



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE
POLICLINICO DI BARI

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017 - 2019

(art. 10 Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150)



INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
1.1 FINALITÀ.....	3
1.2 CONTENUTI.....	4
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	4
2.1 COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	8
3. PRINCIPI DI REDAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE	10
4. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI.....	11
4.1 CHI SIAMO	11
4.2 COSA FACCIAMO.....	17
4.3 COME OPERIAMO.....	18
5. IDENTITÀ	19
5.1 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE.....	19
5.2 MISSION.....	28
5.3 VISION.....	29
5.4 ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	31
6. ANALISI DEL CONTESTO.....	32
6.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	32
6.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	36
7. OBIETTIVI DI MANDATO	44
8. DAGLI OBIETTIVI DI MANDATO AGLI OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI	46
8.1 LINEE STRATEGICHE.....	46
8.2 INDICAZIONI OPERATIVE RELATIVE ALLE FASI DEL PROCESSO DI BUDGET	48
8.3 IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL M.E.S.....	48
8.4 IL MONITORAGGIO DEL PNE.....	50
9. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE.....	52
9.1 METODOLOGIA DEL SISTEMA PREMIANTE	53
9.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA PREMIANTE	53
9.3 PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA DIRIGENZA.....	54
9.4 PARAMETRI DI RIFERIMENTO DEL COMPARTO	56
9.5 ATTRIBUZIONE E CALCOLO DEL COMPENSO.....	57
9.6 EROGAZIONE DEI COMPENSI.....	58
10 FASI, SOGGETTI, TEMPI DEL PROCESSO.....	59
11 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	62

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

1.1 FINALITÀ

Il Piano della performance, è un documento programmatico triennale che dà avvio al ciclo di gestione della performance, così come previsto dal Titolo II del Decreto Legislativo n.150 del 27 ottobre 2009.

Il Piano della Performance è il documento attraverso il quale si presenta ed illustra agli stakeholders dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari (di seguito AOU Policlinico di Bari), ai sensi dell'art.10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n.150 e ss.mm.ii., gli obiettivi strategici ed operativi dell'ente, gli indicatori necessari alla loro misurazione nonché le risorse a disposizione per la loro realizzazione, compatibili con la programmazione di bilancio.

Il documento esplicita, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa.

Il Piano della Performance è adottato al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

L'adozione del presente Piano della performance presso l' AOU Policlinico di Bari, permette di definire, misurare e rendicontare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders.

Il Piano si ispira al principio di trasparenza, tanto in coerenza dell'art.11 del D.lgs.n.150/2009 che richiede infatti alle amministrazioni pubbliche di garantire, in ogni fase del ciclo di gestione della performance la massima trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il conseguimento delle funzioni istituzionali, ai risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi




competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

Il suddetto Piano è un documento di programmazione pluriennale (2016-2018) che evidenzia le attività del primo anno e risulta adattabile con cadenza annuale, in relazione agli obiettivi definiti in sede regionale di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, alle modifiche al contesto di riferimento interno ed esterno e alle modifiche intervenute nelle modalità di organizzazione e di funzionamento dell' AOU Policlinico di Bari.

Il documento si presenta come elemento principale ed integrante del Ciclo di Gestione della Performance previsto dall'art. 4 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, sulla base del quale gli organi di indirizzo identificano la performance complessiva dell'Azienda.

1.2 CONTENUTI

I diversi punti del Piano seguono quanto previsto al cap. 3 della Delibera A.N.A.C. n.112 del 28 ottobre 2010, con i relativi allegati, emanata dalla Commissione per la Valutazione e la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche. In particolare nel Piano sono presenti i seguenti contenuti aggiuntivi:

-  la descrizione dell'identità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari con l'esplicazione delle informazioni utili ad identificare chi è e cosa fa;
-  l'analisi del contesto interno ed esterno, utile per identificare i bisogni di salute della popolazione e di conseguenza la domanda di prestazioni sanitarie;
-  la descrizione delle fasi, dei soggetti e dei tempi del processo di redazione del Piano tale da garantire la piena trasparenza nell'arco dell'intero ciclo di gestione della performance.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

I principali riferimenti normativi concernenti al Piano della Performance sono contenuti in alcuni articoli del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, che ne mostrano le modalità di redazione e le finalità:

- L'art. 5, al comma 1, sancisce che gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici;
- L'art. 10 al comma 1.a, stabilisce che le Amministrazioni redigano annualmente entro il 31 gennaio, 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;
- L'art. 15, alle lettere a e b del comma 2, definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo nella emanazione di direttive generali contenenti gli indirizzi strategici e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, del Piano.

Per la programmazione del Piano triennale della Performance si fa riferimento anche al più ampio contesto normativo:

- D.lgs. n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421";
- D.lgs. n. 517/1993 "Modificazioni al D.lgs. 502/1992";
- D.lgs. n. 517/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 maggio 2001 "linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipularsi tra Regione e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale" e la sentenza della Corte Costituzionale 27 ottobre 2003 n.329;
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

- Decreto legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135 (c.d. spending review), che sancisce la revisione della rete ospedaliera sulla base di standard quali-quantitativi;
- Decreto legge 13 settembre 2012, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n.189 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”;
- Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;
- Legge della Regione Puglia 28 dicembre 1994, n.36 “norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502
- Legge regionale 9 febbraio 2011, n.2 “Approvazione del piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012;
- Legge regionale 25 febbraio 2010, n.4 “Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali”;
- Legge regionale 16 novembre 2010, n.17 “Adempimenti del piano di rientro 2010-2012: modifiche e integrazioni all’articolo 24 della legge regionale 25 febbraio 2010, n.4”
- Regolamento 18 luglio 2008, n.13 “Disposizioni regolamentari per la disciplina delle Aziende Ospedaliere universitarie della Regione Puglia ai sensi del D.Lgs. n.517/99”
- Regolamento regionale del 16 dicembre 2010, n.18 “Regolamento di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l’anno 2010”;
- Regolamento regionale del 22 dicembre 2010, n.19
- Regolamento Regionale n. 11 del 7 giugno 2012 "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 “Modifica ed integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2012 n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia”.
- Delibera n.88/2010 ANAC “Linee guida per la definizione degli standard di qualità”;
- Delibera n.89/2010 ANAC “Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance”;
- Delibera n.104/2010 ANAC “Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010”;
- Delibera n.112/2010 ANAC “Struttura e modalità di relazione del Piano della performance”;

- Delibera n.114/2010 ANAC “Indicazioni applicative ai fini della redazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance”;
- Delibera n.1/2012 ANAC “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance”;
- Delibera n.4/2012 ANAC “Linee guida relative alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull’Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità”;
- Delibera n.5/2012 ANAC “Linee guida ai sensi dell’art.13, comma 6, lettera b), del D.lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’art.10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto”;
- Delibera n.6/2012 ANAC “Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance”;
- Delibera n.23/2013 ANAC “Linee guida agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”;
- Delibera n.50/2013 ANAC “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”.
- D.lgs 97/2016 ANAC “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (FOIA TRASPARENZA, accesso agli atti).
- Legge 208/2015 - Legge di Stabilità 2016 - “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”.
- Legge n. 232/2016 - “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”.
- Delibera D.G. n. 1878/2016, Allegato 1, “Atto Aziendale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari”.
- Deliberazione Giunta Regionale 161/2016 “Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. 70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015, n.208. Modifiche

e integrazione dell R:R: n.14/2015.

- Deliberazione Giunta Regionale 1933/2016 “ D.M. 70/2015 e Legge di Stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza – urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione Giunta Regionale n.161 e 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta Regionale n. 2251 del 28/10/2014.”
- Art. 21 Legge 183/2010 “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”.

2.1 COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 e sviluppato nello specifico dalla successiva delibera A.N.A.C. n.12/2015 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance “integrato” che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

Con la Determinazione n. 12 del 28/10/2015 l'ANAC, infatti, ha posto l'esigenza di adeguare il Piano Nazionale Anticorruzione con degli aggiornamenti resi indispensabili per porre in evidenza alcune indicazioni determinanti nella predisposizione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, comportando un coinvolgimento diretto sia della direzione strategica quale organo di indirizzo che di tutti i settori, amministrativi, sanitari e tecnici nello svolgimento dell'attività gestionale aziendale.

In particolare, quindi, le tematiche che dovranno essere oggetto di maggior attenzione nel triennio di riferimento 2016-2018 sono le seguenti:

- Sviluppare l'Area di Rischio dei contratti pubblici allo scopo di individuare verifiche più approfondite ai settori specifici coinvolti;
- Formazione aziendale più mirata nella individuazione degli argomenti e dei destinatari in tema di anticorruzione ;
- Coordinamento nella definizione del piano della prevenzione con il piano di performance e una conseguente stretta collaborazione tra i settori coinvolti (Controllo di Gestione, O.I.V., Direzione Strategica);
- Determinazione della mappatura dei rischi dei processi oltre le articolazioni dei procedimenti amministrativi già identificati e schedati, considerati come parte del piano organizzativo aziendale;
- Individuazione delle misure per il controllo dei processi nella gestione del rischio nelle singole fasi attuative, in particolar modo per quei settori esposti;
- Specifica attenzione per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale nella analisi del contesto interno ed esterno quali cause che possono incidere nell'accertamento del rischio di corruzione;
- Realizzazione del programma previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità" (PAC) di competenza dell'Area Gestione Risorse Finanziarie quale strumento fondamentale per il controllo del rischio in un lavoro di interazione con l'Ufficio Anticorruzione;
- Attività Libero-Professionale Intramoenia e la lista di attesa delle prestazioni LEA aziendali per cui diviene indispensabile articolare le misure per il controllo della gestione del rischio da inserire nel Piano;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero foriere di fenomeni corruttivi da scongiurare attraverso le procedure definite e controllate dalla Direzione strategica;
- Dichiarazioni come forme di autotutela dell'Azienda ed a garanzia della trasparenza delle responsabilità dei dipendenti che hanno compiti nella gestione sanitaria ed amministrativa.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza e l'Integrità sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante l'inserimento sistematico e

diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

Nello specifico l'art.1, comma 7 della Legge n.190/2012 impone alle P.A. l'individuazione di un responsabile della prevenzione della corruzione, pertanto questa Azienda ha provveduto con deliberazione del D.G. n. 440 del 17.04.2013 a nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione;

Ai sensi del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n.150 e dell'art.43 del D.lgs. n.33/2013 questa Azienda ha provveduto a nominare il Responsabile per la Trasparenza individuato nella medesima persona del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;

Con deliberazione del D.G.n.819 del 30.06.2014 sono stati individuati i Referenti aziendali di supporto al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;

Con deliberazione del D.G. n.87 del 31 gennaio 2014 è stato approvato il Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione 2014-2016 e il piano Triennale per la trasparenza 2014-2016;

I predetti Piani risultano aggiornati per il periodo di riferimento 2016-2018.

3. PRINCIPI DI REDAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano Triennale della Performance l'AOU Policlinico di Bari, in conformità con le indicazioni del D.lgs. 150/2009 e le indicazioni fornite dalla CIVIT con deliberazione n. 122/2010, si ispira ai seguenti principi generali:

Trasparenza: l'AOU Policlinico di Bari pubblica il Piano della performance sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione di facile accesso e consultazione "Amministrazione Trasparente"; inoltre il Piano sarà presentato, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune nell'ambito di apposite giornate della trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali.

Immediata intelligibilità: al fine di garantire facilità di comprensione agli stakeholder esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il piano viene proposto in forma schematica, rinviando le parti specifiche agli allegati tecnici, opportunamente richiamati nel testo per garantire rintracciabilità e verificabilità dei contenuti.

Veridicità e verificabilità. Per ciascun indicatore di misurazione e di valutazione della performance individuato nel piano, viene indicato la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi, e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Partecipazione. Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholder esterni dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese.

Coerenza interna ed esterna. Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interne).

Orizzonte pluriennale. L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto negli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 comma 1 lettera b) del D.lgs. 150/2009 che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

4. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

4.1 CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa e gestionale dal 1° maggio 1996 ed opera nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi di Bari, ospita gli

insegnamenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Con decorrenza 01.01.2005 lo stabilimento Giovanni XXIII è stato trasferito all'interno della Azienda Policlinico.

Elemento caratterizzante dell' AOU Policlinico di Bari è l'essere polo universitario e, in quanto tale, coniuga le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca, che forniscono il presupposto per la crescita della professione medica, infermieristica e delle altre professioni sanitarie, in un contesto di evoluzione costante delle competenze clinico/sanitarie e di necessità di aggiornamento continuo.

Le funzioni di assistenza, didattica e ricerca sono svolte in forma integrata e opportunamente regolamentate da protocolli d'intesa Regione-Università degli Studi di Bari di cui all'ultimo Protocollo stipulato il 03.09.2013.

L'Università contribuisce, per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione del piano sanitario regionale e alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di modelli organizzativi e gestionali innovativi.

Il parere dell'Università sulla proposta di piano sanitario regionale è reso a seguito di formale richiesta della Regione. Il parere dell'Università è allegato allo schema o progetto di piano da inviare al Ministero della Salute, ai sensi dell'art.1, comma 14, del decreto legislativo n.502 del 1992 e successive modificazioni.

Scopo dell'Intesa (Protocollo) è quella di disciplinare le fondamentali condizioni che devono regolare il rapporto tra la Regione e l'Università affinché l'Azienda, attraverso l'integrazione delle funzioni di ricerca biomedica, di didattica dei corsi di laurea e delle scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e delle funzioni di assistenza sanitaria- che ne costituiscono la missione- possa caratterizzarsi come ospedale nel quale trova trattamento l'intero complesso della patologia umana.

L'Azienda è attualmente costituita da due stabilimenti:

- **Il Policlinico** si estende su un'area di circa 230 mila metri quadri ed è suddiviso in 32 padiglioni al cui interno si trovano ubicate le Unità Operative ospedaliere e universitarie.

- **Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII:** Si estende su un'area di circa 50 mila metri quadri ed è composto di una struttura unica al cui interno si trovano ubicate le Unità Operative ospedaliere.

L'organizzazione ordinaria dell'Azienda è costituita da dipartimenti strutturali di attività integrata(DAI), i quali assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività e settori scientifico-disciplinari e che comprendono unità operative complesse e semplici, queste ultime istituite dal Direttore Generale dell'Azienda d'intesa con il Rettore, su proposta dei Direttori delle unità operative complesse, ex art.5 comma 4 e 6 del D.lgs.517/99, sentito il DAI di appartenenza e l'Organo d'indirizzo, sulla base delle indicazioni emanate dalla Giunta Regionale con provvedimento n.1388 del 21.06.2011, a norma dell'art.2, comma 72, lettera b), della legge 23 dicembre 2009, n.191.

