fine di garantire l’aggregazione delle degenze e di orientare le discipline indirizzate alla chirurgia di elezione con individuazione di percorsi chirurgici per i pazienti Covid;
- ✓ riorganizzazione dell’attività di vigilanza e obbligatoria misurazione della temperatura corporea all’ingresso del Policlinico e contingentamento degli accessi ai reparti;
- ✓ radiodiagnostica: definizione dei reparti Covid e Covid free, al fine di tutelare pazienti e operatori sanitari;
- ✓ pazienti in stato di detenzione: individuazione dei percorsi Covid dedicati;
- ✓ pazienti psichiatrici; individuazione di area di degenza protetta per tutelare la loro particolare situazione;

- ✓ Urologia e Dialisi: individuazione percorso per pazienti dializzati affetti da Covid e triage telefonico il giorno prima dell'accesso programmato;
- ✓ utilizzo di nuove tecnologie e della telemedicina Attivazione di un ambulatorio virtuale per i pazienti affetti da patologie croniche con la pandemia Covid hanno indotto;
- ✓ Ricerca: l'Azienda ha avviato con autorizzazione del Comitato Etico Area 1, presso la SC Anestesia e Rianimazione, la sperimentazione clinica sull'utilizzo dell'Ozono come adiuvante nel trattamento dei casi Covid 19, il protocollo dell'immunoterapia con plasma raccolto dai pazienti Covid 19.

Ulteriori importanti azioni sono state poste in essere per garantire la salubrità della struttura e del personale sanitario, tecnico e amministrativo del Policlinico di Foggia e di cui si è tenuto conto per ridefinire gli obiettivi generali e specifici e i relativi indicatori e valori target atti a misurare, in ultima analisi, la performance organizzativa del Azienda nel suo complesso:

- al fine di tutelare i pazienti, i dipendenti e gli operatori sanitari, è stato prescritto ed effettuato il test sierologico a tutti i dipendenti del Policlinico e alle società in appalto dell'Azienda, attivando, in caso di positività, di contagio o esposizione al COVID da parte dei sanitari, di protocolli atti ad allontanare e, in un secondo momento, riammettere i dipendenti in servizio;
- per il monitoraggio della gestione dei flussi informativi COVID 19, è stato istituito presso il COGE un "ufficio gestione flussi COVID", attivo h24 e specificatamente dedicato all'inserimento dei dati relativi all'epidemia;
- per tutelare il personale dipendente del Policlinico sono stati attivati tutti gli strumenti necessari per garantire la sicurezza degli operatori quali ferie, congedi, congedi straordinari, "lavoro agile", e contingentato l'afflusso in sede del personale amministrativo;
- per l'emergenza epidemiologica è stato reclutato ulteriore personale sanitario e professionale e sono state autorizzate turnazioni differenti in vari reparti;
- l'Azienda, in coerenza alle disposizioni nazionali e regionali che prevedono l'acquisto dei DPI per il personale, ha individuato i dipendenti responsabili della custodia degli stessi ed emanato direttive specifiche sul loro uso individuando le aree di rischio ed indicando le quote di dotazioni da destinare a ciascuna struttura;
- sono stati istituiti protocolli sull'utilizzo dei DPI e la vestizione degli operatori sanitari impegnati in prima linea, anche attraverso la FAD per i dipendenti coinvolti.

4

Va, inoltre, considerato che le esigenze di rapido adeguamento dell'offerta di servizi alla repentina variazione del quadro epidemiologico ha imposto l'implementazione della dotazione dei dispositivi multifunzionali, attuata attraverso l'interazione tra clinici, Area Patrimonio e Direzione Sanitaria per l'acquisto di ulteriori beni e servizi.

Occorre evidenziare anche come la crisi derivante dall'evento pandemico ha rappresentato un'occasione per imprimere un'accelerazione alle innovazioni tecnologiche del Policlinico Riuniti di Foggia quali, ad esempio: l'utilizzo UV a luce pulsata Xenon per la disinfezione e funzione vermicida degli ambienti, l'implementazione dei sistemi di "Telecardiologia" e sistemi per l'uso telematico dei dati per il monitoraggio predittivo mediante score di gravità nei reparti acuti.

