



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Ospedale Policlinico – Piazzale Menghini 8/9 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale Silvestrini – S.Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA – Part.IVA 02101050546
Tel. : 075.5781 – Fax. : 075.5783531 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

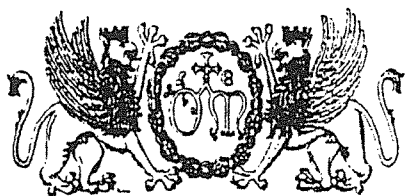
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

19 GEN. 2018 N° 138

OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

Premesso:

- che il **D.Lgs n. 33/2013** mette in evidenza come le amministrazioni pubbliche debbano garantire, in ogni fase del proprio ciclo della performance, l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e le attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- che il piano della performance è uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n. **150/2009** per valutazione della performance riferita non solo all'amministrazione nel suo complesso, ma a cascata a tutte le sue articolazioni sino ad arrivare al singolo dipendente;
- che l'Azienda Ospedaliera di Perugia rifacendosi a tale decreto e richiamando la Delibera della Giunta Regione Umbria n. **52/2012**, in cui venivano definiti indirizzi unitari per le aziende sanitarie sull'adozione di sistemi di valutazione del personale, ha stabilito con le Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del **15 Gennaio 2014** il processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del comparto;
- che D.Lgs n. **74/2017** ha messo in risalto alcuni punti di attenzione sulla modalità di redazione del piano della performance, quali riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e con quello della programmazione strategica, innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell'anno o negli anni precedenti flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Ospedale Policlinico – Piazzale Menghini 8/9 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale Silvestrini – S.Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA – Part.IVA 02101050546
Tel. : 075.5781 – Fax. : 075.5783531 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

Tutto ciò premesso

SI DELIBERA QUANTO SEGUE:

- 1) approvare il piano della performance anno 2018 (**Allegato 1**), che diventa parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) approvare la proposta di obiettivi di budget generali e specifici per l'anno 2018, che saranno concordati e condivisi con i Dirigenti Sanitari e coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici, delle Strutture Complesse riportati nell'**allegato 2** (obiettivi della dirigenza), nell'**allegato 3** (obiettivi del comparto) e nell'**allegato 4** (obiettivi dipartimentali) che diventano parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) approvare la proposta di metodologia di calcolo degli obiettivi di budget (**allegato 5**) che diventa parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 4) di pubblicare il presente atto sul sito aziendale dell'Ente alla pagina "Amministrazione Trasparente".

IL DIRETTORE GENERALE (Dr. Emilio Duca)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Maurizio Valorosi)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dr. Diamante Pacchiarini)

ALLEGATO 1

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

1. PRESENTAZIONE E CONTENUTI

Il Piano della Performance 2018 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è il documento programmatico annuale che individua sia gli obiettivi strategici e operativi aziendali sia gli indicatori per la misurazione della performance. Tale piano è uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n. **150/2009** per valutazione della performance riferita non solo all'amministrazione nel suo complesso, ma a cascata a tutte le sue articolazioni sino ad arrivare al singolo dipendente.. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino (Art 1 comma 2).

Nel recente D.Lgs n. **74/2017** sono stati evidenziati alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell'anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

La performance organizzativa può essere definita in maniera multidimensionale, infatti essa si compone di aspetti che attengono all'attuazione di politiche e conseguente raggiungimento degli obiettivi collegati alle aspettative della collettività, alla concretizzazione di piani e programmi, alla rilevazione della soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, alla modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali di coloro che ne fanno parte, dello sviluppo quali – quantitativo di relazioni con gli stakeholders, al miglioramento dell'efficienza nell'impiego delle risorse. In generale la performance organizzativa potrebbe essere sintetizzata come un sistema di input – output – outcome dove le dimensioni rilevanti sono rappresentate da;

- a) efficienza, rapporto tra risorse utilizzate e prodotto realizzato;
- b) efficacia, produzione di un output adeguato alle esigenze ed aspettative degli utenti, sia interni che esterni;

- c) stato delle risorse, che misura la quantità e la qualità delle risorse dell'amministrazione e il suo stato di salute;
- d) impatto generato dalle attività messe in campo sui destinatari.

2. TERMINOLOGIA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Al fine di favorire una migliore comprensione del contenuto del Piano della Performance 2018 e per garantire la necessaria trasparenza aziendale si ritiene necessario fornire le definizioni di alcuni termini specifici riportati all'interno del piano.

Performance organizzativa: è il livello di performance ottenuto dall'Azienda nel suo complesso, ovvero dalle singole Strutture Organizzative nelle quali essa si articola;

performance individuale: è il livello di performance ottenuto dai singoli individui o microgruppi di individui;

ciclo di gestione della performance: è il processo aziendale utilizzato per definire gli obiettivi e i piani di attività a essi collegati, attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione ed alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo;

piano della performance: è l'insieme degli obiettivi strategici e operativi su cui si fonda l'attività aziendale; viene approvato e revisionato annualmente dalla Azienda;

Misurazione della performance: è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o di soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti;

Valutazione della performance: è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance;

Indicatore: è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo;

Benchmarking: una metodologia basata sul confronto sistematico che permette alle aziende che lo applicano di compararsi con le migliori e soprattutto di apprendere da queste per migliorare;

Stakeholder: è un gruppo di individui, che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione;

Outcome: è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dall'Azienda, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso.

3. INFORMAZIONI D'INTERESSE PER GLI STAKEHOLDERS ESTERNI

3.1. CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliera di Perugia integrata con l'Università, costituisce un polo sanitario di alta specialità che, per le specifiche professionalità presenti, per il complesso di tecnologie innovative e tipologia di prestazioni offerte, è un punto di eccellenza sia per la sanità umbra che per quella nazionale. L'integrazione con l'Università degli Studi di Perugia consente di ottemperare alle funzioni imprescindibili di assistenza, didattica e ricerca. L'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata istituita con DPCM del 3 Marzo 1994, la sua sede legale è presso Ospedale S. Maria della Misericordia – S.Andrea delle Fratte – 06156 Perugia, Partita IVA 02101050546, mentre la Direzione Generale e Sede Amministrativa è sita in Piazzale Menghini 8/9 – 06129 Perugia. L'Azienda Ospedaliera di Perugia assolve non solo il compito di ospedale di alta specialità ma anche quella di ospedale cittadino per la città di Perugia, inoltre nell'ambito della rete del Sistema Regionale Umbro esso non è solo un elemento organizzativo e funzionale ma rappresenta anche la funzione di ospedale regionale.

3.2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

L'Azienda Ospedaliera di Perugia costituisce un polo sanitario di alta specialità che, per le specifiche professionalità presenti, per il complesso di tecnologie innovative e tipologia di prestazioni offerte, è un punto di eccellenza sia per la sanità umbra che per quella nazionale. La sua mission è quella di garantire a tutti gli utenti i più elevati livelli di salute, coniugando assistenza, ricerca e didattica. L'azienda inoltre per molte patologie riveste il ruolo di Centro di Riferimento Regionale oltre a essere stata individuata, dal 2013, come Struttura Regionale di Riferimento per i Trapianti (SRRT). Inoltre l'Azienda Ospedaliera di Perugia sta sempre più integrando, attraverso la stipula di protocolli d'intesa interaziendali, la propria attività con quella delle aziende territoriali umbre non solo per poter garantire una migliore continuità assistenziale tra ospedale e territorio ma anche per rispondere all'annoso problema delle liste di attesa chirurgiche che in alcuni casi provoca la fuga dei pazienti verso gli ospedali di altre regioni. L'Azienda Ospedaliera di Perugia è inoltre dotata di tecnologie avanzate che permettono sempre più di rispondere in maniera veloce e mirata

ai bisogni di salute del cittadino. L'innovazione non è solo tecnologica ma anche organizzativa, infatti negli ultimi anni in azienda sono stati prima sperimentati e poi resi operativi percorsi e strategie che permettono di rispondere a criteri di appropriatezza assistenziale (osservazioni brevi, unità di degenza infermieristica, week surgery) ma anche alle esigenze stesse dell'utenza che ne hanno fatto come nel caso del Percorso Donna dei veri e propri fiori all'occhiello a cui sono stati insigniti continuativamente sin dal 2009 i "Tre Bollini Rosa" dell'Osservatorio Nazionale per la Salute della Donna (ONDA). Il Polo unico ospedaliero/universitario di Perugia rappresenta una cittadella della scienza e della salute ed ha tutte le potenzialità logistiche e professionali per ispirarsi all'ospedale del futuro. L'Ospedale di Perugia può affrontare le sfide terapeutiche realizzando il dinamico trasferimento delle conoscenze scientifiche all'applicazione pratica al letto del malato, offrendo l'opportunità per la didattica di servirsi delle nuove tecnologie mediche e informatiche. L'entusiasmo e la professionalità da tutti dimostrati hanno permesso di raggiungere importanti traguardi e sicuramente di continuare, in questa pur piccola regione, a fare grande la sanità.