Dall'epoca della sua istituzione l'Azienda ha avviato un importante processo di rinnovamento delle proprie strutture e di riorganizzazione delle risorse economiche al fine di:

- migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie offerte, consolidando altresì il proprio ruolo nella rete dei servizi della città di Bari e del territorio pugliese;
- incrementare la ricerca e la produzione scientifica;
- partecipare a programmi sanitari regionali e nazionali;
- sviluppare la qualità della didattica e della formazione universitaria.

Nell'ambito di questo articolato processo di rinnovamento, nel luglio del 2005 è stato inaugurato il nuovo Complesso Chirurgico della Emergenza "Asclepios", destinato ad assumere un ruolo strategico non solo all'interno della Azienda, ma anche di tutto il sistema regionale della emergenza-urgenza; un esempio recente e fiore all'occhiello della sanità pubblica pugliese, è l'inserimento nel padiglione Asclepios della centrale operativa del sistema di Telecardiologia .

Il servizio, interamente gestito dal Policlinico di Bari, ha profondamente innovato il telemonitoraggio delle urgenze cardiologiche dei 118, con strumenti più efficaci ed affidabili.

Il Progetto Telecardiologia nelle Emergenze/Urgenze del 118 si propone dunque l'obiettivo di migliorare la tempestività dell'intervento, l'affidabilità e il controllo del servizio, integrando all'interno; questo ambito operativo consente quindi di assumere in pieno la responsabilità dei trattamenti terapeutici in emergenza ed è integralmente pubblico, come previsto per legge dal 2014.

La nuova organizzazione per il supporto cardiologico specialistico sostituisce il servizio di refertazione ECG con una Control Room Cardiologica (organizzata in una control room ed una pre-control room a seconda dell'urgenza del caso) per valutare e seguire il caso clinico, basandosi sia sul tracciato ECG sia su altri parametri diagnostici ed anamnestici.

Obiettivi del progetto di telecardiologia:

- telerefertazione e consulto di cardiologi in control room verso operatori in ambulanza o intervento in emergenza;
- invio telematico di dati strumentali (ECG, pressione, emogas, enzimi, etc.) dal medico 118 al cardiologo (HUB);
- consultazione e proposta di linee guida durante le attività di emergenza;
- refertazione remota da parte del cardiologo di struttura (HUB);
- invio alla struttura di cura adeguata in base alla diagnosi.

Il sistema Operativo comprendente:

- 220 Unità Periferiche di Trasmissione Dati (dotati dei sensori multipli di tele medicina)
- una Pre-Control Room
- una Centrale di Telecardiologia in stretto collegamento con le Centrali 118 Regione Puglia
- 4 Remote Terminal
- una Unità di Controllo e Validazione dati di Patologia Clinica
- un Ufficio di Direzione Medica
- un Ufficio di Consulenza informatica
- la Direzione Scientifica

La funzione della Pre-Control Room è assicurata dall'U.O. di Cardiologia d'Urgenza e rappresenta un centro hub che svolge funzioni di filtro. L'istituzione di questa switch room consente di ottimizzare il flusso informativo indirizzato alla Control Room, alleviando il carico di lavoro e consentendo un'organizzazione più semplice.

La Centrale di Telecardiologia (Control Room), allocata presso il NCCE Asclepios, al I piano è presidiata costantemente da Dirigenti Medici specialisti in Cardiologia e Operatori di Centrale che espletano turni di servizio (8:00-14:00-20:00-8:00), svolgendo un'attività dedicata in forma esclusiva.

L'Unità di Controllo e Validazione dati di Patologia Clinica è attiva presso l'U.O. di Patologia Clinica I e riceve i dati ematochimici trasmessi dalle Unità periferiche (Ambulanze 118 e Posti di Primo Intervento) operando il controllo e la validazione degli stessi valori.

La Direzione Medica è affidata ad un coordinatore delle attività che coinvolgono la Cardiologia Universitaria, la Cardiologia Ospedaliera e la Cardiologia d'Urgenza.

La Direzione Scientifica coordina, in collaborazione con i Direttori del Servizio 118 e con i Direttori della Cardiologia Universitaria, la Cardiologia Ospedaliera e la Cardiologia d'Urgenza, le attività di Formazione/aggiornamento degli operatori medici e paramedici delle Unità Periferiche.

Con deliberazione n. 1737/2015 del Direttore Generale e in ottemperanza della delibera Giunta Regionale 2484/2015, è stato istituito un "Centro Regionale Screening Neonatale" presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII.

Nel quadro della Programmazione Sanitaria Nazionale, come introdotto dalla riforma attuata con la Legge 23/12/1978, n. 833, si sono sviluppati interventi di medicina preventiva e di diagnosi prenatale e neonatale delle minorazioni e delle malattie congenite ed ereditarie. Si tratta di fattispecie che rivestono i caratteri dell'**attività di sanità pubblica poiché, nei casi di malattie per le quali esistono terapie sperimentate ed efficaci, la diagnosi nei** primissimi giorni di vita consente senz'altro di migliorarne la prognosi, riducendo la morbilità, il rischio di disabilità e l'incidenza di mortalità e limitando la necessità di frequenti ospedalizzazioni dei pazienti affetti.

In Italia La Legge 5/2/1992, n. 104, la Legge 23/12/1993, n.548 e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9/7/1999 hanno reso obbligatori gli screening di tutti i nuovi nati per tre patologie congenite: l'ipotiroidismo, la fenilchetonuria e la fibrosi cistica.

Da alcuni anni, grazie ai progressi della ricerca genetica e della medicina di laboratorio si dispone di nuovi mezzi di diagnostica neonatale che rendono possibile effettuare uno screening cd. "allargato" in grado di identificare alla nascita la presenza di un rilevante numero di tali malattie. Sono attualmente allo studio delle istituzioni preposte progetti di estensione del numero dei test diagnostici neonatali obbligatori.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico si è posta tra i propri obiettivi strategici, a seguito dell'acquisizione dell'ospedale pediatrico Giovanni XXIII, il consolidamento e il potenziamento dell'offerta pediatrica attraverso la progressiva creazione di una piattaforma multidisciplinare di alta specializzazione nell'assistenza neonatale, pediatrica e dell'età evolutiva che consenta di proporsi anche quale polo di riferimento per il bacino di utenza dell'intera Regione Puglia e delle Regioni limitrofe.

Coerentemente con tali obiettivi, l'Azienda, proprio presso la sua struttura pediatrica, ormai da alcuni anni fornisce all'utenza di tutta la regione le prestazioni dello *screening* neonatale obbligatorio per la fenilchetonuria e all'utenza della sola provincia di Bari le prestazioni dello *screening* neonatale obbligatorio per l'ipotiroidismo congenito. Il Policlinico è, invece, per disposto regionale, sin dal 1994 sede del Centro Regionale di Riferimento per la Fibrosi Cistica e del relativo Laboratorio di Genetica, ove già si effettuano il Test del Sudore e le sofisticate indagini genetiche di biologia molecolare che consentono la diagnosi certa di malattia.

Queste stesse indagini devono essere effettuate in tutti i casi in cui lo *screening* preliminare (dosaggio b-ITR) della fibrosi cistica, effettuato presso il Centro Screening dello Stabilimento "Giovanni XXIII", abbia dato risultati positivi o *border line*.

Tutte le predette attività sono state accentrate presso l'Azienda in un lungo processo che la Regione Puglia ha intrapreso subito dopo l'entrata in vigore della citata Legge n. 833 del 1978 e che ha richiesto numerosi atti e provvedimenti, anche di datazione remota, allo scopo di adeguare alla legge e ai progressi scientifici e tecnologici le prestazioni mediche dovute ai propri assistiti.

L'Azienda, consapevole dell'urgenza di fornire a tutti i neonati pugliesi assistenza adeguata alle possibilità della moderna offerta sanitaria, ha inteso contribuire alla definizione di un processo unitario e sistemico e ha, infine, proposto un proprio progetto specifico, denominato *"Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie e screening obbligatori"*, improntato a quegli stessi criteri di razionalità ed economicità che sono alla base delle indicazioni ministeriali.

La Regione Puglia ha ritenuto il Progetto dell'Azienda coerente con le opzioni programmatiche indicate e sostenute dal Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005, delle quali è stato dato atto con le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 1584/2005 e n. 369/2006, lo ha fatto proprio e ammesso a finanziamento identificandolo con il codice 2/AP4/05.

La stessa Regione, ancora, con il Documento di Indirizzo Economico e Funzionale 2011 – Deliberazione della Giunta Regionale n. 1389 del 10/7/2012 – ha approvato il prosieguo del progetto originale riproposto e ampliato per accentrare tutti gli screening, obbligatori e "allargato", presso l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari e presso il Policlinico relativamente all'approfondimento diagnostico della fibrosi cistica.

Oltre i predetti, l'AOUC Policlinico per gli anni 2016-2017 ha avviato i seguenti Progetti Finalizzati finanziati da Regione Puglia:

- "Studio di Fattori per la Prognosi Fibrosi Cistica" - Pediatria;
- "Unità Spinale Unipolare" – Medicina Fisica Riabilitativa;
- "Team Onconogemico" – Oncologia;
- "Rep" – Ematologia;
- "Potenziamento Neuropsichiatria Infantile" – Neuropsichiatria Infantile;
- "Day Hospital sui Disturbi dell' Identità di Genere" – Psichiatria;
- "Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva" – Psichiatria.

4.2 COSA FACCIAMO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, svolge le funzioni di assistenza, didattica e ricerca in modo unitario, in conformità con il

modello sancito dal D.lgs 502/92, modificato dal D.lgs 229/99. L'AOUC Policlinico di Bari opera nel settore ospedaliero pubblico nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, quale centro di riferimento panorama regionale ed extraregionale e si caratterizza, anche in virtù della connotazione universitaria, per un'offerta assistenziale variegata e complessa. La ricerca continua dell'efficienza, dell'efficacia, dell'innovazione scientifica, di nuove procedure e della collaborazione multidisciplinare, è l'elemento distintivo della nostra offerta di salute.

Le prestazioni vengono effettuate in regime di elezione, di ricovero (ordinario e in Day Hospital) ed in regime ambulatoriale e di Day Service, nonché in urgenza, attraverso un DEA di II livello attivo nelle 24 ore. Sono presenti oltre alle specialità generaliste, numerose discipline specialistiche medico-chirurgiche, che forniscono un'offerta assistenziale diversificata, fondamentale anche per la completa formazione degli studenti in Medicina.

4.1 COME OPERIAMO

Gli sforzi maggiori sono indirizzati alla conquista continua di una gestione unitaria, coordinata ed integrata tra le unità organizzative, in attuazione del principio c.d. di "responsabilizzazione diffusa". L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari opera nel settore sanitario con un forte orientamento ai bisogni dell'utenza ed al miglioramento dei processi clinico-assistenziali ed all'integrazione ospedale-territorio.

Il Governo clinico ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza, ed il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del miglior equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili.

Gli strumenti a cui l'Azienda ricorre per l'attuazione del governo clinico si basano sulla definizione del principio di responsabilità, trasparenza dei risultati clinici e su programmi di miglioramento della qualità e quanto altro ritenuto utile in relazione al contesto socio-economico nel quale opera l'Azienda.

5. IDENTITÀ

5.1 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

In questa sezione vengono presentati i macrodati utili a delineare le dimensioni dell'Azienda, le caratteristiche della sua produzione assistenziale e la quota di finanziamento economico ricevuta dalla Regione Puglia.

PRESIDIO "POLICLINICO"		Numero posti letto 2015		
Tipologia di Unità	Numero di UU.OO.	P.L. ordinari	P.L. Day Hospital	Totale P.L.
UU.OO.CC. a direzione ospedaliera	18	101	8	109
Area Medica	4	76	7	83
Area Chirurgica	1	25	1	26
Servizi Sanitari	6	-	-	-
Servizi Generali	7	-	-	-
UU.OO.CC. a direzione universitaria	51	790	109	899
Area Medica	21	377	70	447
Area Chirurgica	19	413	39	452
Servizi Sanitari	11	-	-	-
TOTALE POLICLINICO	69	891	117	1008
STABILIMENTO "GIOVANNI XXIII"		Numero posti letto 2015		
Tipologia di Unità	Numero di UU.OO.	P.L. ordinari	P.L. Day Hospital	Totale P.L.
UU.OO.CC. a direzione ospedaliera	10	125	18	143
Area Medica	5	74	14	88
Area Chirurgica	5	51	4	55
Servizi Sanitari	-	-	-	-
Servizi Generali	-	-	-	-
UU.OO.CC. a direzione universitaria	1	11	4	15
Area Medica	1	11	4	15
Area Chirurgica	-	-	-	-
Servizi Sanitari	-	-	-	-
TOTALE GIOVANNI XXIII	11	136	22	158
TOTALE AZIENDA	80	1027	139	1166

L'organico aziendale, nel corso dell'esercizio 2015, ha subito l'evoluzione riportata nella seguente tabella:

	Dip. al 31/12/2014		Incrementi		Decrementi		Dip. al 31/12/2015		Totale dip. al 31/12/2014	Totale dip. al 31/12/2015	Variaz. netta
	Tempo Ind.	Tempo Det.	Tempo Ind.	Tempo Det.	Tempo Ind.	Tempo Det.	Tempo Ind.	Tempo Det.			
RUOLO SANITARIO	2.841	39	78	55	159	61	2.760	33	2.880	2.793	-87
<i>Dirigenza Medica e Sanitaria</i>	709	34	35	28	38	42	706	20	743	726	-17
<i>Comparto</i>	2.132	5	43	27	121	19	2.054	13	2.137	2.067	-70
RUOLO PROF.LE	8	0	1	0	3	0	6	0	8	6	-2
<i>Dirigenza</i>	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	-3
<i>Comparto</i>	5	0	1	0	0	0	6	0	5	6	1
RUOLO TECNICO	687	4	8	4	10	4	685	4	691	689	-2
<i>Dirigenza</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Comparto</i>	687	4	8	4	10	4	685	4	691	689	-2
RUOLO AMM.VO	437	9	24	0	26	0	435	9	446	444	-2
<i>Dirigenza</i>	11	3	2	0	3	0	10	3	14	13	-1
<i>Comparto</i>	426	6	22		23		425	6	432	431	-1
TOTALE	3.973	52	111	59	198	65	3.886	46	4.025	3.932	-93
<i>Dirigenza</i>	723	37	37	28	44	42	716	23	760	739	-21
<i>Comparto</i>	3.250	15	74	31	154	23	3.170	23	3.265	3.193	-72

Il personale universitario ha evidenziato nell'esercizio 2014 la seguente variazione:

	Dipendenti al 31/12/2014	Incrementi	Decrementi	Dipendenti al 31/12/2015	Variaz. netta
Ruolo Sanitario	309	2	5	306	-3
Ruolo Professionale	1			1	0
Ruolo Tecnico	42		1	41	-1
Ruolo Amministrativo	83		2	81	-2
TOTALE	435	2	8	429	-6

I principali dati di attività, suddivisi tra le due strutture, sono riportati in sintesi nella tabella seguente:

		Policlinico 2015			Giovanni XXIII 2015			Azienda 2015		
		Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale
Posti letto medi		891	117	1.008	136	21	157	1.027	138	1.166
Ricoveri	n.ro	34.800	14.353	49.153	8.882	2.896	11.778	43.682	17.249	60.931
Gg di degenza	n.ro	301.321	28.383	329.704	42.980	3.741	46.721	344.301	32.124	376.425
Gg di deg. media	n.ro	8,7	2,0		4,8	1,3		7,9	1,9	
Utilizzo p.l.	%	92,7			86,6			91,8		
Prestaz. amb.li	n.ro			2.533.701			439.589			2.973.290

		Policlinico 2014			Giovanni XXIII 2014			Azienda 2014		
		Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale
Posti letto medi		908	114	1.022	128	20	148	1.036	134	1.170
Ricoveri	n.ro	36.709	18.930	55.639	8.763	3.559	12.322	45.472	22.489	67.961
Gg di degenza	n.ro	304.238	36.651	340.889	42.831	4.567	47.398	347.069	41.218	388.287
Gg di deg. media	n.ro	8,3	1,9		4,9	1,3		7,6	1,8	
Utilizzo p.l.	%	91,8			91,7			91,8		
Prestaz. amb.li	n.ro			2.406.888			469.452			2.876.340

		Diff. Policlinico '15/'14			Diff. Giovanni XXIII '15/'14			Diff. Azienda '15/'14		
		Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale
Posti letto medi		-17	3	-14	8	1	9	-9	4	-4
Ricoveri	n.ro	-1.909	-4.577	-6.486	119	-663	-544	-1.790	-5.240	-7.030
Gg di degenza	n.ro	-2.917	-8.268	-11.185	149	-826	-677	-2.768	-9.094	-11.862
Gg di deg. media	n.ro	0,4	0,0		-0,0	0,0		0,2	0,0	
Utilizzo p.l.	%	0,9			-5,1			0,1		
Prestaz. amb.li	n.ro			126.813			-29.863			96.950

I dati sopra riportati, estratti dal Sistema Informativo Sanitario Regionale - Edotto alla data di elaborazione del presente Bilancio di esercizio, evidenziano che nell'anno 2015, rispetto al 2014, sono stati effettuati complessivamente n. 7.030 ricoveri in meno.

Questo dato eccezionale dovuto anche all'utilizzo dei protocolli di Day service valutato con l'aumento del peso medio aziendale e la riduzione dei ricoveri Ordinari ed Day Hospital, ha comportato un trend di miglioramento delle performances qualitative e quantitative dell'azienda. Il risultato è stato perseguito e raggiunto, attraverso un setting assistenziale meno gravoso dal punto di vista di impegno e consumo delle risorse, quale di fatto è universalmente riconosciuto in ambito clinico il Day Service.

In particolare, con riferimento ai ricoveri ordinari, si rilevano complessivamente n. 1.790 ricoveri in meno, così suddivisi per il Presidio Policlinico una riduzione 1.909 casi e nel Presidio Giovanni XXIII un incremento di 119 casi.

Con riferimento ai Day Hospital, si rilevano complessivamente n. 5.240 ricoveri in meno, così suddivisi per il Presidio Policlinico una riduzione di 4.577 casi e nel Presidio Giovanni XXIII una riduzione di 663 casi

Il peso medio complessivo delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario, nell'anno 2015, si presenta in aumento (1,1576) rispetto all'anno precedente (1,1243), attestando un miglioramento della complessità della casistica trattata, che determina, a sua volta, il maggior valore tariffario rilevato nel Conto economico. Pertanto può dirsi perseguito l'obiettivo della migliore qualificazione dell'offerta sanitaria complessiva.

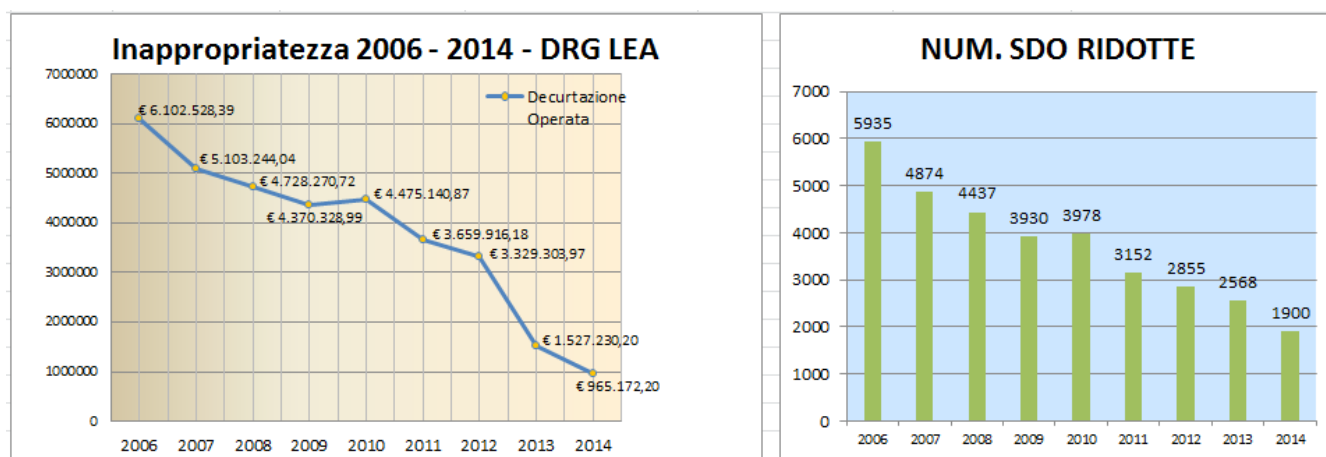
Ricoveri Ordinari

Nel 2015, il numero complessivo dei ricoveri ordinari del Presidio Policlinico è ulteriormente diminuito rispetto a quello del 2014 (- 5,48%), passando da 36.709 casi a 34.800 casi (si fa presente che nel 2013 il numero dei ricoveri ordinari era pari a 37.390 casi).

E', invece, in costante aumento la complessità della casistica trattata. Infatti, nel 2015, il peso medio dei ricoveri ordinari rilevato è pari a 1,16 mentre nel 2014 era 1,24 e nel 2013 era dell' 1,20.

L'aumento della complessità della casistica trattata, associato alla complessiva riduzione del numero dei ricoveri, indica un progressivo percorso di riduzione del tasso di ospedalizzazione ed il ricorso al ricovero per casi più complessi. Tale percorso, ritenuto particolarmente virtuoso va associato al consolidamento dell'attività di day service ed alla revisione organizzativa e funzionale di diverse unità operative di degenza.

Le misure intraprese hanno consentito contestualmente una riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri, recependo le indicazioni di cui alle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 951/2013, n. 1202/2014 e n. 277/2014.



In carenza di dati ufficiali del Sistema Informativo Sanitario Regionale, per l'anno 2015 si ritiene verosimile una ulteriore riduzione dell'abbattimento per ricoveri inappropriati visto che rispetto all'anno precedente, nel 2014 erano 1.900, vi è stata una significativa riduzione dei ricoveri considerati a presunto alto rischio di inappropriatezza.

Si sottolinea che le attività assistenziali, erogate in regime di ricovero ordinario, di maggiore e/o alta complessità, sono svolte prevalentemente nelle seguenti Unità Operative:

Presidio Policlinico: Rianimazione I e II, Neonatologia (Terapia Intensiva Neonatale e Patologia Neonatale), Chirurgia Vascolare, Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, Cardiologia Universitaria e Cardiologia Ospedaliera (con annesse U.T.I.C.), Urologia I Universitaria, Chirurgia Generale Ospedaliera, Chirurgia Generale e Trapianto di Fegato "Rubino", Ematologia con Trapianto, Medicina Interna Universitaria "Baccelli", Neurologia Universitaria "Puca" con Stroke Unit, Medicina Fisica e Riabilitazione (con l'Unità Spinale Unipolare), Neurochirurgia, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (con il Centro Ustioni), Neuroradiologia e Radiodiagnostica Universitaria per l'attività di diagnostica interventistica, Pediatria "Vecchio" per l'Oncoematologia Pediatrica.

Stabilimento Giovanni XXIII: Cardiochirurgia Pediatrica, Rianimazione Pediatrica, Cardiologia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica e Malattie Metaboliche.

La percentuale di incidenza dei DRG chirurgici, erogati in regime ordinario nel Presidio Policlinico, mostra un aumento nel 2015 (39,29%, contro il 39,00% del 2014).

La degenza media per il Presidio Policlinico, nel 2015, è stata di 8,7 gg, rispetto a 8,3 gg rilevati nel 2014, registrando un lieve incremento attribuibile all'aumento della complessità della casistica trattata.

La degenza media pre-operatoria, sempre per lo stesso presidio, è stata di 3,4 gg contro i 3,1 gg nel 2014. L'obiettivo aziendale è, comunque, fissato entro un massimo 2 giorni, ottimizzando le attività dei servizi e utilizzando la modalità del pre-ricovero su larga scala.

Permane l'incidenza negativa su questo indicatore, a causa dell'organizzazione di alcune sale operatorie in comune tra più unità operative chirurgiche, che molto spesso non riescono a rispettare i turni assegnati per i ricoveri in elezione o per i ricoveri programmati. Le cause del mancato recupero delle sedute operatorie perse sono essenzialmente da imputare alla precedenza delle urgenze, provenienti dal Pronto Soccorso e dagli ospedali vicini che rimandano alla DEA di II° livello le funzioni di più alta qualificazione e complessità legate all'emergenza.

Il potenziamento e/o una migliore organizzazione dei blocchi operatori del N.C.C.E. Asclepios sicuramente contribuirà a migliorare questo indicatore, con particolare riferimento alla gestione delle urgenze/emergenze.

L'attività trapiantologica relativa al triennio 2014-2016, svolta solo presso il Presidio Policlinico, è riportata nella tabella seguente:

Attività trapiantologica di organi e tessuti (*)	2014	2015	al 28.11.2016
Trapianti di Rene	59	64	62
Trapianti di Fegato	17	24	19
Trapianti di Cuore	3	4	2
Trapianti di Midollo Osseo	67	60	53
Trapianti di Cornea	83	96	126

come trapianto di cuore non vengono considerati gli impianti dei sistemi di assistenza cardiaca VAD

Fonte: () Coordinamento Regionale Trapianti ed Edotto*

L'evidente aumento dei trapianti, nel corso dell'anno 2015, è stato possibile da un lato grazie alla maggiore disponibilità di organi, ma dall'altro, grazie all'alta professionalità degli operatori del settore che sempre più localizzano l'Azienda come Centro di Riferimento regionale e extra-regionale per questa delicata tipologia di interventi e dall'altro, ancora, grazie alla innovazione tecnologica realizzatasi attraverso, ad esempio, anche l'acquisto del Robot Da Vinci.

Day Hospital

Nel 2015 l'attività di ricovero in Day Hospital ha subito una radicale riduzione (- 23,30%), infatti, al fine di ridurre il numero di ricoveri diurni, e il relativo rischio di inappropriately, in osservanza delle disposizioni regionali citate nel paragrafo precedente, alcune attività sono state "trasferite" dal regime diurno in regime ambulatoriale di "Day Service" con conseguente riduzione di n. 9.094 accessi in Day Hospital.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2015 l'Azienda ha erogato complessivamente n. 2.973.290 prestazioni specialistiche ambulatoriali, rilevando un incremento assoluto del 3,26 % rispetto all'anno 2014.

Il Presidio Policlinico ha erogato nel 2015 n. 2.533.701 prestazioni, con un incremento del 5,00% rispetto all'anno 2014. L'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" ha invece erogato n. 439.589 prestazioni, con un decremento del 6,79% rispetto all'anno precedente.

Day Service

Come già precisato in precedenza, si ribadisce che l'evidente riduzione del numero complessivo dei ricoveri effettuati a livello aziendale, risulta essere correlata al contestuale incremento dell'attività svolta in Day Service. Ciò ha consentito di trasformare, attraverso un percorso virtuoso e fortemente stimolato dall'Azienda, un consistente numero di ricoveri in pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

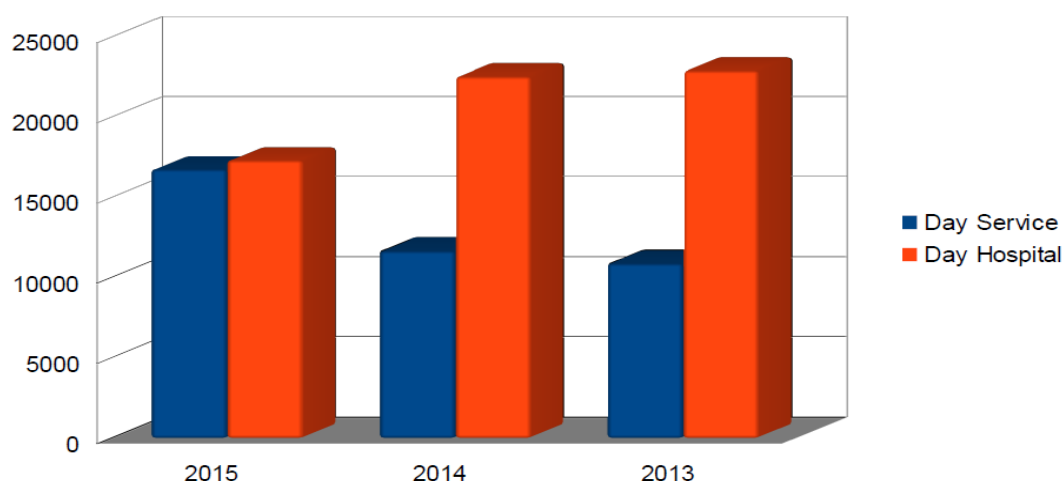
Nel dettaglio, per l'anno 2015 sono stati erogati complessivamente n. 16.683 pacchetti ambulatoriali in Day Service, con un incremento del 43% rispetto agli 11.693 pacchetti effettuati nell'anno 2014.

La valorizzazione economica totale dei suddetti pacchetti è pari ad €/mgl 7.157, calcolata in base alle relative tariffe. Le stesse prestazioni, valorizzate invece con le tariffe in vigore per i corrispondenti DRG di ricovero in Day Hospital, avrebbero determinato una valorizzazione economica certamente più elevata.