Dall'inizio della emergenza sanitaria da Coronavirus ad oggi sono state emanate **381 direttive aziendali**, attraverso cui la direzione strategica ha dato attuazione alle linee guida ministeriali e regionali che si sono susseguite realizzando uno specifico modello organizzativo. Con DDG n. 320 del 25 maggio 2020 "Adozione del Documento dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri Covid-19" sono state riassunte e dettagliate in un unico documento tutti i percorsi assistenziali intrapresi dal Policlinico Riuniti di Foggia e formalizzati nelle suddette direttive aziendali, a cui si rinvia per gli opportuni approfondimenti.

La rimodulazione della performance organizzativa

L'impatto della straordinaria emergenza Covid che si è venuta a creare e le condizioni mutevoli del contesto operativo sia interno che esterno hanno costituito e costituiscono uno stress test importante e continuativo ed hanno, come visto, impattato in maniera determinante sulla strategia aziendale.

Si è reso, pertanto, necessario per l'anno 2020 un profondo ripensamento delle modalità di misurazione e valutazione della performance, a cui ogni Ente è tenuta, con riferimento *all'amministrazione nel suo complesso e alle unità organizzative in cui si articola per il miglioramento della qualità dei servizi offerti, per la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.*

Nello specifico, di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, riunitosi sull'argomento in data 15 ottobre u.s., si è proceduto al monitoraggio dei principali dati di attività e ad una sostanziale rimodulazione del Piano triennale della Performance per la parte relativa all'anno 2020, attesa la sua natura di strumento con il quale l'Amministrazione formalizza il ciclo di gestione della performance, ciclo che in ogni caso si conclude con la misurazione e valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché con la verifica dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi assegnati.

Per stabilire gli obiettivi da rimodulare, quelli "non attuabili" e i nuovi obiettivi, i relativi indicatori e i valori target, atti a misurare, in ultima analisi, la performance organizzativa del Policlinico Riuniti nel 2020, innanzitutto è stato considerato trasversale all'azione complessiva dell'azienda e quindi fattore comune a tutte le strutture sanitarie,

amministrative e tecniche, l'obiettivo *“concorrere alla realizzazione di percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena funzionalità delle “Direttive aziendali COVID-19”.*

In secondo luogo, dato atto che l'emergenza Covid ha avuto un impatto non omogeneo sulle diverse strutture e servizi dell'Azienda, le stesse sono state suddivise in due gruppi, in considerazione del diverso grado di coinvolgimento nella gestione dell'emergenza epidemiologica da coronavirus:

- 1) un **primo gruppo** a cui vanno ricondotte tutte quelle Strutture (CdR), sanitarie e non, coinvolte direttamente e totalmente nelle gestione della pandemia; per queste si ritiene di dover identificare un unico obiettivo generale prioritario, al quale tutti gli altri obiettivi operativi sono riconducibili, e cioè quello di: ***promuovere, sostenere e portare a sistema tutte le attività necessarie per contrastare l'emergenza epidemiologica Covid 19.*** In tali casi le numerose direttive aziendali hanno intercettato ed impattato su tutte le attività della struttura e su ogni risorsa umana, tecnologica ed economica della stessa e, pertanto, il risultato atteso sarà il grado di *compliance*/adeguamento alle direttive aziendali (raggiunto /sufficientemente raggiunto / parzialmente raggiunto / non raggiunto).

La valutazione finale della Performance organizzativa di queste strutture verrà effettuata dalla Direzione Strategica e i direttori e/o dirigenti responsabili dei singoli Centri di Responsabilità presenteranno una relazione accompagnatoria ai Report, le risultanze degli indicatori e delle attività svolte sul campo ed eventualmente rendicontate in altri contesti nel corso del 2020, ivi compreso il lavoro di coordinamento delle attività delle diverse strutture interne aziendali e dei vari enti e aziende del Ssr coinvolti. Rimangono, invece, immutate le regole previste dal Sistema di Misurazione e Valutazione in uso in azienda, di cui alla DDG n. 341/2019, per la valutazione della Performance individuale.