4. L'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è attualmente articolata in 48 Unità Operative Complesse (di cui 27 a direzione universitaria) con nove dipartimenti assistenziali integrati (DAI) istituiti e attivati con atto del 14/11/2007 n.1.169 e regolamentati con atto 16/01/2008 n.29. Essi sono:

- Dipartimento Emergenza e Accettazione;
- Dipartimento di Scienze Cardio Toraco Vascolari;
- Dipartimento di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche
- Dipartimento di Neuroscienze e Organi Sensoriali;
- Dipartimento Materno – Infantile;
- Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 1;
- Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 2;
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e di Laboratorio.

Gli organi che compongono il Dipartimento sono: il Direttore di Dipartimento, il Consiglio di Dipartimento e l'Assemblea di Dipartimento. Il Direttore è un Responsabile di Struttura complessa e viene nominato dal Direttore Generale dell'Azienda in caso di Dipartimento ospedaliero e d'intesa col Rettore dell'Università nel Dipartimento universitario, secondo le modalità previste dalle normative nazionali e regionali vigenti. Il Direttore è scelto in base a requisiti di esperienza e capacità clinica, gestionale, scientifica e formativa, di norma nell'ambito di una terna proposta dal Consiglio di Dipartimento, nella

quale siano rappresentate le componenti ospedaliera e universitaria. Per l'individuazione della terna ciascun membro del Consiglio può esprimere una sola preferenza. Le modalità di elezione sono regolamentate da specifico documento. La durata dell'incarico è triennale ed è rinnovabile e sottoposta a revoca. In sede di prima applicazione la durata dell'incarico è annuale. Il Direttore garantisce il funzionamento del Dipartimento stesso ed esercita le funzioni di rappresentanza. Il Direttore è sovraordinato ai direttori di struttura limitatamente agli aspetti di natura gestionale attinenti al DAI ed assume responsabilità in ordine ai seguenti processi:

1. presiede il Consiglio di Dipartimento lo convoca almeno ogni due mesi e cura l'attuazione delle decisioni assunte;
2. convoca almeno una volta all'anno l'Assemblea del Dipartimento;
3. verifica la conformità dei comportamenti e dei risultati con gli indirizzi generali forniti dalla Direzione Aziendale;
4. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di assistenza;
5. promuove le attività del Dipartimento e vigila sull'osservanza delle leggi e regolamenti;
6. assicura il perseguimento della qualità dell'assistenza anche attraverso il ricorso a metodologie e strumenti del governo clinico, promuovendo l'adozione di linee guida e la definizione di percorsi clinico – assistenziali, al fine di adeguare i comportamenti professionali a criteri di appropriatezza ed efficacia, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili;
7. negozia con la direzione Aziendale, insieme ai Direttori di Struttura Complessa il budget globale di Dipartimento per le attività assistenziali;
8. predispone annualmente una relazione sul raggiungimento degli obiettivi negoziati;
9. formula criteri clinici di priorità di accesso alle prestazioni e vigila sulla loro corretta applicazione anche al fine dei tempi di attesa;
10. promuove l'innovazione tecnico-professionale ed organizzativa;
11. promuovere la valorizzazione professionale;
12. cura lo sviluppo delle relazioni interne ed esterne.

Il Direttore di Dipartimento è responsabile della gestione del budget assegnato al Dipartimento, che costituisce il piano di attività per la gestione complessiva del Dipartimento stesso.

Altro organo dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è il Collegio di Direzione formato dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali e dal Responsabile del S.I.T.R.O.; tale organo è preposto alle attività cliniche di governo, programmazione e valutazione delle attività tecnico – sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

Nelle figure (**Figg.1-3**) sotto riportate è presentata la composizione dell'area centrale aziendale.

Figura 1 Organigramma Area Centrale - Direttore Generale

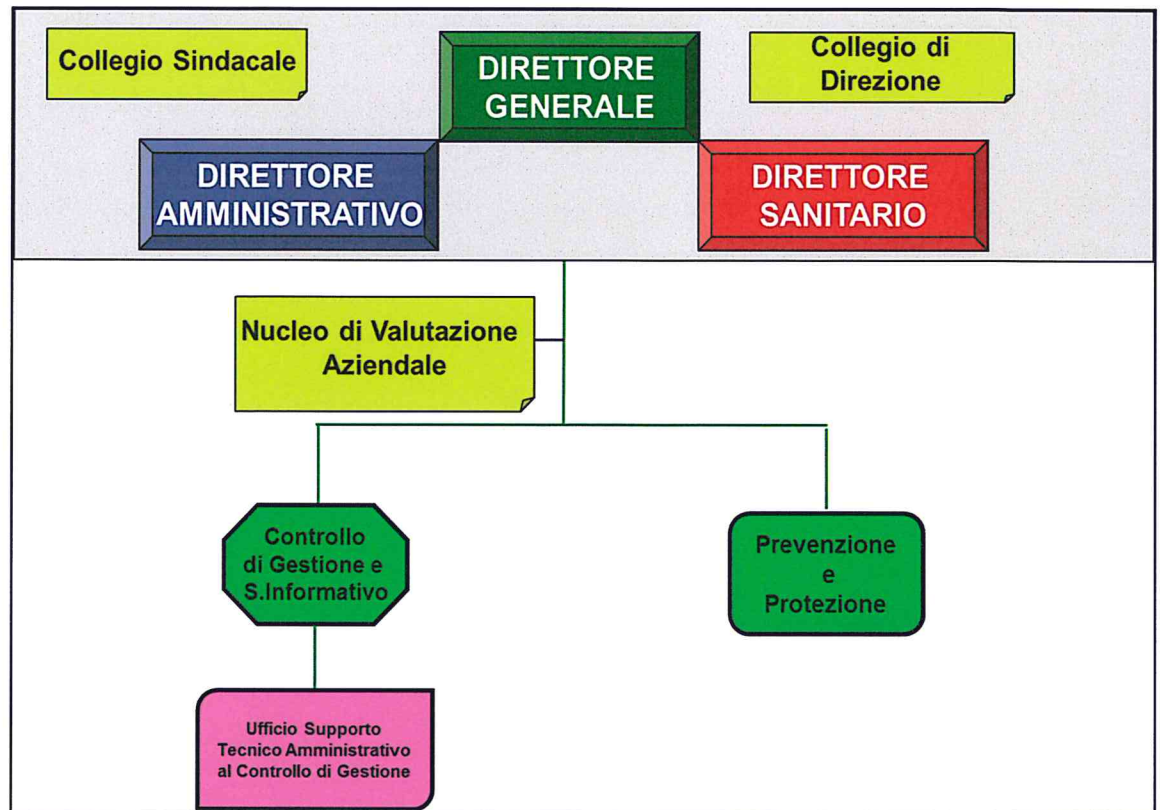
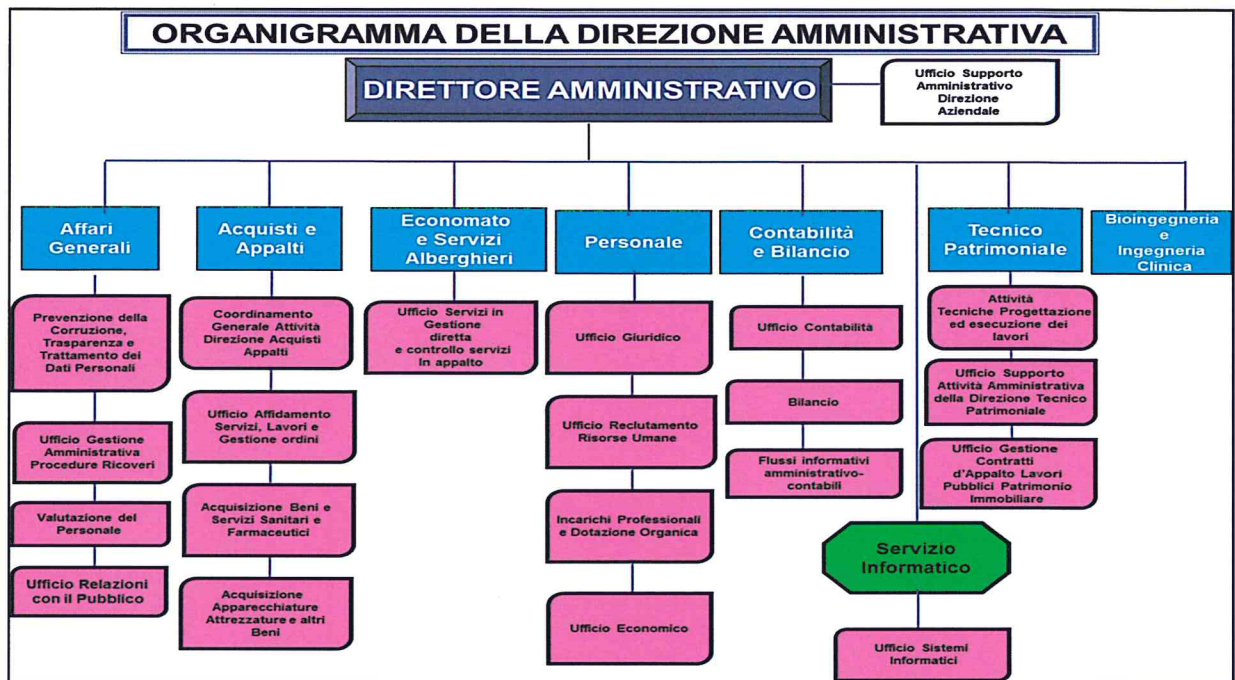