Risulta evidente, quindi, che a parità di prestazioni erogate, il diverso setting assistenziale comporta una notevole riduzione della valorizzazione economica ed una conseguente penalizzazione per questa Azienda, nonostante il percorso virtuoso di deospedalizzazione intrapreso, che garantisce lo stesso risultato per il paziente.

Si riportano di seguito le tipologie di Day Service, numericamente più significative, erogate nel 2015 e confrontate con i dati rilevati nel 2014 e 2013:

Anno	Day Service	Day Hospital
2015	16.683	17249
2014	11.673	22489
2013	10.888	22.861



		Anno 2015		Anno 2014		Anno 2013	
		n.ro	Valore (€/mgl)	n.ro	Valore (€/mgl)	n.ro	Valore (€/mgl)
• Day Service Oculistica	C	8.915	4.718	7.828	4.140	7.503	4.032
• Day Service Medicina Interna	M	5.031	638	3.595	438	3.207	394
• Day Service Ortopedia e Traumatologia	C	664	361	157	133	160	136
• Day Service Chirurgia Generale	C	463	331	77	79	18	19
• Day Service Urologia	C	213	106	16	8		
• Day Service Cardiologia	M	32	5				
• Day Service Dermosifilopatia	M	80	25				
• Day Service Endocrinologia	M	90	15				
• Day Service Gastroenterologia	M	18	3				
• Day Service Neurochirurgia	C	7	1				
• Day Service Neurologia	M	97	16				
• Day Service Ostetricia e Ginecologia	C	557	532				
• Day Service Otorinolaringoiatria	C	79	77				
• Day Service Pneumologia	M	12	2				
• Day Service Reumatologia	M	52	8				
• Day Service Pediatria	M	46	7				
• Day Service Chirurgia Plastica	C	22	18				
• Day Service Geriatria	M	14	2				
• Day Service Chirurgia Vascolare-Angiologia	C	10	9				
• Day Service Ematologia	M	8	2				
• Day Service Oncologia	M	4	1				
• Day Service Chirurgia Maxillo-Facciale	C	1	1				
• Day Service Chirurgia Pediatrica	C	256	277				
• Day Service Nefrologia Pediatrica	M	5	1				
• Day Service Malattie Infettive	M	7	1				
TOTALE		16.683	7.157	11.673	4.798	10.888	4.581

Provenienza utenti

Le prestazioni sono erogate prevalentemente a pazienti della Regione Puglia (95,00%) e in minima parte ad assistiti di altre regioni (3,5%) e residenti all'estero (1,5%).

5.2 MISSION

L'obiettivo fondamentale dell'Azienda è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che coniughi in modo inscindibile la didattica, quale strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione, e la ricerca, volta al continuo progresso delle risorse cliniche e biomediche.

In tale ottica l'Azienda intende proporsi quale centro di eccellenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché punto di riferimento per la promozione e per la produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche adottando come metodo fondamentale quello della programmazione basata sulle risorse disponibili, costruite in base agli indirizzi programmatici della Regione Puglia, della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari, ciascuna per quanto di propria competenza e con l'obiettivo specifico di costituire l'University Hospital.

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi. A tal fine assicura la partecipazione dell'utente tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti.

In riferimento ai bisogni dell'utente integrati con le funzioni di formazione e ricerca, l'Azienda, in particolare, intende realizzare i seguenti obiettivi:

1. sviluppare capacità di diagnosi, cura e, più in generale, di soddisfazione dei bisogni di salute delle persone che si rivolgono all'Azienda, al massimo livello qualitativo possibile, in modo appropriato, efficiente ed efficace;
2. promuovere l'attività di ricerca in collaborazione con l'Università degli Studi di Bari, al fine di contribuire al progresso della scienza nell'ambito della salute;

3. sviluppare in collaborazione con l'Università degli Studi di Bari, percorsi che favoriscano l'attuazione di processi di formazione di eccellenza;
4. accreditarsi come un'Azienda di livello nazionale ed internazionale, con particolare riferimento al bacino del Mediterraneo, contribuendo allo sviluppo della comunità in cui opera;
5. consolidare la leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura all'interno del contesto regionale e nazionale;
6. promuovere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori per portare l'ospedale ai più elevati livelli possibili nel governo clinico e nell'organizzazione del lavoro;
7. contribuire alla pianificazione, programmazione e sviluppo delle politiche della salute della regione Puglia;
8. garantire un sistema di verifiche continue, interne ed esterne, delle attività svolte;
9. sviluppare un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione, verso l'interno e l'esterno, garantendo massima trasparenza verso il cittadino e le forze sociali, politiche ed economiche del territorio in cui opera;
10. garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati;
11. promuovere il corretto rapporto tra sanitari e pazienti al fine di ottenere una elevata umanizzazione delle prestazioni erogate;
12. divenire il luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, il luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche ed il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

5.3 VISION

1. La visione strategica dell'Azienda è improntata alla ricerca del miglioramento continuo della propria offerta di salute e al rispetto dei bisogni delle persone; si basa su azioni orientate al consolidamento di una struttura organizzativa capace di garantire efficienza, efficacia, economicità e qualità.

2. Il contesto organizzato di gestione delle risorse disponibili è improntato alla ricerca di un clima organizzativo favorevole tale da motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.
3. L'Azienda definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate e compatibili con le direttive del governo nazionale e regionale, in relazione soprattutto agli obiettivi clinico-assistenziali ed economico-finanziari individuati, di volta in volta, dal Piano Sanitario Regionale e dai provvedimenti attuativi.
4. In particolare, il ruolo dell'Azienda, in quanto parte del più ampio contesto sanitario Nazionale e Regionale, è definito non solo dalla erogazione dei servizi ma anche dalla determinazione a "promuovere salute tramite politiche improntate alla prevenzione" attraverso il miglioramento della qualità degli stili di vita e l'innovazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
5. La funzione pubblica di tutela della salute e di orientamento al servizio, è svolta in ossequio al principio di libera scelta del cittadino ed è finalizzata a migliorare la fruibilità dei servizi e l'accessibilità alle strutture, anche attraverso la piena integrazione tra Aziende Sanitarie ed erogatori privati accreditati.
6. A garanzia del principio di equità, l'Azienda esercita le funzioni di controllo e verifica sulle prestazioni offerte, monitorandone periodicamente l'efficacia, l'appropriatezza e la qualità.
7. Tutte le persone che lavorano per e con l'organizzazione assumono lo stesso valore in quanto portatori di diritti e di doveri e il loro apporto professionale diventa imprescindibile nel perseguire e realizzare gli obiettivi.
8. La ricerca di un clima organizzativo favorevole si attua quotidianamente attraverso la promozione e lo sviluppo continuo di nuove conoscenze e competenze, il coinvolgimento di tutti gli operatori alla definizione dei risultati da raggiungere, la creazione di un sistema di relazioni sindacali orientato alla difesa dei diritti degli operatori, all'affermazione e al rispetto dei valori dell'organizzazione.
9. L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari svolge una funzione di governo e coordinamento complessivo delle prestazioni sanitarie erogate, in forma diretta e anche attraverso la committenza verso soggetti pubblici e privati accreditati, a garanzia della coerenza tra bisogni della popolazione assistibile e fornitura dei servizi.

5.4 ALBERO DELLA PERFORMANCE

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, ed in coerenza con la mission e la vision aziendale sopra citate, viene elaborato l'albero della performance nonché un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Pertanto tale diagramma dimostra come gli obiettivi strategici e operativi contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al raggiungimento della missione aziendale.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali rappresentano la base di partenza per la elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali relazionate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, scomposti in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

6. ANALISI DEL CONTESTO

Nell'elaborazione del Piano della Performance, l'analisi del contesto è un processo conoscitivo diretto a :

- fornire una visione integrata del contesto in cui l'azienda opera;
- delineare le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nell'attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
- verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento.

6.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

I dati contenuti nel presente paragrafo sono tratti dal Report 2015 del "Sistema di Valutazioni della Performance dei Sanitari Regionali" del laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa al quale la regione Puglia ha aderito nel 2015.

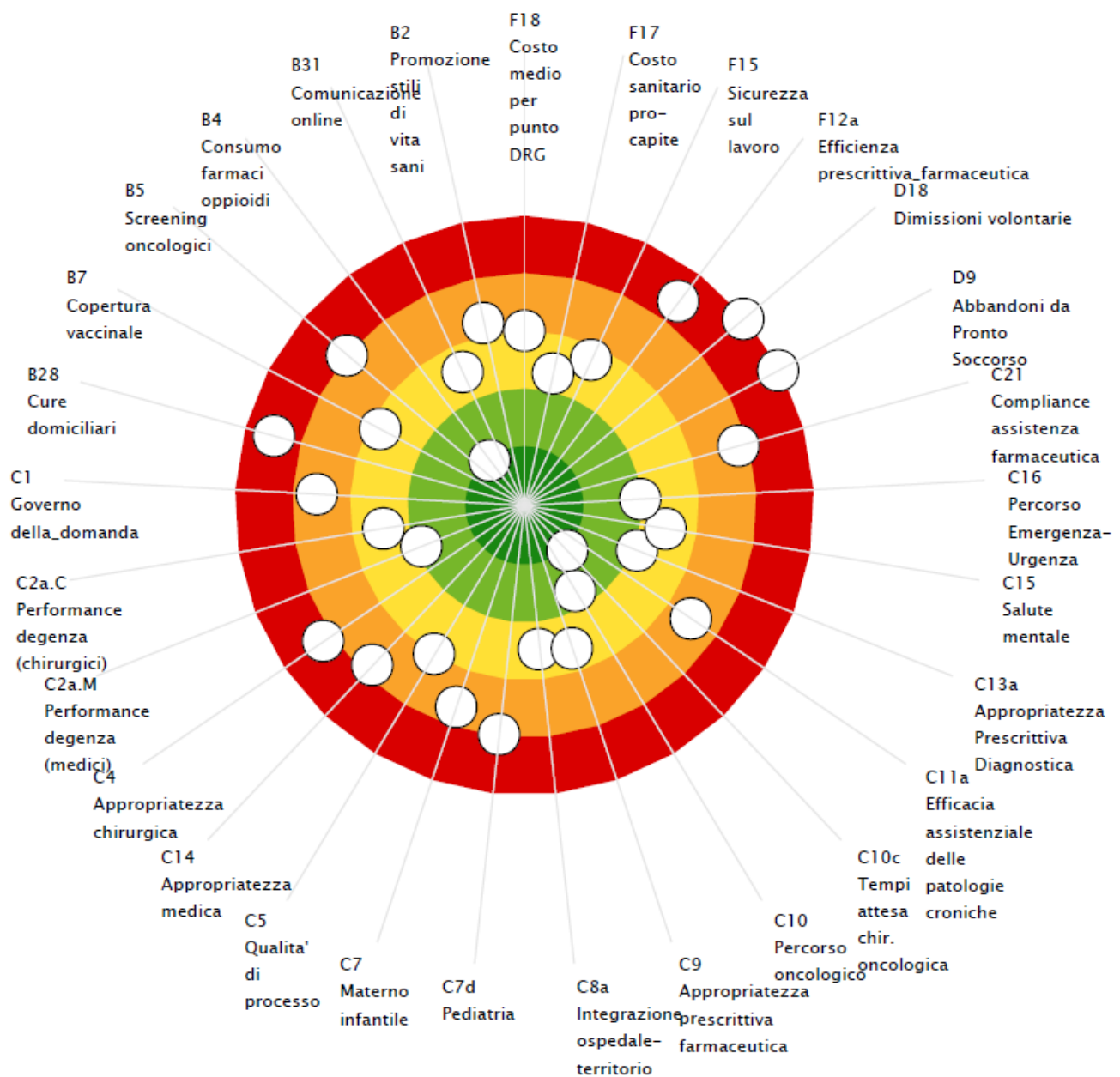
LE PERFORMANCE DELLA REGIONE PUGLIA

Il miglioramento della salute della popolazione rappresenta l'obiettivo verso cui tende ogni sistema sanitario: la popolazione della Puglia presenta una bassa mortalità per suicidi, una mortalità per tumori e una mortalità infantile in linea con le altre Regioni, mentre quella per malattie circolatorie si attesta su valori superiori (dati riferiti al triennio 2011- 2013).

L'indagine ministeriale PASSI rileva quale sia la diffusione di stili di vita sani: registra una percentuale di persone obese e in sovrappeso e di persone sedentarie superiore alle altre Regioni; rispetto a queste problematiche non spicca una particolare sensibilità da parte dei medici di medicina generale nel consigliare corretti stili di vita.

Regione Puglia

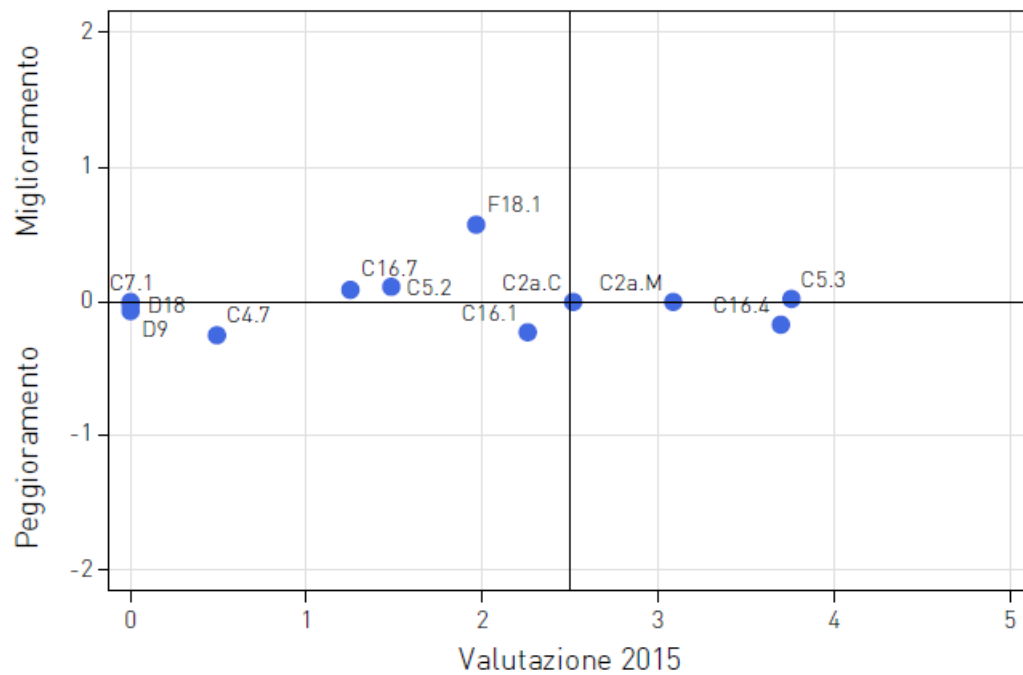
Bersaglio 2015



La copertura vaccinale è complessivamente buona, per quanto quelle per Papilloma

virus e Meningococco possano essere ulteriormente estese. L'attenzione verso la gestione del dolore, misurata tramite il consumo di farmaci oppioidi, è ottima. I programmi di screening oncologici rappresentano un'area critica del sistema sanitario pugliese, sia per quanto concerne l'estensione degli inviti, sia per quanto riguarda l'adesione ad essi.