Sono da considerarsi interamente ad obiettivo Covid le seguenti strutture/centri di responsabilità aziendali: il Pronto Soccorso, la Centrale operativa 118, il reparto/servizio di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, i reparti di Malattie Infettive, di Pneumologia, universitaria e ospedaliera, di Endocrinologia e di Epatologia, i servizi di Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia e Radiologia d'Urgenza. La Direzione Sanitaria e le strutture di Igiene Universitaria, Statistica ed epidemiologia, Controllo di Gestione e Farmacia che hanno effettuato il Coordinamento gestionale.

- 2) Un **secondo gruppo**, a cui vanno ricondotte tutte le altre strutture aziendali per le quali lo sconvolgimento da pandemia ha determinato una limitata attività ed in molti casi una riorganizzazione che ha avuto ed avrà nell'anno in corso impatto sui servizi e sulle prestazioni erogate.

Per questi Centri di Responsabilità, alla luce del monitoraggio effettuato sui principali indicatori di attività e di performance, e di concerto con l'OIV che si è riunito in seduta monotematica il 15 ottobre u.s., pur confermando alcuni degli obiettivi inizialmente previsti: i) sono stati rimodulati alcuni target, ii) sono stati inseriti nuovi obiettivi più rispondenti alla situazione emergenziale e iii) sono stati eliminati quelli non più attuabili.

La declinazione degli obiettivi generali, derivanti dall'assetto strategico emergenziale dell'Azienda, in obiettivi operativi avverrà a cura della Struttura Programmazione e Controllo di Gestione, sentiti i Direttori di dipartimento e i responsabili delle Aree e delle strutture di Staff seguendo una strategia che, coerentemente con l'azione svolta ad oggi, si focalizza su un percorso complessivo di **semplificazione** e **razionalizzazione** dei processi e degli obiettivi alla luce delle esperienze maturate sul campo nel corso della gestione dell'emergenza del I semestre.

Nell'**Allegato "B"** sono riportati gli Obiettivi, indicatori e target rimodulati per l'anno 2020 con il parere favorevole dell'OIV.

Allegato B – Piano degli obiettivi, indicatori e target anno 2020 rimodulato

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Target 2020
EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19	Concorrere alla realizzazione dei percorsi finalizzati al contenimento del contagio e alla piena funzionalità delle "Diretive aziendali COVID-19"	[Ind.Int. COVID]	Grado di compliance alle Direttive aziendali COVID-19	Predisposizione relazione/report semestrale
	Indagini diagnostiche e sorveglianza sanitaria	[Ind.Int. COVID]	Esecuzione del test tampone di biologia molecolare, alimentazione del sistema informativo regionale per la gestione dell'emergenza CoViD 19 e il sistema informativo ISS.	Predisposizione relazione/report semestrale
		[Ind.Int. COVID]	Ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19	Predisposizione relazione/report semestrale
		[Ind.Int. COVID]	Monitoraggio epidemiologico per personale interno: prelievo sierologico IgG, Igm, nonché al rientro da periodo di ferie superiore a 10 giorni; disposizione di tamponi naso faringei presso il COGE per rientri da malattia superiori a 5 giorni, ovvero per casi alert segnalati dal dosaggio sierologico	Predisposizione relazione/report semestrale
	Gestione flussi informativi COVID	[Ind.Int. COVID]	Alimentazione sistema informativo regionale per la gestione dell'emergenza CoViD e del sistema ISS e rendicontazione alla Regione Puglia dei costi COVID	100%
	Prevenzione	[Ind.Int. COVID]	Attività di vaccinazione per personale dipendente	adesione al 100%
	Attività di specialistica ambulatoriale - Riattivazione attività sanitarie e accesso alle strutture a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19	[Ind.Int. COVID]	Tempi di attesa e assorbimento delle prestazioni sospese [Ind.Int. COVID]	smaltimento entro novembre 2020 del 100% delle prenotazioni sospese a seguito disposizione regionale
	Tutela degli aspetti sociali e psicologici	[Ind.Int. COVID]	Attivazione di Progetti specifici di welfare ospedaliero e Counseling/sostegno psicologico	Predisposizione relazione/report semestrale
	Adeguamento strutturale ed impiantistico	[Ind.Int. COVID]	numero e rapidità d'interventi di manutenzione e ammodernamento	Predisposizione relazione/report semestrale
	Adeguamento delle risorse umane	[Ind.Int. COVID]	Reclutamento del personale sanitario e determinazione dei contingenti di riserva del personale	Predisposizione relazione/report semestrale

EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19	Applicazione degli strumenti del lavoro agile (DPCM 9/03/2020)	[Ind.Int. COVID]	Attivazione ed utilizzo del lavoro agile per il personale dipendente	Predisposizione relazione/report semestrale
	Innovazioni Tecnologiche	[Ind.Int. COVID]	Sistema di Telecardiologia, Attivazione di ambulatori virtuali per i pazienti affetti da patologie croniche	Predisposizione relazione/report semestrale
	Tempestiva acquisizione di beni e servizi	[Ind.Int. COVID]	Costituzione di un team dedicato e adozione di procedure rapide e concrete seguendo uno specifico iter semplificato	Predisposizione relazione/report semestrale
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	[Ind. MES C4.13]	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA) [Ind. MES C4.13]	<=15%
		[Ind.Int. 01]	% di trasferimento DRG LEA in altro setting assistenziale [Ind.Int. 01]	>=70%
		[Ind. MES C4.1.1]	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%
		[Ind. MESC3]	Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. MESC3]	<2gg
		[Ind. MES C36.1]	Percentuale prostatectomie computer-assistite [Ind. MES C36.1]	40% (valore medio regionale)
		[Ind. MES C5.3]	Percentuale di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%
		[Ind. PNE302]	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	>=70%
	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	[Ind. MES C7.1 - PNE37]	% Parti cesarei depurati - NTSV - [Ind. MES C7.1 - PNE37]	<=25%
		[Ind. MES C7.3]	% Episiotomie depurate - NTSV - [Ind. MES C7.3]	<=25%
		[Ind. MES C7.6]	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	<5%
	Miglioramento qualità di processo	[Ind. MES C5.2 - PNE420]	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	>=70%
		[Ind. MES C5.12]	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticcate [Ind. MES C5.12]	>=90%
		[Ind. PNE68]	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	<3
		[Ind. PNE6]	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%
		[Ind. MES C10c]	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg
		[Ind. Mes C10.4.1]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella [Ind. Mes C10.4.1]	<=26gg
		[Ind. Mes C10.4.2]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata [Ind. Mes C10.4.2]	<=45gg
	[Ind. Mes C10.4.3]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon [Ind. Mes C10.4.3]	<=15gg	

APPROPRIATEZZA E QUALITA'		[Ind. Mes C10.4.4]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto [Ind. Mes C10.4.4]	<=15gg
		[Ind. Mes C10.4.5]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [Ind. Mes C10.4.5]	<=25gg
		[Ind. Mes C10.4.6]	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [Ind. Mes C10.4.6]	<=25gg
	Complessità della casistica trattata	[Ind. MES C1.5]	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	>=1
	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	[Ind.Int. 20]	Tempi di attesa secondo PNLA [Ind.Int. 20]	U=3gg B=10gg
	Adozione di specifici percorsi di patologia mediante predisposizione di PDTA/Procedure condivise	[Ind.Int. 23]	Definizione di PDTA/Procedure Condivise [Ind.Int. 23]	Adozione
	Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utenza che presenta bisogni complessi e necessita di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali	DSM1	Definizione di procedura /PDTA con criteri di valutazione diagnostica e definizione di PT1	Stesura
	Controllo e verifica dei requisiti previsti dalla legge per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori	DSM4	Verifica documentale di tutte le condizioni previste per l'effettuazione di un TSO	Evidenza documentale
	Acquisizione documentale delle comunicazioni ai parenti prossimi o agli esercenti la potestà dei soggetti ricoverati o affidati a strutture riabilitative che consenta un consapevole coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico individualizzato	DSM5	Acquisizione di nota informativa sottoscritta dagli esercenti la potestà del paziente	Evidenza documentale
	Progetto Regionale CIAO	DSM6	Riduzione del numero di contenzioni/anno	<=anno precedente
		DSM7	Monitoraggio numero di pazienti contenuti (evitare i contenziosi ripetuti)	<=anno precedente
	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	[Ind.Int. 117]	Procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza	Utilizzo in tre reparti ad alto rischio
	Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso (ind. MES C16.11)	Ind. MES C16.11	Intervallo	Tendenziale allineamento valore medio regionale (18 min.)