Figura 2 Organigramma Area Centrale - Direttore Sanitario



Figura 3 Organigramma Area Centrale - Direttore Amministrativo



La Struttura organizzativa nel suo complesso, sanitaria e tecnico – amministrativa, garantiscono lo svolgimento dei compiti istituzionali assegnati all'azienda.

Le Aziende Ospedaliero/Universitarie sono sistemi organizzativi tra i più complessi che hanno come "mission" la didattica, la ricerca e l'assistenza. Sono chiamate a un miglioramento continuo che solo il circolo virtuoso delle conoscenze e delle buone pratiche può alimentare. Tutto ciò che l'organizzazione aziendale non deve essere solo caratterizzata dalla multidisciplinarietà e/o multiprofessionalità ma anche dalla capacità di adattamento e cambiamento. L'organizzazione aziendale sanitaria è forse la principale dimensione nel processo di cambiamento. Pianificazione strategica, programmazione ciclica delle attività, gestione delle risorse e orientamento all'utenza e coinvolgimento del cittadino sono concetti cardine e imprescindibili nel percorso di rinnovamento che negli ultimi anni ha subito e sta subendo il SSN. Mantenere un SSN sostenibile è ormai una delle priorità per chi si occupa di sanità, a tutti i livelli; tutto questo può realizzarsi solamente innovando, rendendo il sistema più efficace ed efficiente, adottando nuovi modelli organizzativi che rendano più lean le aziende, mutando in maniera creativa i profili professionali per renderli più idonei ai cambiamenti in atto. Innovare significa ottenere cambiamenti e non solo proporre nuovi modelli o sistemi. L'innovatore ha idee brillanti, in qualche modo rivoluzionarie, prende dei rischi e prosegue quando gli altri si sono ormai fermati ed è per questo che un'organizzazione, in particolare quella sanitaria non si può permettere di restare al palo quando c'è un cambiamento o quando c'è la necessità di mutare i propri assetti. Una azienda sanitaria deve essere una organizzazione flessibile, strutturata in maniera tale da fronte alle evoluzioni dei modelli organizzativi e degli scenari normativi.

L'operatività e le sue funzioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia vengono svolte nell'Azienda Ospedaliera di Perugia dalle strutture organizzative alle quali sono assegnate risorse umane, materiali, tecnologiche e strutturali, gestite in base a una precisa organizzazione e programmazione aziendale e monitorate principalmente attraverso lo strumento del budgeting. L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia si articola in:

- dipartimenti assistenziali integrati (DAI);
- strutture Complesse e Staff della Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione sanitaria;
- strutture complesse;
- strutture semplici dipartimentali;
- strutture semplici;
- incarichi di alta specializzazione;
- incarichi professionali;
- posizioni organizzative;

Il personale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2016 era composto da 2.863 unità tra personale ospedaliero (2.639 dipendenti) e personale universitario in convenzione (224 unità) a cui vanno aggiunti 38 contratti di collaborazione coordinata e continuativa e contratti libero professionali (tabelle 1-2).

Tabella 1. Personale ospedaliero Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2016

Ruolo	Indeterminato		Determinato		TOTALE
	Numero	%	Numero	%	
Dirigenza Medica	397	17,2	66	20,3	463
Dirigenza Sanitaria	44	1,9	6	1,8	50
Comparto Ruolo Sanitario	1.293	55,9	181	55,7	1.474
Totale Ruolo Sanitario	1.734	74,9	253	77,8	1.987
Dirigenza Professionale	3	0,1	0	0,0	3
Comparto Ruolo Professionale	4	0,2	0	0,0	4
Totale Ruolo Professionale	7	0,3	0	0,0	7
Comparto Ruolo Tecnico	429	18,5	72	22,2	501
Totale Ruolo Tecnico	429	18,5	72	22,2	501
Dirigenza Amministrativa	3	0,1	0	0,0	3
Comparto Ruolo Amministrativo	141	6,1	0	0,0	141
Totale Ruolo Amministrativo	144	6,2	0	0,0	144
Totale	2.314	100,0	325	100,0	2.639

Tabella 2. Personale universitario convenzionato Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2016

Ruolo	Numero	%
Dirigenza Medica	120	53,6
Dirigenza Sanitaria	23	10,3
Comparto Ruolo Sanitario	6	2,7
Totale Ruolo Sanitario	149	66,5
Dirigenza Professionale	4	1,8
Comparto Ruolo Professionale	0	0,0
Totale Ruolo Professionale	4	1,8
Comparto Ruolo Tecnico	36	16,1
Totale Ruolo Tecnico	36	16,1
Dirigenza Amministrativa	0	0,0
Comparto Ruolo Amministrativo	35	15,6
Totale Ruolo Amministrativo	35	15,6
Totale	224	100,0

5. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La programmazione aziendale si esplicita all'interno dei seguenti vincoli normativi:

- Decreto Legislativo n.502/1992;
- Decreto Legislativo n.517/1993;
- Patto per la Salute 2010 – 2012;
- Patto per la Salute 2014 – 2016;
- Manovre economiche nazionali (Spending Review) e Leggi di Stabilità annuali;
- Legge n.190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Decreto Legislativo n.33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione”;
- Decreto Ministeriale n.70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- Legge Regionale n.11/2015 Testo unico in materia di sanità e servizi sociali;
- Legge Regionale n.10/2016 Modificazioni e integrazioni alla Legge Regionale n.11/2015;
- Piano Nazionale Cronicità del 15 Settembre 2016;
- Piano Sanitario Regionale 2009 – 2011.