MAPPA OSPEDALE



C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti

L'alto tasso di ospedalizzazione – segnatamente quello per ricoveri ordinari acuti – indica ancora alcune difficoltà nella capacità di governo della domanda, pur registrandosi un rilevante miglioramento.

La gestione della casistica sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico presenta elementi di criticità. In riferimento alla prima, sono elevati sia il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriatezza, sia quello diurno di tipo diagnostico. In riferimento alla casistica chirurgica, un più insistito ricorso alla day surgery consentirebbe un ritorno in termini di appropriatezza organizzativa.

Per quanto concerne la durata delle degenze, si registrano performance in linea con le altre Regioni, sia per la casistica medica, sia per quella chirurgica. In riferimento all'organizzazione dei processi ospedalieri, la bassa percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione denota una difficoltà nel corretto indirizzo della casistica; si registra inoltre una criticità nel tempestivo trattamento delle fratture del collo femore, segnatamente in alcune Aziende. La percentuale di dimissioni volontarie – indicatori proxy della soddisfazione dell'utenza – è significativamente più elevata delle altre Regioni. I tempi di attesa in Pronto Soccorso non si discostano dalla media. La gestione del percorso materno-infantile è segnata da un elevato ricorso al taglio cesareo; la presa in carico di tipo pediatrico è critica, come indicato dagli alti tassi di ospedalizzazione per patologie pediatriche e dall'elevato consumo di antibiotici.

Il percorso oncologico restituisce buoni risultati in termini di output, nonostante permanga una certa dispersione della casistica per gli interventi di tumore maligno alla mammella. I tempi di attesa per interventi chirurgici sono molto contenuti, eccezion fatta per gli interventi per tumore alla prostata.

La presa in carico della salute mentale mostra performance buone.

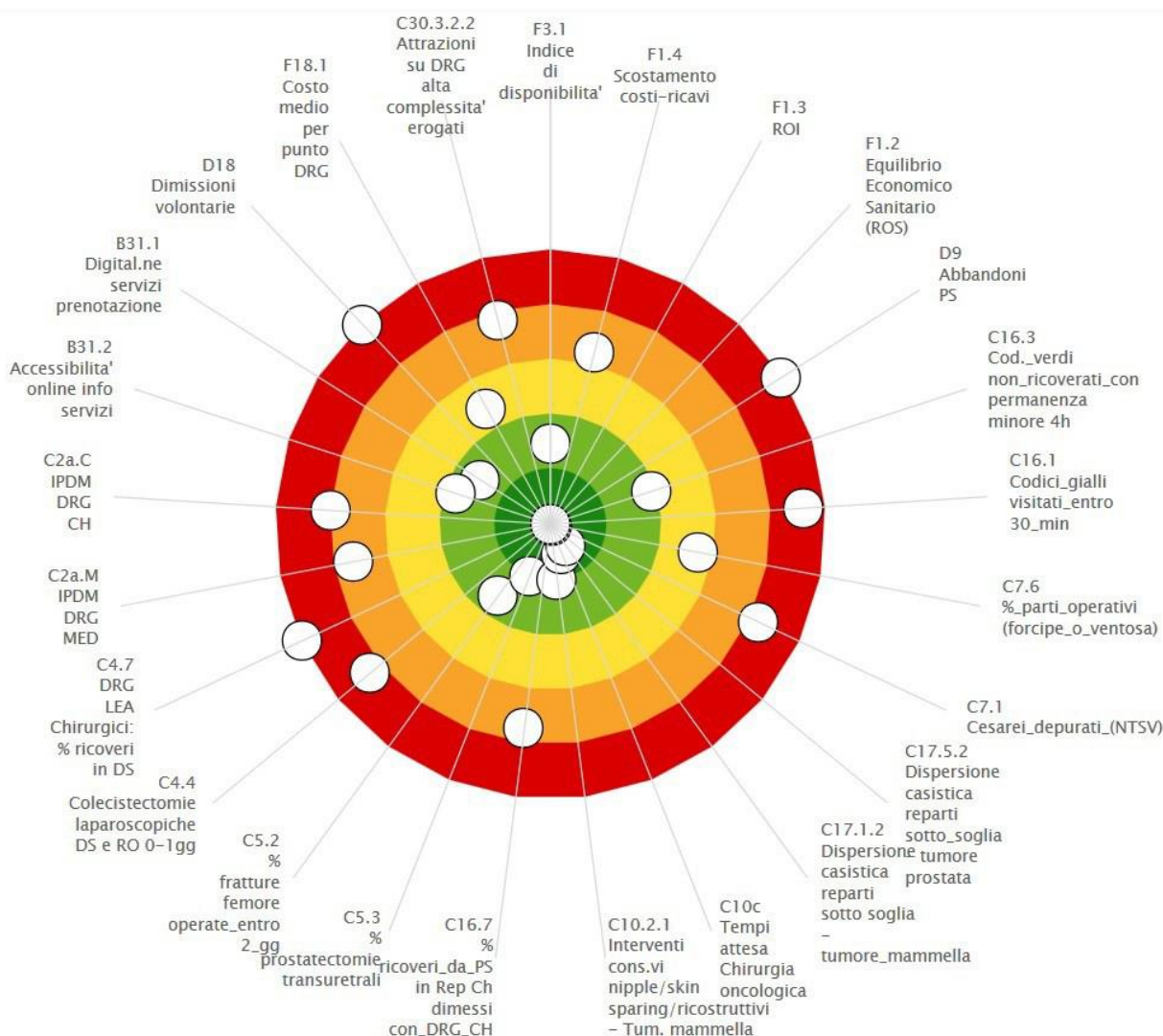
La gestione delle cronicità è complessivamente critica, per quanto si rilevi una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per tutte le principali patologie.

Sul versante della governance farmaceutica, emerge una scarsa propensione – da parte dei MMG – alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore.

Rispetto alla dimensione economico-finanziaria, infine, i dati (relativi all'anno 2014) si confermano in linea con le altre Regioni per quanto concerne il costo sanitario pro-capite complessivo, mentre quello per l'assistenza ospedaliera è leggermente più elevato.

6.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

AOU Pol. Bari Bersaglio 2015

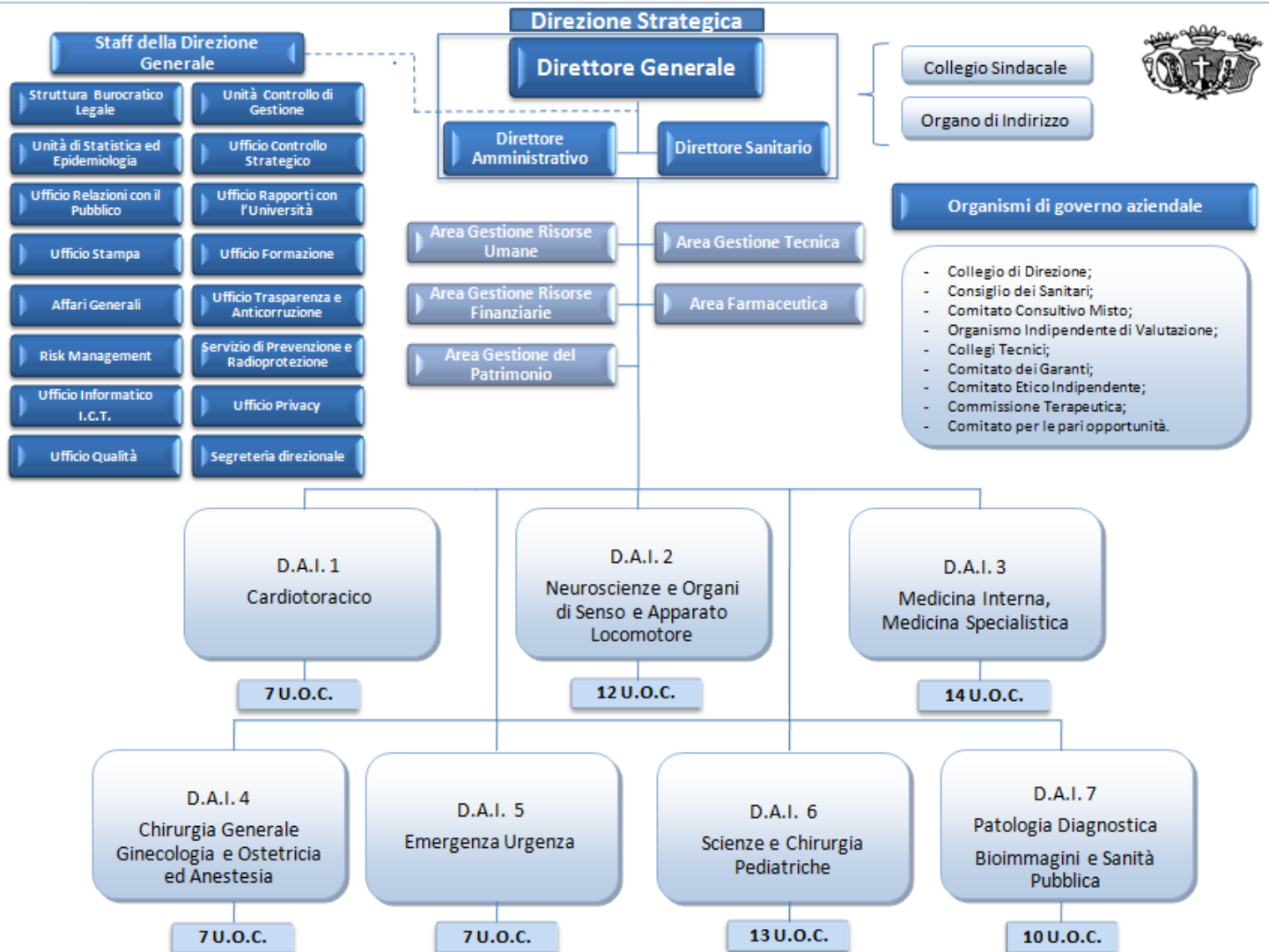


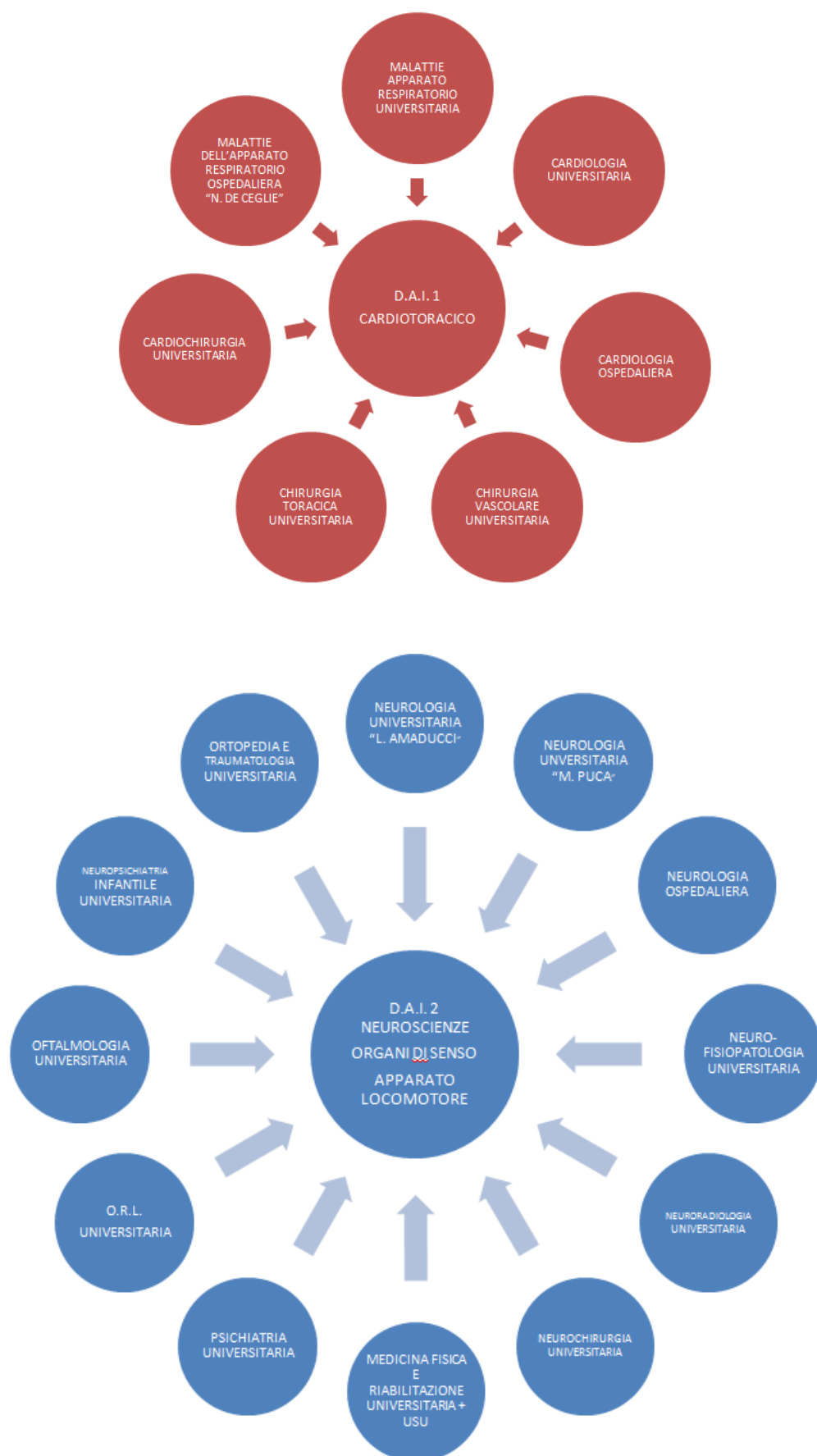
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari programma, attraverso una visione strategica di medio-lungo periodo, tutti gli interventi necessari per il prosieguo di tutte le sue attività e la relativa implementazione, nel rispetto dei vincoli di budget Regionali. Assicurando altissima qualità all'assistenza di base e sviluppando aree di eccellenza, l'Azienda, oltre a caratterizzarsi come polo di attrazione Regionale e Nazionale, svolge anche un ruolo importante come nodo di Area Metropolitana, nell'ambito delle "reti" che definiscono l'offerta ospedaliera regionale.