ASSISTENZA FARMACEUTICA	DGR 1188/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologia Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche	Ind. Int. 156 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci immunomodulatori a minor costo a base del p.a. Adalimumab, Etanercept ed Infliximac sul consumo totale (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>=50% sul consumo totale
	DRG 356/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici ad alto costo a base di Rituximab e Trastuzumab.	Ind. Int. 157 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Rituximab e Trastuzumab sul consumo totale degli stessi p.a. (in termini di unità posologiche/confezioni e valore economico)	>= 70% sul consumo totale
	DGR 2198/2016 - DGR 699/2017 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ATC L03AA - Fattori di Stimolazione le Colonie	Ind. Int. 158 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci biosimilari a base di Fattori di Stimolazione le Colonie sul consumo totale dei farmaci della categoria ATC L03AA (in termini di unità posologiche e valore economico).	> 85%
	DGR 1088/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnolog. ad alto costo a base di EPOETINE (ATC B03XA01 - 02 - 03).	Ind. Int. 159 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Eritropoetine sul consumo totale delle categorie ATC B03XA01-02-03 (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 80% sul consumo totale
	DGR 276/2019 - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci biotecnologici a base di Somatropina	Ind. Int. 160 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Somatropina sul consumo totale dello stesso p.a. (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 70%
	DGR 216/2014 - Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva dei farmaci biotecnol.	Ind. Int. 161 (**)	% di prescrizione per consumo interno ospedaliero e dispensazione territoriale dei farmaci a basso costo a base di Follitropina sul consumo totale (in termini di unità posologiche e valore economico).	>= 50% sul consumo totale
	Uso dei farmaci intravitreali per il trattamento della Degeneraz. maculare correl. all'età (AMD) e dell' Edema maculare diabetico (DME)	Ind. Int. 162	Procedura di prescrizione e allestimento	Definizione della procedura di prescrizione con la struttura Farmacia entro il 30/03/2020
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 163	% delle DDD di ciascuna categoria ATC rispetto al 2019 per le seguenti cat.: ATC J01CR Associaz. di Penicilline, inclusi gli inibitori delle betalattamasi, J01DD Cefalosporine di 3a generaz., J01FA MACROLIDI, J01MA FLUOROCHINOLONI.	riduzione del 20% rispetto al 2019
	DGR 2198/2016 - Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi).	Ind. Int. 164	Riduzione del 20% della spesa totale di antibiotici rispetto all'anno precedente	riduzione del 20% anno 2019