La programmazione aziendale negli ultimi anni è stata sicuramente influenzata dal ridimensionamento che ha subito il Fondo Sanitario nazionale che di riflesso si è ripercosso sul Sistema Regionale della Regione dell'Umbria. Nel corso degli ultimi anni il top management dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha dovuto mettere in campo una serie di azioni virtuose per far convivere, a parità di risorse o a risorse decrescenti, il bilancio, la qualità delle cure e l'appropriatezza organizzativa. La programmazione di un'azienda sanitaria non è solamente di tipo economico ma anche e soprattutto di tipo organizzativo e in alcuni casi vi sono degli elementi esterni di benchmark che talune volte possono condizionare alcune scelte strategiche aziendali. La batteria di indicatori presenti nella piattaforma del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa insieme al Programma di Valutazione degli Esiti (PNE) di AGENAS rappresentano i principali "influencer" nella programmazione di un'azienda sanitaria; infatti il set d'indicatori del MeS mostra l'andamento dei principali indicatori aziendali e il loro posizionamento rispetto a determinati livelli di performance (benchmark) mentre gli indicatori annuali del PNE posizionano rispetto al livello nazionale sia i livelli di output (volumi di attività) e di outcome (indicatori di esito).

Le scelte aziendali sono comunque influenzate non esclusivamente da vincoli di bilancio, dagli indicatori sanitari ma anche dai compiti cui l'azienda deve adempiere, ossia l'alta specializzazione, l'emergenza ma anche l'attività tipica di un ospedale cittadino. La popolazione di riferimento è quella della provincia di Perugia qui sotto è riportata la sua distribuzione per distretto di residenza (tabella 3).

Tabella 3 Distribuzione per area di geografica di residenza della popolazione della provincia di Perugia al 1 Gennaio 2017.

Area di Residenza	Popolazione	%
Distretto Alto Chiascio	54.766	8,3
Distretto Alto Tevere	76.063	11,5
Distretto del Perugino	194.765	29,5
Comune di Perugia	166.676	25,2
Distretto dell'Assisano	62.269	9,4
Distretto Media Valle del Tevere	55.727	8,4
Distretto del Lago Trasimeno	57.773	8,7
Usl Umbria 1	501.363	75,9
Comuni Provincia di Perugia appartenenti USL Umbria 2	159.327	24,1
Totale	660.690	100,0

Fonte Dati: Istat



6. L'AZIENDA IN CIFRE

L'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per l'anno 2016 si può sintetizzare con i dati riportati nella tabella sottostante (Tabella 4).

Tabella 4. Attività di ricovero Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016

DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2015	ANNO 2016	diff.	diff. (%)
Posti Letto	751,4	743,1	-8,3	
Ricoveri (Ammessi, Dimessi, Trasferiti)	38.934	37.881	-1.053	-2,7

Tabella 4. Attività di ricovero Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016 (segue)

DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2015	ANNO 2016	diff.	diff. (%)
Giornate di degenza ricoveri	257.636	251.343	-6.293	-2,4
Giornate di degenza dimessi	257.010	250.737	-6.273	-2,4
Dimessi (Totale SDO)	34.843	33.563	-1.280	-3,7
Dimessi medici 0-2 giorni	6.115	5.830	-285	-4,7
Dimessi chirurgici 0-1 giorno	2.942	2.560	-382	-13,0
Dimessi chirurgici ordinari	12.500	11.755	-745	-6,0
% dimessi con DRG chirurgico sul totale dei dimessi	35,9%	35,0%		-0,9%
Numero parti	2.076	1.971	-105	-5,1
Numero parti cesarei	621	568	-53	-8,5
% parti cesarei	29,9%	28,8%		-1,1%
Trapianti	111	140	29	26,1
Trapianti rene	8	20	12	150,0
Trapianti midollo osseo	92	103	11	12,0
Trapianti cornea	11	17	6	54,5

Tabella 4. Attività di ricovero Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016 (segue)

DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2015	ANNO 2016	diff.	diff. (%)
Peso medio DRG	1,22	1,26	0,04	
Peso medio DRG chirurgici	1,89	2,02	0,12	
Degenza media	7,38	7,47	0,09	
Tasso di utilizzo	93,94%	92,42%		-1,52%
Alta specialità Regione Umbria	2.461	2.476	14	0,6
Medio bassa specialità Usl Umbria 1	27.000	25.931	-1.068	-4
Medio bassa specialità Usl Umbria 2	1.857	1.981	124	6,7
Alta specialità Fuori Regione	460	432	-29	-6,3
Medio bassa specialità Fuori Regione	3.064	2.743	-321	-10,5
Posti Letto	49,3	48,8	-0,5	
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.373	5.739	366	6,8
Day Hospital/Day Surgery con 1 accesso	4.920	5.224	304	6,2
Day Hospital/Day Surgery a ciclo	453	515	62	13,7
Ricoveri con DRG chirurgico	3.187	3.358	171	5,4
% DRG chirurgici sul totale dei dimessi DH/DS	59,3%	58,5%		0,0
Accessi totali	9.805	10.734	929	9,5
Accessi medi	1,82	1,87	0,05	
Peso medio DRG	0,86	0,87	0,01	

Fonte Archivio SDO

L'attività di ricovero svolta all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è rivolta principalmente a residenti dell'ASL Umbria 1 (82,6%). Il restante 17% è così suddiviso: 7,3% per residenti nell'ASL Umbria 2, 8,6% per pazienti provenienti da fuori regione e il rimanente 1,5 per cittadini stranieri. I residenti dell'ASL

Umbria provengono principalmente dal Distretto del Perugino (59,6%) seguiti da quelli residenti nel Distretto del Lago Trasimeno (13,3%) e da quelli provenienti dalla Media Valle del Tevere (10,7%). Importante rilevare come nel corso del tempo l'Azienda Ospedaliera di Perugia stia cercando di ridurre il volume di attività di ricovero in regime ordinario, in modo tale da poter recuperare giusti livelli di appropriatezza; per far sì nel corso degli ultimi anni sono state istituite alcune osservazioni brevi di tipo specialistico (pronto soccorso, pediatria, urologica, chirurgica e internistica) affinché i pazienti possano essere inseriti nei percorsi e nei setting assistenziali più appropriati.

Nella tabella 5 vengono presentati i dati dell'attività, in percentuale, di ricovero dell'anno 2016 scomposti per provenienza, regime di ricovero e dipartimento di dimissione, da dove si evince (valutando anche i numeri assoluti) come le attività per pazienti provenienti da fuori regione siano percentualmente più importanti nel Dipartimento di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e in quello di Scienze Chirurgiche.

Tabella 5 Scomposizione percentuale per provenienza, regime di ricovero e Dipartimento di dimissione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016

STRUTTURA DI DIMISSIONE	ASL UMBRIA 1			ASL UMBRIA 2			FUORI REGIONE			STRANIERI		
	Ordinari	DH/DS	Totale	Ordinari	DH/DS	Totale	Ordinari	DH/DS	Totale	Ordinari	DH/DS	Totale
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	87,7	91,5	88,3	5,1	4,2	4,9	5,4	4,2	5,3	1,8	0,0	1,5
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	83,7	90,0	84,1	7,2	3,9	7,0	8,0	5,8	7,9	1,0	0,2	1,0
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	72,2	64,1	68,8	11,2	12,3	11,7	14,7	21,5	17,6	1,8	2,1	1,9
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	78,4	78,8	78,5	9,9	11,5	10,3	10,1	9,1	9,9	1,5	0,6	1,4
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	87,6	82,5	87,0	6,3	4,8	6,1	4,2	5,0	4,3	2,0	7,7	2,7
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	89,7	75,2	89,1	4,5	10,9	4,8	4,5	14,0	4,9	1,3	0,0	1,3
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	86,8	85,4	86,7	6,1	10,8	6,3	5,8	3,8	5,7	1,4	0,0	1,3
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	78,9	80,3	79,2	7,1	7,2	7,1	12,7	12,1	12,5	1,4	0,3	1,1
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	62,5	50,0	60,8	20,3	50,0	24,3	17,2	0,0	14,9	0,0	0,0	0,0
UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA	92,3	0,0	92,3	2,9	0,0	2,9	4,4	0,0	4,4	0,4	0,0	0,4
TOTALE AZIENDA	83,5	77,4	82,6	7,1	8,7	7,3	8,0	12,0	8,6	1,4	1,9	1,5

Fonte Archivio SDO

L'alta specialità rappresenta per un'azienda ospedaliera un fattore qualificante soprattutto in una azienda come quella di Perugia, che non solo rappresenta l'ospedale di riferimento per la regione, ma si

pone come uno dei maggiori complessi sanitari compresi tra Roma e Firenze. L'attività di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia rappresenta l'8,7% dell'attività in regime ordinario ed è maggiormente concentrata nei dipartimenti di Scienze Cardio Toraco Vascolari, Neuroscienze ed Organi Sensoriali e in quello di Emergenza e Accettazione (tabella 6). In quest'ultimo dipartimento l'attività di alta specialità riguarda il 30% dell'attività totale in regime ordinario (tabella 7), mentre nei dipartimenti di Scienze Cardio Toraco Vascolari, di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e di Neuroscienze ed Organi Sensoriali essa varia tra il 13% e il 16%.