L'Azienda è, per definizione, un grande "ospedale di apprendimento", dove vengono sperimentati nuovi modelli formativi che rispondono alle esigenze di multiprofessionalità e interdisciplinarietà: lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca (di base e applicata) che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l'Università degli Studi di Bari. Questi elementi guidano le scelte strategiche dell'Azienda nel proporsi come punto di riferimento nazionale e internazionale quale Ospedale di II e III livello e come esempio di Best-Practice sia nell'ambito clinico, sia organizzativo.

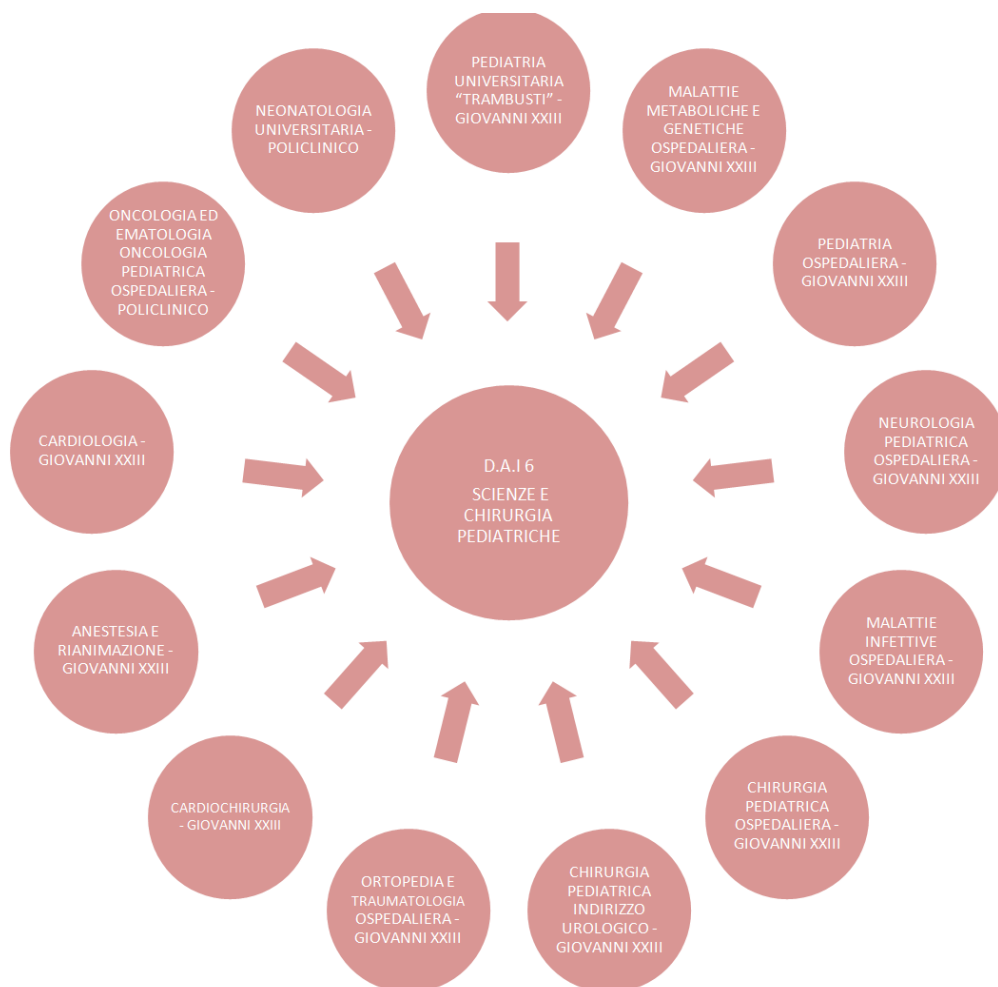
A supporto di questa visione, l'AOU Policlinico di Bari ha avviato un processo di rinnovamento che investe, oltre le sue tecnologie, anche le sue strutture. La revisione dell'assetto organizzativo, operata con il Nuovo Atto Aziendale (Delibera D.G. n. 1878/2016 Allegato 1) e la nuova graduazione degli incarichi dirigenziali (Delibera D.G. n. 1879/2016), ha comportato la ridefinizione di un modello produttivo in grado di governare funzionalmente i complessi percorsi operativi aziendali, definendo, in modo puntale, i ruoli degli attori che ne fanno parte.

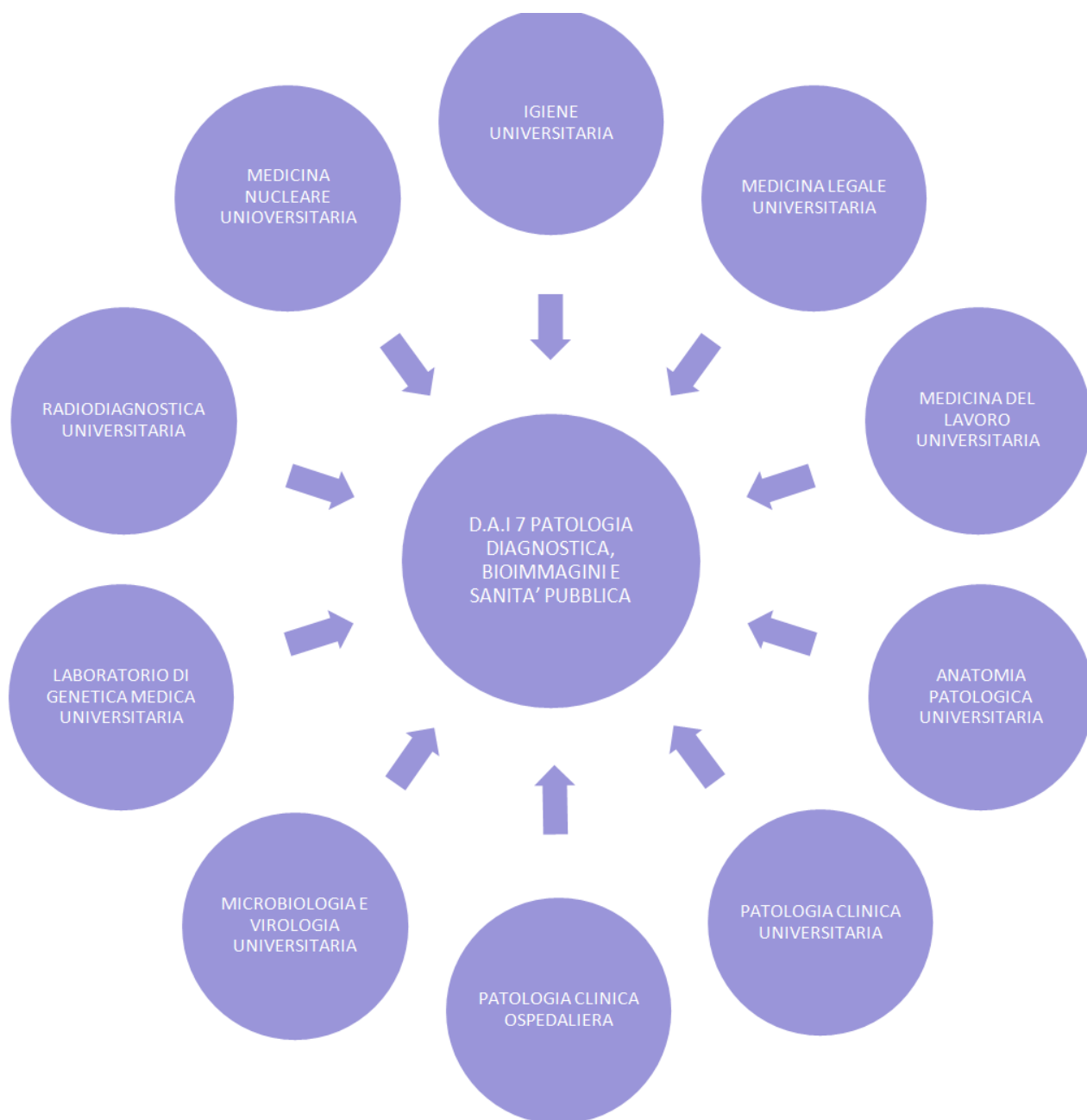
ORGANIGRAMMA



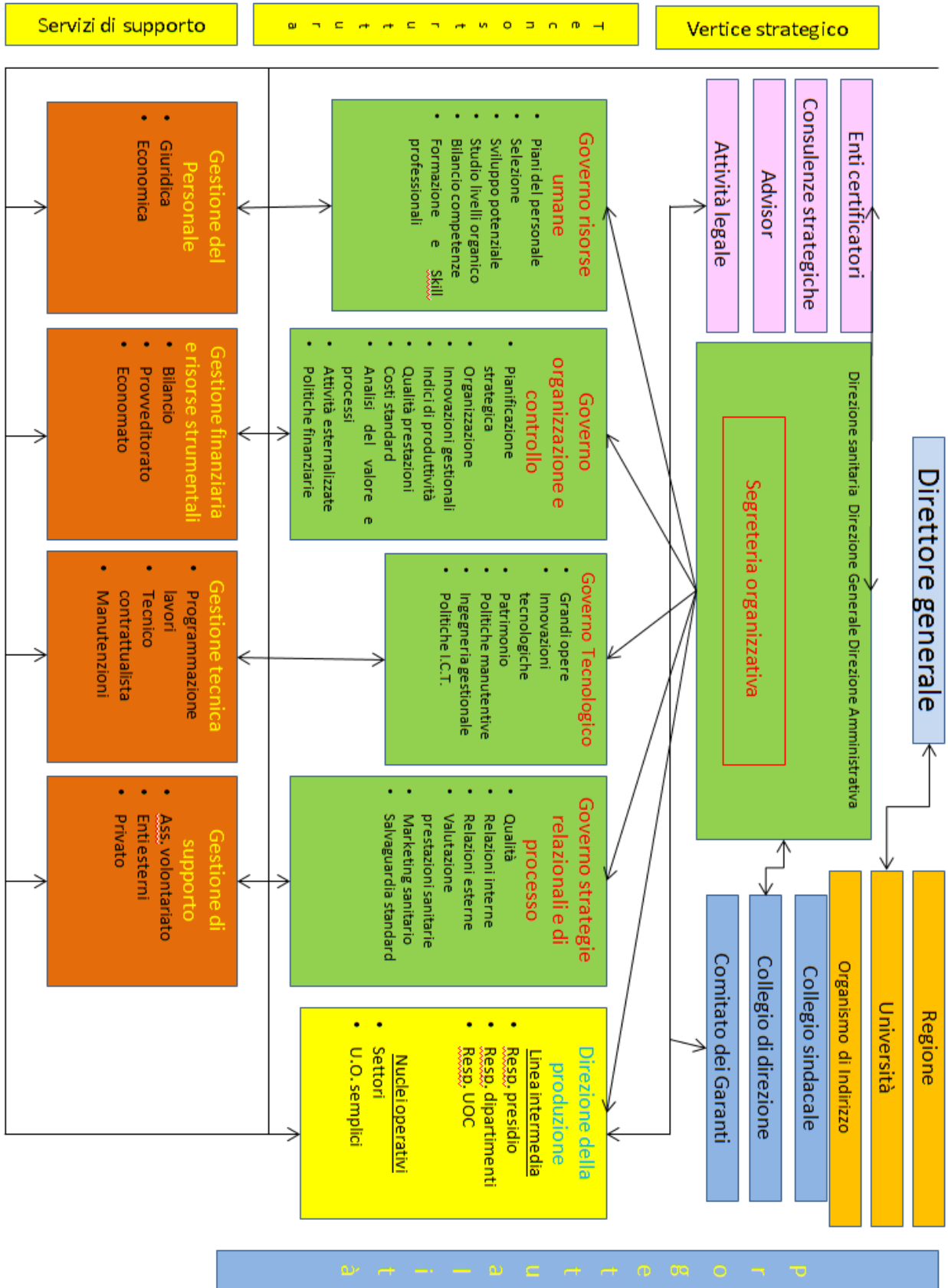








FUNZIONIGRAMMA



7. OBIETTIVI DI MANDATO

Con la Deliberazione n. 1947 del 2 ottobre 2012 la Giunta Regionale ha attribuito al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari gli obiettivi di mandato di seguito elencati, che riflettono la necessità di garantire l'efficienza e l'economicità dei servizi, alla luce dei vincoli normativi, economici - finanziari nazionali e regionali al fine di garantire in modo adeguato la gestione delle risorse disponibili.

DGR	N.	DESCRIZIONE
DGR N.1947/2012	1	Attuazione dei protocolli di intesa Regione-Università
	2	Utilizzo sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati.
	3	Adeguamento del sistema informativo-contabile alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché alle direttive regionali in materia
	4	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera
	5	Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici ed alla definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle Unità Operative
	6	Rideterminazione dotazione organica ed adeguamento dei fondi contrattuali aziendali previsti dai CCNL entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente
	7	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente
	8	Riduzione ricorso a prestazioni sanitarie aggiuntive ex artt. 5455 CCNL nei limiti previsti e con le modalità disposte da leggi o provvedimenti regionali

DGR N.1947/2012	9	Rispetto blocco totale del turnover, fatte salve eventuali deroghe da parte della Giunta Regionale
	10	Adozione atti aziendali recanti adeguamento alla programmazione regionale vigente, con specifico riferimento alla revisione parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali)
	11	Adozione piano aziendale per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso il potenziamento dei relativi controlli
	12	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali
	13	Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988
	14	Attuazione del Piano Regionale per il governo dei tempi di attesa
OBIETTIVI CONTRATTUALI	1	Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale
	2	Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione
	3	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione
	4	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato
	5	Garanzia dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria
	6	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali
	7	Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica

8. DAGLI OBIETTIVI DI MANDATO AGLI OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI

La visione strategica dell'Azienda si basa su azioni orientate al consolidamento di una struttura organizzativa capace di garantire efficienza, efficacia, economicità e qualità.

La stesura degli obiettivi strategici assegnati per l'anno 2017 aggiorna ed integra quelli già definiti dalla Direzione Strategica per l'anno 2016 sulla base delle specifiche direttive di cui alle note della Direzione Generale protocollo n.54080 e Protocollo n.63472.