ASSISTENZA FARMACEUTICA	Aderenza della procedura aziendale di antibiotico profilassi	Ind. Int. 165	Numero di tipologie di non conformità segnalate	<20% del totale prescritto
	Redazione dei piani Terapeutici attraverso il SIR EDOTTO	Ind. Int. 166	% dei Piani Terapeutici informatizzati	>90% del totale
	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il SIR EDOTTO	Ind. Int. 167	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	>90% del totale
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 168	Riduzione spesa Farmaci rispetto all'anno precedente per le Strutture con l'obiettivo di incremento della prescrizione di biosimilari	riduzione 20% spesa farmaceutica
	Rispetto dei tetti di spesa farmaceutica	Ind. Int. 169	Riduzione spesa Farmaci rispetto all'anno precedente per tutte le altre Strutture	riduzione 10% spesa farmaceutica
ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 11 (*)]	Valore FARMACI per Punto DRG [Ind.Int. 11 (*)]	In miglioramento sul dato storico
	Efficienza Uso Risorse	[Ind.Int. 13]	Valore DIAGNOSTICI per Prestazione [Ind.Int. 13]	In miglioramento sul dato storico
	Tempi di Pagamento dei fornitori	[Ind.Int. 14]	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 [Ind.Int. 14]	ITP =0
SANITA' DIGITALE	Pieno utilizzo delle procedure di prenotazione e refertazione delle prestazioni per interni	[Ind.Int. 09]	% prenotazioni Informatiche (Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni) [Ind.Int. 09]	>=95%
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	(Ind.Int. 100)	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>=90%
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	[Ind.Int. 119]	Controlli trimestrali sull'appropriatezza delle prestazioni con rispetto dei vincoli percentuali di controlli previsti dal D.M.10/12/2009	Reportistica periodica e relazioni finale annuale
LEGALITA', TRASPARENZA, RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Migliorare le competenze e conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi	[Ind.Int. 121]	Svolgimento corsi di formazione su rischio clinico	Almeno 2 corsi entro il 31/12
	Standardizzazione dei processi di gestione dei sinistri	[Ind.Int. 122]	Verifiche attuazione regolamento	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Piena attuazione regolamento CO.VA.SI	[Ind.Int. 123]	Produzione nei termini previsti degli atti correlati ai contenziosi trattati dal CO.VA.SI.	Report trimestrale circa la corretta attuazione delle procedure regolamentari
	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 124]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/totale raccomandazioni deliberate	Almeno il 30% al 31/12/2020
	Revisione raccomandazioni ministeriali	[Ind.Int. 125]	Numero raccomandazioni correttamente applicate/totale raccomandazioni deliberate	Almeno 4 al 31/12/2020
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 140]	Analisi e ricognizione dei bisogni formativi	Predisposizione relazione

LEGALITA', TRASPARENZA, RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 141)	Organizzazione su proposta/programma delle Strutture interessate, di incontri formativi di approfondimento normativo e relativi agli adempimenti connessi per la trasparenza e le attività corruttive	Relazione degli eventi svolti
	Prevenire il rischio clinico di corruzione. Svolgere azioni di prevenzione e contrasto all'illegalità	[Ind.Int. 142)	Redazione del Piano annuale della Formazione ed eventuale rivisitazione a seguito di nuove richieste o necessità formative	Proposta alla Direzione del PAF per l'adozione
	Migliorare le competenze e le conoscenze necessarie per prevenire e gestire gli errori ed i rischi		Accreditamento ECM di corsi di formazione ai sensi del D.LGS 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	SI/NO
	Ciclo Performance		Aggiornamento ed adeguamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance alle nuove linee guida sulla Valutazione partecipata e sulla Valutazione Performance individuale	SI/NO
RESPONSABILIZZAZIONE E CLIMA AZIENDALE	Contrattazione integrativa decentrata		Contrattazione integrativa decentrata in conseguenza dei CCNLL del personale di categoria	100%
	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile		Certificazione di bilancio	Relazione
RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA	Contributo allo sviluppo scientifico	[Ind.Int. 101]	Posizionamento indicatori produzione scientifica AOU_Numero medio pubblicazioni (Ind. MES B15.1.3)	Miglioram. Performance ultimo triennio
PREVENZIONE E MALATTIE PROFESSIONALI	Sorveglianza operatori	[Ind.Int. 132)	attivazione delle specifiche procedure per 100% degli operatori sul totale delle richieste	Relazioni trimestrali
	monitoraggio infortuni sul lavoro come da protocolli INAIL	[Ind.Int. 133)	perfetto allineamento tra il numero delle procedure attivate ed il numero delle denunce effettuate all'INAIL	Relazioni trimestrali
	Valutazione del Ricollocamento del personale con giudizio d'idoneità con prescrizioni o limitazioni, d'intesa con Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico ed Ostetrico.	[Ind.Int. 134)	Valutazione del Ricollocamento e/o di Limitazione da espletarsi d'intesa con gli altri uffici competenti per almeno il 20% del personale interessato .	entro il 31/12/2020 conclusione del 20% procedure del totale da evadere