Tabella 6. Attività di alta specialità (regime ordinario) nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016.

STRUTTURA DI DIMISSIONE	UMBRIA		EXTRAREGIONE		TOTALE	
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	317	369	32	31	349	400
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	1.023	968	176	148	1.199	1.116
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	186	172	83	98	269	270
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	398	410	87	85	485	495
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	173	153	33	25	206	178
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	91	110	6	7	97	117
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	87	114	14	15	101	129
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	186	180	29	23	215	203
TOTALE AZIENDA	2.461	2.476	460	432	2.921	2.908

Fonte Archivio SDO

Tabella 7. Attività di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2015 – 2016.

STRUTTURA DI DIMISSIONE	ALTA SPECIALITA'		RICOVERI ORDINARI		% ALTA SPECIALITA'	
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	349	400	1.386	1.306	25,2	30,6
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	1.199	1.116	6.970	7.116	17,2	15,7
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	269	270	1.954	2.010	13,8	13,4
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	485	495	3.789	3.792	12,8	13,1
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	206	178	7.107	6.421	2,9	2,8
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	97	117	3.629	3.150	2,7	3,7
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	101	129	3.126	3.434	3,2	3,8
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	215	203	6.455	5.724	3,3	3,5
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	0	0	87	64	0,0	0,0
UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA	0	0	340	546	0,0	0,0
TOTALE AZIENDA	2.921	2.908	34.843	33.563	8,4	8,7

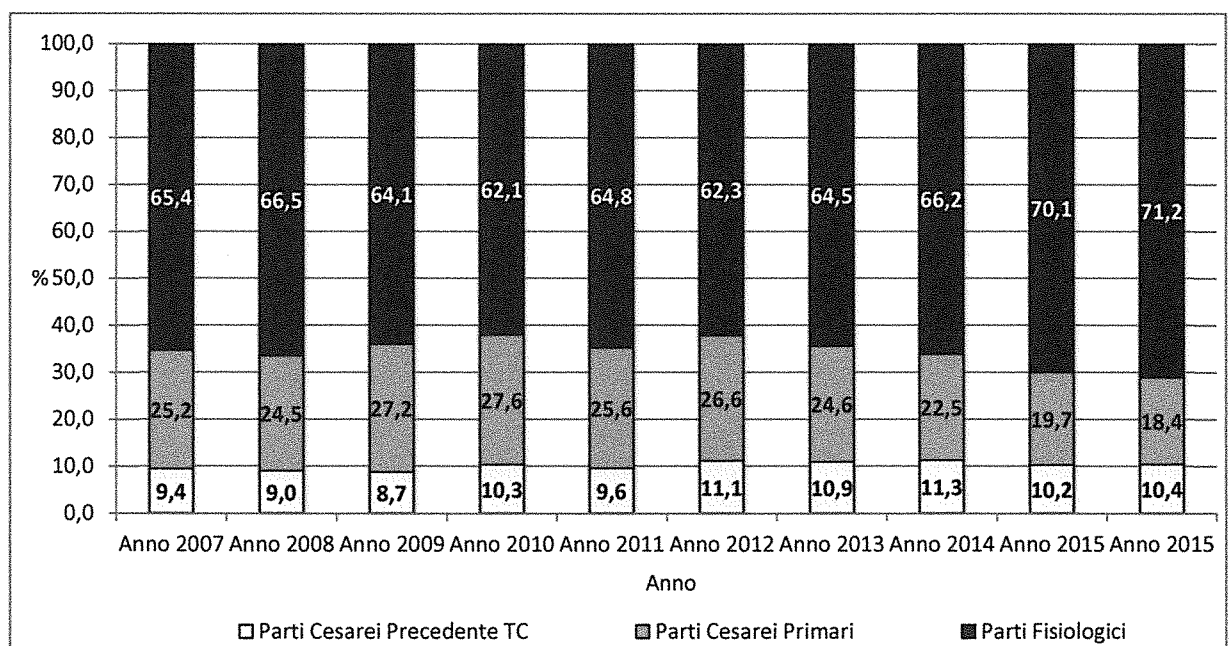
Fonte Archivio SDO

Nell'anno 2016 sono stati eseguiti 20.046 tra interventi chirurgici (regime ordinario e day surgery), procedure ambulatoriali, quali interventi di cataratta, tunnel carpale, iniezione intravitale di sostanze terapeutiche, laser a eccimeri e interventi otorinolaringoiatrici, e DRG medici con impegno di risorse equivalenti ai DRG chirurgici. L'anno 2016 ha anche visto la delocalizzazione degli interventi chirurgici, infatti sono stati siglati con l'ASL Umbria 1 protocolli d'intesa interaziendali per l'espletamento di attività di chirurgia pediatrica presso il presidio ospedaliero di Assisi, di chirurgia otorinolaringoiatrice presso il presidio ospedaliero di Pantalla, di chirurgia ginecologica presso il presidio di Castiglione del Lago, e di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per lo scompenso cardiaco presso il presidio ospedaliero di Assisi. Questa joint venture tra le due aziende ha portato per l'ospedale di Perugia ha contribuito, in parte, a una contrazione degli interventi chirurgici ma ha dato risposte sul fronte delle liste d'attesa. Infatti questo nuovo tipo di collaborazione tra Azienda ospedaliera e Azienda territoriale, la creazione di un "pool di professionisti itineranti" che spostandosi da una struttura di un presidio a una di un altro può contribuire allo sviluppo di una cultura dell'integrazione e della multidisciplinarietà, garantendo comunque l'applicazione di percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali appropriati ed idonei per il paziente e inoltre come già sottolineato in precedenza a concorrere all'annoso problema dell'abbattimento delle liste di attesa chirurgica. La ratifica del protocollo d'intesa rientra inoltre nello sviluppo di strategie condivise che favoriscano il contenimento della mobilità passiva extraregionale, attraverso una rete integrata delle

attività dei diversi Presidi Ospedalieri, con particolare riferimento alle prestazioni di ricovero di Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia chirurgica e medica, Chirurgia Pediatrica e Riabilitazione. Questo nuovo modello può rappresentare sicuramente un nuovo passo verso la reale integrazione Ospedale – Territorio che potrà portare benefici a entrambe le parti. Inoltre recentemente l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha stipulato dei protocolli d'intesa interaziendali anche l'ASL Umbria 2 per l'espletamento nel presidio ospedaliero di Foligno delle attività di chirurgia maxillo – facciale, chirurgia vascolare e per la radioterapia intraoperatoria (IORT), per rispondere al meglio alle esigenze assistenziali della popolazione dei territori di competenza attraverso la riduzione della mobilità passiva e per un utilizzo ottimale dei servizi nella rete regionale ospedaliera, sia intermini di spazi che di risorse umane.