8.1 LINEE D'AZIONE

Le principali linee d'azione sono articolate in forma sintetica per D.A.I. e Aree di Gestione; gli obiettivi e gli indicatori delle UU.OO. di degenza (area chirurgica e medica) e delle UU.OO. senza posti letto (servizi intermedi e ausiliari) sono individuati con riferimento alle seguenti Aree Strategiche:

- flussi informativi e rischio clinico
- appropriatezza
- organizzazione e gestione

Le azioni sui flussi informativi e il rischio clinico mirano:

- alla riduzione del numero di SDO non validate attraverso il miglioramento della completezza e correttezza dei flussi dei dati riguardanti i ricoveri effettuati in regime ordinario e diurno
- alla riduzione del numero di ricette/prestazioni specialistiche non validate attraverso il miglioramento della completezza e correttezza dei flussi dei dati riguardanti le prestazioni specialistiche
- all'implementazione e sviluppo di iniziative volte alla gestione del rischio clinico ed al miglioramento organizzativo dei processi clinico-sanitari

- al potenziamento dei controlli sulle cartelle cliniche previsto dal D.M. 10/12/2009

Le azioni sull'appropriatezza mirano:

- alla riduzione dei ricoveri a rischio di inappropriatezza, nel rispetto dei limiti percentuali stabiliti dalla Regione Puglia, anche attraverso l'utilizzo dei Day Service autorizzati dalla Regione Puglia con le DD.GG.RR. n. 1202/2014 e n. 2774/2014
- all'applicazione da parte dei medici prescrittori specialisti aziendali delle indicazioni stabilite dal Decreto del Ministero della Salute del 9 dicembre 2015 e potenziamento dei controlli sull'appropriatezza prescrittiva

Le azioni sull'organizzazione e la gestione mirano:

- alla razionalizzazione dei consumi di materiale sanitario con particolare attenzione ai farmaci, dispositivi medici, presidi chirurgici e reagenti di laboratorio
- al rispetto/riduzione dei tempi medi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2336 del 3 dicembre 2013
- alla revisione dei modelli organizzativi con misure tese ad evitare il ricorso allo svolgimento di lavoro straordinario (v. note prot. n. 80114/DG del 23/10/2015 e n. 97399/D.G. del 28/10/2015);
- a garantire la massimizzazione della percentuale di utilizzo dei posti letto disponibili
- a garantire la tempestiva esecuzione delle prestazioni specialistiche richieste per i pazienti ricoverati con la verifica dei tempi operatori e l'abbattimento delle liste di attesa delle operazioni programmate
- a concorrere al rispetto dell'equilibrio economico e finanziario e di garanzia dei L.E.A. mediante l'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse disponibili

Ai precedenti macro-obiettivi gestionali si aggiungono quelli formulati per le aree amministrative e sanitarie di supporto:

- il contenimento della spesa farmaceutica;
- l'aderenza dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva ;
- la programmazione centralizzata di azienda degli acquisti ospedalieri per farmaci e dispositivi medici;
- azzeramento dei volumi dei farmaci scaduti;
- razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi sanitari sulla base dei soggetti aggregatori a livello regionale, così come stabilito dalla D.G.R. n. 2256/2015;
- rilevazione costante delle giacenze di reparto nel rispetto dei principi contabili;
- espletamento delle gare scadute ed in proroga tecnica;
- riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente;
- contenimento della spesa del personale dipendente, con particolare riferimento alle competenze accessorie, nel rispetto delle norme vigenti in materia;
- analisi ed eventuale revisione del manuale delle procedure amministrative e dei principali regolamenti amministrativo-contabili aziendali;
- garantire gli adempimenti normativamente disposti in materia di trasparenza ed anticorruzione (Legge n. 190 del 6 novembre 2012).

8.2 INDICAZIONI OPERATIVE RELATIVE ALLE FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

Le schede obiettivi sono elaborate per Unità Operativa e, pertanto, la relativa valutazione finale sarà espressa sulle stesse.

Tra i parametri riportati nella scheda, particolare significato riveste il “peso” da assegnare a ciascun obiettivo. Il sistema di pesatura è rappresentativo del grado di importanza che la Direzione Strategica attribuisce a quello specifico obiettivo, ed inoltre è strumentale alla misurazione della performance di equipe.

Gli obiettivi posseggono, pertanto, i caratteri della chiarezza, realizzabilità e misurabilità ed sono formulati in modo da prevedere il pieno coinvolgimento di tutta la struttura operativa.

Al fine di agevolare la valutazione finale degli obiettivi negoziati, da parte dell'O.I.V., nel corso dell'anno successivo a quello di riferimento del processo di budget, potrà essere richiesta, ai responsabili dei D.A.I., o delle UU.OO. o delle Aree di gestione, una relazione sintetica corredata da idonea documentazione comprovante il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi.

8.3 IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL M.E.S.

Si fa presente che l'attuale processo si svolge nelle more dell'approvazione del D.I.E.F. 2017 e che le linee strategiche qui elaborate, con i relativi macro-obiettivi, valgono per l'anno 2017, salvo integrazione e/o modifiche che devono intervenire vista la recente deliberazione della Giunta Regionale del 28 dicembre 2016, n. 2198 che Individua ed assegna gli obiettivi di performance delle Aziende Ospedaliere Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

La Regione ha ritenuto che l'attività di valutazione della performance delle Aziende ed Enti del SSR possa essere effettuata sulla base del raggiungimento di obiettivi connessi alla seguenti macro-aree obiettivo, oggetto di specifiche osservazioni e rilevazione di criticità da parte del M.E.S. ovvero di inserimento nell'ambito delle strategie regionali del "Programma Operativo 2016-2018" della Regione Puglia:

- Capacità di governo della domanda sanitaria;
- Appropriatelyzza e qualità;
- Assistenza sanitaria territoriale;
- Prevenzione;
- Assistenza farmaceutica;

- Sanità digitale;
- Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa;
- Ricerca e sperimentazione clinica.

Ai fini della valutazione è stato assegnato a ciascuna macro-area obiettivo, e conseguentemente a ciascun obiettivo i connessi indicatori, un peso percentuale.

8.4 IL MONITORAGGIO DEL PNE

L'azienda ospedaliero universitaria in caso di mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure del Piano Nazionale Esiti deve presentare alla regione un piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta;

In questo ambito le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di AGE.NA.S ai sensi del comma 25 bis dell'art.15 della legge 135/2012.

Per questi motivi il processo di budget aziendale è redatto in aderenza con il Programma Nazionale Esiti (PNE) per la valutazione tempestiva degli scostamenti e delle azioni correttive.

Inoltre le disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato che prevedono il sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, dovranno, in quest'ambito, trovare raccordo con il sistema di monitoraggio Regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Per il 2015 lo standard qualitativo proposto è il seguente:

Standard di qualità

				MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore	Peso (%)		1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30	%	≤ 6	6-18	8-12	12-14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15	%	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10	%	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20	%	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15	%	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10	%	≤ 1		1-3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75	%	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	%	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100	%	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50	%	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50	%	≈ 100	80-100	50-80	30-50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33	%	≈ 100	80-100	50-80	30-50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17	%	≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17	%	≤ 0.5		0.5-3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8	%	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25	%	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80	%	≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤ 0.20		0.20-0.70		> 0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90	%	≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10	gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

Il piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2017 in funzione dell'andamento degli obiettivi Regionali e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.

9. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, come prescritto dal D.Lgs 150/2009, utilizza un Sistema di Valutazione delle Performance Aziendali che si ispiri ed osservi i principi e i valori di trasparenza, equità, informazione, partecipazione e che tenga in considerazione le peculiarità che la caratterizzano.

Esso mette in relazione, al fine di sottolinearne l'assoluta interdipendenza, la valutazione individuale del personale con il risultato della struttura in cui opera il soggetto, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e la competenza dei dipendenti (D.M. 70/2015).

La delibera 279 del 3 marzo 2016 ha definito il Piano dei Centri di Costo aziendale, passo fondamentale verso l'implementazione di un sistema di rilevazioni analitiche che funga da supporto nel processo decisionale della Direzione Strategica.

L'articolazione del piano risponde alle esigenze di carattere informativo-gestionale interno, per la verifica del raggiungimento degli obiettivi d'equipe, programmati per le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali.

Con Nota protocollo 54080/2016 della Direzione Generale è stato adottato il Processo di Budget per l'anno 2016 da cui deriva l'analisi degli scostamenti e la misurazione della performance organizzativa; tale strumento prevede, su base dipartimentale, una scheda obiettivo per tutte le Unità Operative e i centri di supporto, rimarcando il principio della responsabilizzazione diffusa: ad ogni obiettivo la Direzione Strategica attribuisce un "peso", rappresentativo del grado di importanza che una funzione, attività, comportamento assume per l'azienda.

La delibera 1433 per il comparto, le delibere 1434 e 1435 per la dirigenza, dell' 11 ottobre 2016 e la delibera 20 del 25 gennaio 2017 con il regolamento di graduazione delle funzioni di coordinamento e la delibera 21 sempre del 25 gennaio 2017 con il regolamento per la graduazione e l'affidamento delle Posizioni Organizzative, hanno definito i protocolli applicativi del sistema premiante per la produttività organizzativa ed individuale: la

retribuzione di risultato viene utilizzata come strumento o, meglio, leva gestionale per incentivare il personale a raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura di afferenza.

9.1 METODOLOGIA DEL SISTEMA PREMIANTE

Il sistema disciplinato dal presente accordo si fonda sul principio che la “produttività” deve essere necessariamente legata alle logiche del budgeting, con l’obbligo di verificare il diritto alla distribuzione dell’incentivo in base al grado di raggiungimento degli obiettivi, misurato attraverso il sistematico impiego di opportuni indicatori di risultato. La retribuzione di produttività conserva, pertanto, il suo forte valore di leva gestionale per incentivare il personale a raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura di afferenza. La metodologia disciplinata dal presente accordo, quindi, in prima battuta collega il calcolo del premio spettante ad ogni equipe (facendo riferimento alla rispettiva area contrattuale) alla performance organizzativa conseguita dal relativo Centro di Responsabilità (CdR), secondo una logica che considera l’attività di ogni singolo CdR come il risultato dell’apporto congiunto di tutte le professionalità presenti; tale premio viene suddiviso all’interno dell’equipe in considerazione delle performance individuali che hanno contribuito al conseguimento dei suddetti risultati di struttura.

Il fondo della retribuzione di produttività è quindi distribuito ai singoli dipendenti in base alla verifica logicamente connessa dei due seguenti livelli di performance:

il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati per il CdR di afferenza (performance organizzativa);

il contributo apportato dal singolo dipendente al raggiungimento dei suddetti obiettivi e più in generale all’efficiente ed efficace funzionamento della propria struttura (performance individuale).

9.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA PREMIANTE

In considerazione di quanto previsto dai Contratti nazionali di lavoro, dal D.Lgs 165/2001 e ss.mm.ii., di quanto ribadito dal D.Lgs 150/09 e dalla L.R. n.1/2011, l’Amministrazione è tenuta ad erogare trattamenti economici accessori che corrispondano alle prestazioni effettivamente rese, previa verifica dei risultati annuali conseguiti. La retribuzione di

produttività destinata al personale di ciascuna struttura aziendale, quindi, sarà direttamente commisurata alle performance organizzative verificate annualmente dall'OIV con il supporto delle funzioni integrate della Struttura tecnica permanente.

Gli obiettivi da realizzare, finalizzati al conseguimento di risultati legati agli obiettivi strategici generali, definiti nella programmazione annuale, sono definiti, per ciascuna struttura, di norma, in sede di formalizzazione del budget.

Allo scopo di consentire la piena e consapevole partecipazione agli obiettivi assegnati, il dirigente responsabile della struttura, non appena perfezionata la procedura di assegnazione degli obiettivi, porterà a conoscenza del personale interessato, in apposita riunione da tenersi entro 30 giorni dalla ricezione della relativa documentazione, gli obiettivi da perseguire, illustrandone le caratteristiche e le modalità di attuazione.

Nella realizzazione degli obiettivi, illustrati preventivamente a tutti i componenti dell'équipe, si dovrà tener conto della qualità dell'apporto partecipativo individuale alla realizzazione della produttività della struttura di appartenenza. A tal fine, il dirigente responsabile compilerà apposita scheda individuale, che ciascun dipendente dovrà sottoscrivere per presa visione, finalizzata ad esprimere l'eventuale differenziazione dell'impegno profuso da ciascun dipendente, riferitamente a:

- Realizzazione delle attività assegnate con precisione seguendo le priorità necessarie;
- Esecuzione delle proprie competenze in autonomia;
- Applicazione delle corrette metodiche ed abilità;

Attitudine ad adattarsi ai cambiamenti organizzativi ed all'introduzione di nuove tecnologie
Dovranno inoltre essere effettuate in corso d'anno, anche in relazione ai risultati di report, riunioni periodiche di verifica dei risultati conseguiti e delle prestazioni sia dell'équipe che individuali, al fine di promuovere gli opportuni correttivi per consentire il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

9.3 PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA DIRIGENZA

Per individuare i parametri di determinazione dell'incentivo teorico vengono individuati dei parametri numerici da attribuire a ciascun dirigente. A tal fine l'accesso al fondo sarà così definito:

- In base al parametro attribuito all'incarico in atto assegnato a ciascun dirigente, come indicato dalla tabella che segue:

<i>Incarico</i>	<i>Parametro di Incarico</i>
UOC	2,20
UOS	1,80
Incarico Professionale	1,60
Incarico di Base	1,30
Dirigenti in prova	1,30

- in virtù dell'apporto partecipativo individuale del dipendente alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla struttura di riferimento, in base alla valutazione espressa dal dirigente responsabile (secondo la tabella che segue) ***che dovrà esprimere un giudizio motivato sul punteggio totale :***

N.	CRITERIO	PUNTEGGIO ATTRIBUITO PRE CIASCUN CRITERIO (FINO A 5)
1	Contributo alla resa produttiva dell'equipe	
2	Capacità organizzative e di problem solving nell'espletamento del proprio incarico	
3	Grado di interscambiabilità operativa	
4	Attitudine ad adattarsi ai cambiamenti organizzativi ed all'introduzione di nuove tecnologie/metodologie	
TOTALE (fino ad un massimo di 20 punti)		

In base al punteggio ottenuto nei criteri di cui sopra, per un massimo di 20 punti, si procederà a raggrupparle secondo lo schema seguente per la dirigenza medica:

Punteggio conseguito	Scala di valutazione	Percentuale Conseguitamento	Graduazione della remunerazione	Punteggio da calcolare
Da 17 a 20	Performance pienamente raggiunta - ottima	80% - 100%	>=90% - 100%	1,5
Da 13 a 16	Performance Adeguata – buona		>=80% - 89%	1,3
Da 9 a 12	Performance nella norma – sufficiente	56% - 79%	>=66% - 79%	1
Da 5 a 8	Performance da migliorare		>=56% - 65%	0,5
Da 0 a 4	Performance insoddisfacente	< =55%	<= 55%	0

In base al punteggio ottenuto nei criteri di cui sopra, per un massimo di 20 punti, si procederà a raggrupparle secondo lo schema seguente per la dirigenza SPTA:

Punteggio conseguito	Scala di valutazione	Percentuale Conseguimento	Graduazione della remunerazione	Punteggio da calcolare
Da 17 a 20	Performance pienamente raggiunta - ottima	80% - 100%	>=90% - 100%	1,5
Da 13 a 16	Performance Adeguata – buona		>=80% - 89%	1,3
Da 9 a 12	Performance nella norma – sufficiente	56% - 79%	>=66% - 79%	1
Da 5 a 8	Performance da migliorare		>=56% - 65%	0,5
Da 0 a 4	Performance insoddisfacente	< =55%	<= 55%	0

9.4 PARAMETRI DI RIFERIMENTO DEL COMPARTO

Per individuare i parametri di determinazione dell'incentivo teorico vengono individuati dei parametri numerici da attribuire a ciascun dipendente. A tal fine l'accesso al fondo sarà così definito:

In base al parametro attribuito alla categoria di appartenenza del dipendente come indicato dalla tabella che segue:

<i>Categoria</i>	<i>Parametro di Categoria</i>
A	1,30
B	1,56
B super	1,60
C	1,90
D	2,16
D super	2,20
D - con PO	2,20

- in virtù dell'apporto partecipativo individuale del dipendente alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla struttura di riferimento, in base alla valutazione espressa dal dirigente responsabile (secondo la tabella che segue, la quale è contenuta nella scheda predisposta ai fini della progressione orizzontale) **che dovrà esprimere un giudizio motivato sul punteggio totale :**

N.	CRITERIO	PUNTEGGIO ATTRIBUITO PER CIASCUN CRITERIO (FINO A 5)
1	Realizzazione delle attività assegnate con precisione seguendo le priorità necessarie	
2	Esecuzione delle proprie competenze in autonomia	
3	Applicazione delle corrette metodiche ed abilità	
4	Attitudine ad adattarsi ai cambiamenti organizzativi ed all'introduzione di nuove tecnologie	
TOTALE (fino ad un massimo di 20 punti)		

In base al punteggio ottenuto nei criteri di cui sopra, per un massimo di 20 punti, si procederà a raggrupparle secondo lo schema seguente:

Punteggio conseguito	Scala di valutazione	Percentuale Conseguitamento	Graduazione della remunerazione	Punteggio da calcolare
Da 17 a 20	Performance pienamente raggiunta - ottima	80% - 100%	>=90% - 100%	1,5
Da 13 a 16	Performance Adeguata – buona		>=80% - 89%	1,3
Da 9 a 12	Performance nella norma – sufficiente	56% - 79%	>=66% - 79%	1
Da 5 a 8	Performance da migliorare		>=56% - 65%	0,5
Da 0 a 4	Performance insoddisfacente	< =55%	<= 55%	0

9.5 ATTRIBUZIONE E CALCOLO DEL COMPENSO

L'Azienda procederà alla definizione della quota di fondo di produttività spettante a ciascuna struttura aziendale, ottenuta sulla base del numero di personale assegnato e del parametro di categoria di ciascun dipendente, come sopra rappresentato.

La determinazione dei compensi incentivanti dei dirigenti di ciascuna struttura sarà definita sulla base dei requisiti che seguono:

Incarico attribuito al dirigente interessato

Parametro conseguito nella scheda di valorizzazione individuale di cui sopra

Effettiva presenza in servizio: saranno conteggiati per la determinazione dell'incentivo spettante i giorni di effettiva presenza in servizio, comprese le ferie, festività e riposi.

La determinazione dei compensi incentivanti dei dipendenti di ciascuna struttura sarà definita sulla base dei requisiti che seguono:

Categoria di appartenenza del dipendente interessato

Parametro conseguito nella scheda di valorizzazione individuale di cui sopra

Effettiva presenza in servizio: saranno conteggiati per la determinazione dell'incentivo spettante i giorni di effettiva presenza in servizio, comprese le ferie, festività, riposi e comandi finalizzati.

Pertanto per ciascun dirigente e dipendente sarà determinato un coefficiente di accesso al fondo ottenuto moltiplicando tra loro i sopra indicati parametri. Tale coefficiente in base al fondo della struttura di riferimento per l'annualità considerata genererà l'incentivo teorico spettante.

9.6 EROGAZIONE DEI COMPENSI

I risultati raggiunti in ciascun centro di responsabilità saranno misurati attraverso l'impiego di opportuni e specifici indicatori e sono oggetto di valutazione da parte dell'OIV, secondo la metodologia dallo stesso fissata. Gli eventuali scostamenti determineranno la conseguente riduzione dell'incentivo teorico spettante come sopra determinato.

L'incentivo spettante ai dirigenti con rapporto di lavoro con impegno ridotto e al personale con rapporto di lavoro part-time sarà determinato in base alla percentuale di presenza in servizio.

Il personale assunto e/o cessato in corso di anno riceverà un incentivo determinato in base alla effettiva presenza in servizio.

Eventuali risorse che, a consuntivo, non possano essere distribuite per mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi verranno utilizzate nell'anno successivo per le medesime finalità.

Di seguito, al fine di esplicitare le operazioni di calcolo della produttività collettiva come disciplinato dal presente accordo si riporta un esempio di calcolo.

10. FASI, SOGGETTI, TEMPI DEL PROCESSO

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Settembre/Ottobre Anno t	Definizione linee di indirizzo	Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t. Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t+1	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • Uffici di staff • OIV
Novembre/Dicembre Anno t	Definizione degli obiettivi triennali, annuali, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori	Riunioni con UO Controllo di Gestione e Direzione Generale per la definizione degli obiettivi triennali e annuali da assegnare alle UU.OO e definizione dei criteri di valutazione.	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • Unità Controllo di Gestione
Gennaio Anno t+1	Approvazione del Piano della Performance e successiva adozione	L'OIV valuta il Piano della Performance prima dell'approvazione e successivamente il DG adotta il Piano e il programma annuale con atto deliberativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • OIV
Gennaio/Febbraio Anno t+1	Assegnazione obiettivi ai D.A.I. ed avvio fase operativa	Il DG,coadiuvato da DS e DA, assegna gli obiettivi annuali ai Direttori dei D.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • Direttori D.A.I. / U.O.C. e Dirigenti responsabili • UO Controllo di Gestione • OIV

Luglio/Agosto Anno t+1	Monitoraggio in corso di esercizio degli obiettivi e attivazione di eventuali interventi correttivi	Elaborazione ed analisi della periodica reportistica. Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi (almeno semestrale). L'OIV garantisce in maniera sistemica, il processo di misurazione in itinere.	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • Direttori D.A.I. / U.O.C. e Dirigenti responsabili • UO Controllo di Gestione • OIV
Gennaio/Febbraio Anno t+2	Rielaborazione dati definitivi anno t+1	L'UO Controllo di Gestione provvede alla misurazione della performance di struttura organizzativa e la trasmette all'OIV per le valutazioni di competenza.	<ul style="list-style-type: none"> • UO Controllo di Gestione • UO Statistica ed Epidemiologia • Ufficio SDO • Ufficio Prestazioni
Maggio/Giugno Anno t+2	Misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale	Il DG affiancato dal DS e dal DA con l'UO Controllo di Gestione, si confronta sul raggiungimento degli obiettivi di struttura e sui relativi scostamenti rispetto al programmato. L'OIV propone al DG la valutazione della performance di struttura organizzativa garantendo il rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità sancito dal D.Lgs. 150/2009.	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • UO Controllo di Gestione • OIV • Area Gestione del Personale

Giugno/Luglio Anno t+2	Redazione dei documenti necessari a garantire l'accountability esterna	L'OIV redige la relazione annuale sulla performance e in seguito promuove l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza pubblicandola nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda Ospedaliera.	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale con il supporto dei Direttori Amministrativo e Sanitario • UO Controllo di Gestione • OIV • URP • Ufficio Qualità • Ufficio Affari Generali
---------------------------	---	---	---

Si precisa che:

- nei primi mesi dell'anno 2017 la Direzione Strategica adotta una deliberazione oppure approva un atto di riferimento (direttive o linee guida) in merito agli obiettivi generali di budget annuali da conseguire, sulla base di specifiche linee di indirizzo precedentemente definite di concerto con gli uffici di staff, per le diverse aree organizzative e funzionali aziendali;
- Successivamente gli obiettivi di budget annuali vengono assegnati ai Direttori delle Unità Operative sanitarie, delle Aree di gestione e delle articolazioni funzionali previste dall'attuale organizzazione aziendale. La relativa documentazione in merito viene trasmessa anche ai Direttori dei D.A.I., ai rappresentanti delle organizzazioni sindacali aziendali ed all'O.I.V.;
- Ai Direttori interessati è richiesto di effettuare, nel corso dell'anno, specifici audit interni al fine di rendere partecipe tutto il proprio personale in servizio, sia ospedaliero che universitario in convenzione, per meglio condividere gli obiettivi e le azioni da conseguire per l'anno interessato. A tale riguardo verranno acquisiti i relativi verbali di audit;
- Entro il mese di agosto 2017 gli uffici interessati, sulla base dei dati informativi disponibili in Edotto e nei diversi sistemi informativi aziendali, trasmetteranno ai Direttori delle unità operative interessate gli scostamenti relativi al primo semestre al fine di poter intraprendere, ove necessario, le relative azioni correttive che dovranno essere evidenziate in specifici verbali di audit interni;

- Entro il mese di gennaio 2018 la Struttura Tecnica Permanente, di concerto con gli uffici di staff della Direzione Strategica, fornisce all'O.I.V. i dati informativi necessari per la valutazione della relazione annuale sul sistema di funzionamento della performance organizzativa aziendale;
- Dopo l'approvazione del bilancio consuntivo aziendale per l'anno 2017 (aprile 2018), sulla base dei relativi dati informativi consolidati, l'O.I.V. provvede alla verifica ed alla valutazione definitiva dell'effettivo grado di conseguimento degli obiettivi di budget attribuiti per l'anno in questione, sulla base di specifici indicatori di risultato precedentemente stabiliti;
- Sulla base delle relative percentuali di conseguimento degli obiettivi di budget 2017 l'Area Gestione del Personale provvede alla liquidazione delle conseguenti quote relative alla retribuzione di risultato per il personale dell'Area della Dirigenza e quelle della produttività e per il miglioramento dei servizi per il personale dell'Area di Comparto;
- L'Area Gestione del Personale provvede alla verifica e valutazione periodica dell'apporto individuale e delle attività professionali svolte dal personale, sia ospedaliero che universitario conferito in convenzione, sulla base delle schede di I istanza proposte dai Direttori delle Unità Operative in cui il personale interessato presta servizio. Invece l'O.I.V. provvede alle valutazioni di II istanza di propria specifica competenza.

11. AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

La redazione del presente Piano ha tenuto conto delle delibere CIVIT n.112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance", n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance", e n. 6/2013 "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013".

L'implementazione del Piano triennale delle performance presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, oltre a permettere l'adempimento degli obblighi previsti dal Decreto Legislativo n. 150/2009, si presenta come un utile strumento al fine di allineare ed integrare i diversi strumenti di pianificazione e programmazione migliorando il

coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative, rendendo più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna, favorendo le attese degli stakeholder e la trasparenza.

Risulta necessario evidenziare che il miglioramento del processo di pianificazione (nei tempi, nelle modalità, nei contenuti) con il relativo raggiungimento di ottimi livelli di performance da parte del personale, costituisce un lavoro in progress su cui l'Azienda si impegna a dare evidenza negli aggiornamenti annuali del presente Piano, integrandolo con gli obiettivi annuali assegnati ai Direttori Generali da parte della Regione Puglia.

Il conseguimento degli obiettivi fissati nel Piano è assoggettato alla credibilità complessiva del sistema di misurazione e valutazione della performance, nella prospettiva di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi, valorizzando al contempo il ruolo centrale del lavoratore all'interno dell'Azienda. Pertanto, l'AOU Policlinico di Bari, al fine di offrire ai singoli stakeholder informazioni puntuali e utili al perseguimento delle finalità dell'azienda e di fornire all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) risultati strumentali all'attuazione del ciclo di performance, provvederà ad elaborare indagini sul benessere organizzativo.

I risultati che si evidenzieranno dalle relative indagini rappresenteranno validi strumenti per il miglioramento della performance dell'organizzazione e per una gestione più adeguata del personale dipendente, contribuendo a fornire informazioni utili a descrivere le tre diverse rilevazioni, nonché, il benessere organizzativo, il grado di condivisione del sistema di valutazione e la valutazione del proprio superiore gerarchico, ai sensi dell'art. 14, comma 5, del decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n.150.

È importante definire le tre rilevazioni:

- Per *benessere organizzativo* si intende lo stato di salute di un'organizzazione in riferimento alla qualità della vita, al grado di benessere fisico, psicologico e sociale della comunità lavorativa, finalizzato al miglioramento qualitativo e quantitativo dei propri risultati. L'indagine sul benessere organizzativo, in particolare, mira alla rilevazione e all'analisi degli scostamenti dagli standard normativi, organizzativi e sociali dell'ente, nonché della percezione da parte dei dipendenti del rispetto di detti standard.
- Per *grado di condivisione del sistema di valutazione* si intende la misura della condivisione,

da parte del personale dipendente, del sistema di misurazione e valutazione della performance approvato ed implementato nella propria organizzazione di riferimento.

- Per *valutazione del superiore gerarchico* si intende la rilevazione della percezione del dipendente rispetto allo svolgimento, da parte del superiore gerarchico, delle funzioni direttive finalizzate alla gestione del personale e al miglioramento della performance.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari somministrerà i relativi questionari tramite l'utilizzo della piattaforma web dell'ANAC o, in alternativa, mediante supporto cartaceo, seguendo i principi generali dell'anonimato e della trasparenza di risultato.

In ottemperanza alle indicazioni fornite dall'OIV, l'AOU Policlinico di Bari ha istituito, con Deliberazione 1470/2016 DG e relativo Avviso di Interpello 1470/2016 DG, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) col fine ultimo di garantire i principi di Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e l'assenza di discriminazioni.

Il CUG, ai sensi dell'art. 57, comma 1, del D.Lgs 165/2011, esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica al fine di prevenire e contrastare le discriminazioni dovute non soltanto al genere, ma anche alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza ed all'orientamento sessuale. La tutela è estesa al trattamento economico, alle progressioni in carriera, alla sicurezza, all'accesso al lavoro, alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno del mobbing promuovendo interventi formativi e di aggiornamento finalizzati al miglioramento dell'ambiente di lavoro. L'organismo risulta composto da personale dipendente a tempo determinato/indeterminato, appartenente all'organico di codesta Azienda Ospedaliera. I candidati vengono selezionati in base ai sottoscritti requisiti:

- adeguata conoscenza delle materie di competenza del C.U.G.;
- adeguate esperienze, nell'ambito delle pari opportunità e/o mobbing, del contrasto alle discriminazioni, rilevabili attraverso il percorso professionale;
- adeguate attitudini, intendendo per tali le caratteristiche personali, relazionali e motivazionali.