Nel 2016 ci sono stati nell'Azienda Ospedaliera di Perugia 1.971 parti, in calo del 5% rispetto all'anno precedente ma in linea con la tendenza nazionale (fonte Istat: 485.780 nati nel 2015 e 474.000 nel 2016 con circa 91.000 nascite in meno tra il 2008 e il 2015). L'anno 2016 ha però messo in evidenza un aumento della percentuale dei parti fisiologici (71,2% contro il 70,1% dell'anno precedente) e di conseguenza una diminuzione dei tagli cesarei (28,8% nel 2016) e in particolare dei cosiddetti parti cesarei primari che passano dal 19,7% del 2015 al 18,4% del 2016 (figura 4). La performance dell'anno 2016 è sicuramente positiva se confrontata con i dati del Rapporto Annuale sull'Attività di Ricovero Ospedaliero del Ministero della Salute (dati riferiti all'anno 2015) che vedono la percentuale dei tagli cesarei in Italia pari al 35,4% e del 29,0% in Umbria e quella dei parti cesarei primari del 22,2% in Italia e del 19,1% in Umbria.

Figura 4. Scomposizione percentuale dei parti fisiologici e dei parti cesarei primari e con precedente TC. Anni 2007 – 2016



L'Azienda Ospedaliera di Perugia continua a essere un "Ospedale Donna", che per il nono anno si è visto assegnare, unico ospedale in Umbria, da una commissione di esperti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA) i 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per la presenza di servizi nell'ambito di specialità di maggiore rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile, per l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, per i servizi, e per l'accoglienza delle pazienti e per la tutela della loro dignità. L'Azienda Ospedaliera di Perugia si è distinta nel corso dell'anno per molteplici eventi che ancora di più hanno identificato la nostra azienda come Ospedale Aperto; oltre alle rianimazioni aperte con orari estremamente flessibili per i visitatori si ricorda l'attività di pet-therapy soprattutto in Oncoematologia Pediatrica, clown in corsia, cinema per i pazienti psichiatrici. Tutte queste iniziative, insieme a tutte le altre che saranno intraprese nel corso dell'anno 2018 fanno sì che l'Azienda Ospedaliera di Perugia sia sempre più un ospedale con il cittadino al centro del sistema, dove umanizzazione e cura si fondono in un connubio imprescindibile per rispondere sempre più alle esigenze dell'utenza e alle trasformazioni del SSN.

Una attività che caratterizza di sicuro una Azienda Ospedaliera è quella trapiantologica e presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata individuata dal 15/03/2013 la Struttura Regionale di Riferimento per i Trapianti (SRRT) dotata di un proprio regolamento, di protocolli operativi (secondo le indicazioni del Centro Nazionale Trapianti) e di idonee risorse umane e strumentali. Attualmente in azienda vengono effettuate tre tipologie di trapianto: renale, midollo osseo e cornea. Nel 2016 si sono stati eseguiti 140 trapianti (111 nel 2015) di cui 103 di midollo osseo (59 autologi e 44 allogenici), 20 di rene e 17 di cornea.

Nell'anno 2016 al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia vi sono stati 62.139 accessi (170 accessi medi giornalieri). Il 91% di essi è rappresentato da pazienti residenti in Umbria, di questi il 75% proviene dai comuni Perugia (32.903 accessi), Corciano, Magione e Marsciano. Il giorno, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, che risulta più frequentato (Tabella 1) è il lunedì (15,6% degli accessi) seguito rispettivamente dal venerdì (14,7%) e dal mercoledì (14,4%). Un dato interessante da rilevare è come il sabato si concentri in Pronto Soccorso un'alta percentuale di codici bianchi (1.207 casi pari al 16,5 %). Oltre il 70% degli accessi avviene tra le 8 e le 20 (44.412 accessi). Interessante rilevare come il 57,7% degli accessi totali si verifichi per codici bianchi e verdi (livelli di urgenza di medio – bassa gravità) si concentrando nelle dodici ore che vanno dalle otto di mattina alle otto di sera congestionando di fatto l'attività di pronto soccorso. Il dato che maggiormente salta agli occhi è che ci si è rivolti, principalmente al Pronto Soccorso per casi di medio – bassa gravità, infatti il 69,1% degli accessi sono quelli relativi al codice verde, mentre un altro 11,8% è rappresentato dai codici bianchi (tabella 8).

Tabella 8. Attività di triage di Pronto Soccorso. Anno 2016

Codice	Numero	%
Rosso	845	1,4
Giallo	8.386	13,5
Verde	42.915	69,1
Bianco	7.331	11,8
Ex Urgenze da reparto	2.662	4,3
Totale	62.139	100,0

Fonte First Aid

Questi dati servono sicuramente a far riflettere e soprattutto a far pensare a una diversa organizzazione della rete territoriale, perché così facendo si continuerà a congestionare la porta d'accesso dell'ospedale di riferimento regionale con accessi che con molta probabilità non sarebbero nemmeno dovuti arrivare al Pronto Soccorso. In un'ottica di recupero dell'appropriatezza del ricovero l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha ormai messo in campo da anni di forme alternative al ricovero ospedaliero. Il primo segnale di questo cambiamento è stato l'istituzione dell'Osservazione Breve in Pronto Soccorso, seguita poi dall'avvio di quella pediatrica, chirurgica, urologica e infine nel luglio 2015 di quella internistica (Tabella 9).

Tabella 9. Attività di Osservazione Breve. Anni 2015 – 2016

	Dimesso		Ricoverato		Dimissione Volontaria		Altro		Totale	
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2016
Osservazione Breve										
Pronto Soccorso	981	1.095	149	173	175	198	6	2	1.311	1.468
Internistica	717	1.422	145	308	9	41	2	5	873	1.776
Chirurgica	706	1.084	447	643	53	97	2	0	1.208	1.824
Urologica	543	762	133	170	87	125	25	7	788	1.064
Pediatrica	1284	1.443	443	386	27	25	11	11	1.765	1.865
Totale	4.231	5.806	1.317	1.680	351	486	46	25	5.945	7.997
% esito	71,2	72,6	22,2	21,0	5,9	6,1	0,8	0,3	100,0	100,0

Questo processo di ridefinizione di risorse e di setting assistenziali innovativi, resosi necessario per regolamentare i flussi dei pazienti sia in entrata che in uscita, ha portato nel maggio del 2015, con Deliberazione del Direttore Generale n.770 del 04/05/2015 alla attivazione dell'Unità di Degenza Infermieristica; tale azione nasce non solo dall'esigenza di garantire la continuità assistenziale a quei soggetti che terminato il percorso clinico acuto non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio ma anche per poter migliorare l'utilizzo dei posti letto in area medica, ottimizzando la degenza media, l'appropriatezza dei ricoveri al fine ridurre anche il fenomeno dei letti aggiunti, senza dimenticare il tentativo di integrare le strutture ospedaliere con quelle territoriali condividendo percorsi assistenziali integrati per le dimissioni protette. Nello stesso periodo, con Deliberazione del Direttore Generale n.930 del 05/06/2015 viene cessata la Struttura Complessa di Medicina Interna e Scienze Oncologiche e i posti letto nella sua dotazione assegnati in egual misura alla Struttura Complessa di Medicina Interna e a quella di Medicina Interna, Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit sotto forma di letti tecnici di osservazione breve. Tali sforzi organizzativi sono possibili solamente grazie alla predisposizione al cambiamento e a una forte volontà di cambiare rotta in direzione di quelli che sono non solo i nuovi modelli ma soprattutto per garantire sempre al cittadino – utente il giusto e corretto intervento fornito nei modi e nei tempi adeguati sulla base degli standard riconosciuti con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi

7. IL BILANCIO

La tipologia dei ricavi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia rimane sostanzialmente imperniata sulle consuete categorie della mobilità sanitaria, dei contributi in conto esercizio dalla Regione e delle così dette entrate proprie. Il sistema di remunerazione per le strutture erogatrici del sistema sanitario regionale prevede infatti l'assegnazione di una quota a mandato, per specifiche funzioni, più il finanziamento a prestazione della restante attività sia che venga resa alle aziende territoriali regionali (in base ad accordi che devono definire i volumi di attività ed i relativi corrispettivi, sulla base delle tariffe vigenti e secondo regole mirate a garantire l'equilibrio del sistema e la qualità ed appropriatezza dell'assistenza) sia che venga rivolta a cittadini di provenienza extraregionale. I ricavi per **Contributi in c/esercizio**, che ammontano ad € 66.923.153,82, sono, nel 2016, sostanzialmente in linea con l'importo del 2015 (esercizio in cui tale voce assommava ad € 66.892.150,97). La **mobilità sanitaria extraregionale** nel 2016 ha registrato un fatturato di € 22.798.417,98 contro un volume di € 22.226.890,14 del 2015 facendo segnare un incremento di € 571.527,84. Per quanto attiene l'area della **mobilità sanitaria regionale**, che costituisce la principale posta di ricavo per l'Azienda ospedaliera di Perugia, rispetto al 2015 (anno in cui il tetto dell'attività era di € 190.011.477,00), si registrano le seguenti variazioni:

- La Regione dell'Umbria con la DGRU n. 1250 del 29/10/2015 avente ad oggetto *"Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del bilancio di previsione*

per l'esercizio 2015" ha fissato il tetto complessivo per gli accordi di mobilità intraregionale in € 191.511.477,00. Tale tetto non è stato modificato dalle delibere della giunta regionale che sono successivamente intervenute sul finanziamento 2016 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

- La mobilità sanitaria regionale extra Global Budget nel 2016 è risultata ammontare ad € 2.592.427,13.

Sempre in ambito regionale, i dati della mobilità sanitaria confermano anche il fatto che l'Azienda Ospedaliera di Perugia funge, per il territorio della ex ULSS PG 3, da ospedale di comunità; infatti mentre nei confronti della USL Umbria 2 l'elevata complessità rappresenta una quota considerevole del fatturato (34,6%), nei riguardi della USL Umbria 1 tali prestazioni costituiscono circa il 20,4% del totale mentre hanno un peso maggiore le prestazioni di medio-bassa specialità.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia nel 2016 ha prodotto, per mobilità sanitaria nei confronti delle aziende territoriali della Regione, un fatturato complessivo di € 203.880.783,22 (€ 201.288.356,09 per le prestazioni comprese nel Global Budget e € 2.592.427,13 per l'attività fuori global budget. Il tetto di global budget assegnato dalla Regione è stato ampiamente superato nei confronti di entrambe le USL regionali. Per effetto dei tetti di attività fissati dalle disposizioni regionali, a fronte dell'attività fatturata, l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha percepito una remunerazione di € 194.103.904,13 (€191.511.477,00 da global budget + € 2.592.477,13 fuori global budget con una penalizzazione complessiva di € 9.776.879,09 pari al 4,9 % dell'attività svolta nell'ambito del Global Budget. Le entrate proprie, nel loro complesso hanno raggiunto l'ammontare di circa 17,6 milioni di euro; la voce dei costi capitalizzati si è invece attestata sull'importo di € 9.577.931,00.

I costi complessivi dell'esercizio 2016 sono risultati ammontare ad € 313.537.788,37 segnando un aumento di € 3.839.174,09 (+ 1,2%) rispetto al bilancio di esercizio del 2015 (€ 309.698.614,28). Le voci di costo che, in valori assoluti, hanno manifestato gli incrementi più significativi sono gli acquisti di beni sanitari, il personale ed il godimento di beni di terzi.

In particolare, per quanto attiene il fattore produttivo del personale, l'Azienda, nella gestione, si è attenuta ai vincoli disposti dalla normativa nazionale e regionale e, a conclusione dell'esercizio, si è registrato un onere, al netto dell'IRAP, di € 134.821.889,00. Si rileva pertanto un incremento del fabbisogno complessivo per l'anno 2016 pari a € 809.688,00 (+ 0,6%) rispetto all'esercizio precedente (€ 134.012.201,00). Tale incremento, è da imputare in larga parte al maggior utilizzo del personale del ruolo sanitario (in particolare dirigenti medici e infermieri) e tecnico (in particolare nella figura dell'esperto giuridico); oltre a tale situazione hanno contribuito a determinare un incremento della spesa un maggior ricorso al personale in comando presso l'azienda e l'incremento del costo inerente la polizza generale INAIL (+ 14,5% rispetto al 2015). I beni sanitari con un ammontare complessivo di € 91.725.608,98 costituiscono,

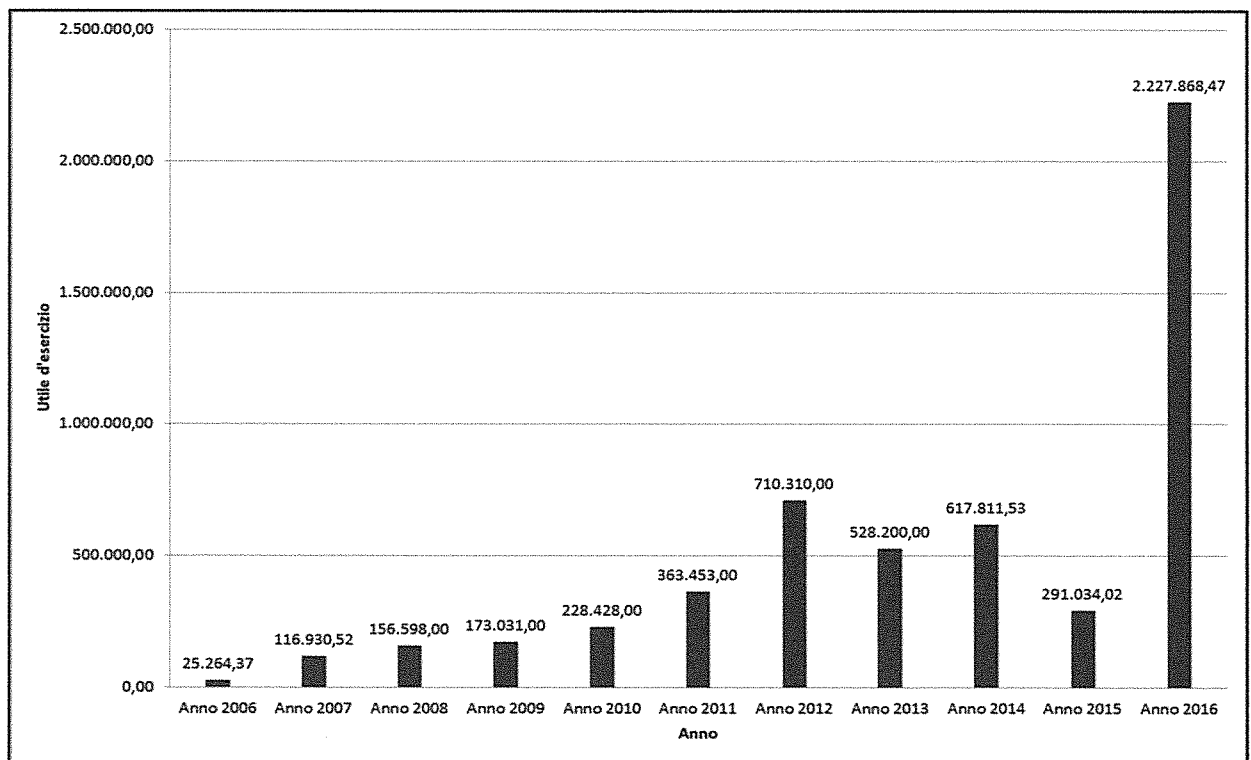
nel 2016, il 30,2% dei costi della produzione e segnano un incremento rispetto al 2015 (ove il costo era di € 88.100.795,57) di € 3.624.813,41 pari a + 4,0 %.

L'esercizio 2016 si è chiuso con un utile di € 2.227.868,47. Tale risultato conferma l'equilibrio dei conti aziendali che per il decimo anno consecutivo fanno registrare un risultato positivo (Figura 5).

L'area straordinaria nel 2016 ha avuto un impatto positivo consistente sul conto economico a seguito di insussistenze attive relative alla revisione di vari accantonamenti, prevalentemente afferenti all'area del personale e dei fondi rischi per liti, arbitraggi e risarcimenti.

Contestualmente va evidenziato che l'Azienda ha stornato ad investimenti, ai sensi dell'art. 29 del D. Lgs. 118/2011, contributi in c/esercizio per un importo complessivo di € 7.100.000,00.

Figura 5. Utile d'esercizio Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2006 – 2016



Fonte: Direzione Contabilità e Bilancio

8. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE, PROGRAMMAZIONE ECONOMICA – FINANZIARIA E SISTEMA DI BUDGETING

In premessa si è evidenziato come il Piano della Performance sia uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n. 150/2009 per valutazione della performance; l'articolo 5 comma 1 (obiettivi definiti in coerenza

con quelli del bilancio) e l'articolo 10 comma 1 lettera a) (adozione di un documento denominato piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della performance finanziaria e di bilancio dove siano individuati indirizzi e obiettivi strategici e operativi) del suddetto decreto stabiliscono quindi i paletti all'interno di cui ci si debba muovere per definire il piano della performance in maniera integrata con il processo di programmazione, con il sistema di budgeting e con il bilancio di previsione. Il ciclo di gestione della performance deve essere strutturato in modo tale che gli obiettivi assegnati siano correlati e collegati alla pianificazione strategica. Le principali componenti per poter gestire il ciclo sono quindi: il bilancio di previsione annuale, linee strategiche di indirizzo, piano della performance e sistema di budgeting per l'assegnazione degli obiettivi per le singole strutture.

8.1. BILANCIO ANNUALE DI PREVISIONE E BILANCIO DI ESERCIZIO

L'Azienda Ospedaliera di Perugia con Deliberazione del Direttore Generale n. **1111 del 24/05/2017** ha approvato il Bilancio di Esercizio anno 2016 e con Deliberazione del Direttore Generale n. **2260 del 14/12/2016** ha adottato il bilancio preventivo economico dell'anno 2017 e del programma triennale dei **lavori**. Per la redazione di quest'ultimo è stata recepita la Deliberazione della Giunta Regionale n. **1298 del 14/11/2016** in cui erano contenuti gli indirizzi vincolanti per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2017. Il monitoraggio degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione viene effettuato tramite strumenti contabili quali modelli ministeriali – regionali CE per il Conto Economico, report di monitoraggio mensile della spesa del personale e alcuni report di contabilità analitica per centro di costo con particolare interesse ai consumi di farmaci, presidi e diagnostici.

8.2. LINEE STRATEGICHE DI INDIRIZZO

Le linee strategiche d'indirizzo espongono gli obiettivi strategici aziendali da perseguire e da ribaltare alle strutture coinvolte nel processo di budgeting (vedi paragrafo 10 del presente piano delle performance).

8.3. PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano della Performance è lo strumento di collegamento tra gli obiettivi strategici, che si intende perseguire, contenuti nel bilancio annuale di previsione, gli obiettivi assegnati dalla Regione dell'Umbria e il processo di budget aziendale. Gli obiettivi che sono riportati nel piano della performance rappresentano l'architettura su cui costruire e sviluppare il processo di budgeting per l'anno successivo. Essi devono essere costruiti per misurare la performance della struttura a cui sono stati assegnati, inoltre devono essere

collegati al sistema di valutazione e incentivazione del personale. Le prerogative fondamentali di tali obiettivi sono l'oggettività e la misurabilità, devono essere infine costruiti per essere raggiungibili.

8.4. PROCESSO DI BUDGETING

Una gestione aziendale efficace, efficiente e sostenibile richiede il potenziamento delle procedure del Controllo di Gestione con una implementazione in progress del processo di budget e l'introduzione di sistemi operativi di "governo clinico". Si rende infatti indispensabile, assicurare strumenti gestionali atti a sviluppare le azioni necessarie per costruire una organizzazione flessibile in grado di garantire la pronta e tempestiva adozione delle continue innovazioni organizzative e gestionali del Sistema Sanitario Regionale. La programmazione per "budget", quale guida per l'organizzazione delle attività aziendali, prevede l'individuazione di obiettivi e risorse, all'interno di ben definite compatibilità istituzionali e finanziarie, il tutto finalizzato a una maggiore responsabilità dei dirigenti e al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Il processo di budgeting è quindi quel processo che annualmente definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire.

Il budget è il momento dei "patti chiari" tra il top management e le sue articolazioni, in questa occasione si innesca una negoziazione – condivisione di obiettivi e risultati da raggiungere, valutando da entrambe le parti quali siano i passi da percorrere per raggiungere ciò che ci è posto come target. Il budget assegnato è sintetizzato in apposite schede dove gli obiettivi vengono suddivisi per dirigenza e comparto e a cui vengono assegnati dei pesi; esso rappresenta il primo momento della valutazione del personale. I risultati ottenuti saranno poi collegati con il sistema di valutazione e di incentivazione del personale dell'azienda al fine di corrispondere il giusto premio a ogni dipendente.

9. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia la performance dei principali indicatori viene monitorata costantemente attraverso un sistema di reporting sia verso il top management che verso le Strutture in modo tale da poter avere sempre un feedback tra gli attori del sistema azienda. Tale strumento da solo però non basta, perché senza un standard a cui avvicinarsi, un *goal* da realizzare, i dati sarebbero solo sterili numeri senza un apparente significato e proprio per questo affianco al sistema di monitoraggio dei principali indicatori di attività, di efficacia, efficienza, appropriatezza, esito, qualità e processo è stato costruito il processo di budgeting. Grazie ad esso i numeri che derivano dagli indicatori assumono un significato più ampio perché essi non solo descrivono un andamento, una tendenza ma si paragonano e si raffrontano con uno standard, consentono operazioni di benchmark tra unità omologhe dell'azienda stessa non al fine di creare graduatorie, ma per migliorare la performance dell'unità stessa e di conseguenza dell'Azienda nel suo complesso. Solamente avendo sistemi che permettono dei confronti consente

nell'ambito di una "sana competizione" il miglioramento e in un momento storico come questo dove l'attenzione su indicatori ed esiti si fa più stringente ben venga che all'interno delle aziende sanitarie si sviluppino strumenti non solo atti alla misurazione della performance ma utili alla valorizzazione dell'individuo e dell'organizzazione di cui esso fa parte. Le linee guida di riferimento sono:

- a) Decreto Legislativo n. **150/2009** "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- b) Delibera della Giunta Regione Umbria n. **52/2012** definizione di indirizzi unitari per le aziende sanitarie sull'adozione di sistemi di valutazione del personale;
- c) Decreto del Presidente della Repubblica n. **105/2016** valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni;
- d) Linee Guida per il Piano della Performance – Ministeri n.1 Giugno 2017;
- e) Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del **15 Gennaio 2014** definizione del processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del comparto.

Per meglio inquadrare i concetti di performance si riportano le seguenti definizioni:

Performance organizzativa: è il livello di performance ottenuto dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, ossia dai singoli Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura (dirigenza e comparto) e inseriti nella scheda di budget.

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente, valutato attraverso un questionario di autovalutazione che poi verrà a sua volta rivalutato dal valutatore (direttore di struttura, coordinatore, posizione organizzativa).

Ciclo della performance: è il processo aziendale con cui vengono definiti gli obiettivi attraverso i quali si misura, valuta e rendiconta la performance. Le principali fasi del ciclo della performance sono la misurazione (analisi dagli scostamenti dei risultati dagli standard prefissati), valutazione (raffronto dei risultati ottenuti in base alla misurazione e pesatura del raggiungimento), rendicontazione (trasmissione con cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione).

10. OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici che la Direzione stragica intende perseguire sono:

- a) riorganizzazione delle chirurgie: diversificazione dei percorsi di chirurgia programmata e chirurgia di urgenza; riorganizzazione logistica delle due strutture, individuazione di un pool di chirurghi per la gestione della osservazione breve specialistica, identificazione di unità monotematiche specialistiche dedicate a specifiche patologie (disease unit);
- b) riorganizzazione delle medicine: il riassetto logistico delle strutture di medicina consentirà la istituzione di un'area di osservazione breve intensiva direttamente correlata al pronto soccorso, rispondendo sia ai parametri normativo – organizzativi sia al miglioramento della appropriatezza della presa in carico del paziente superando la logica delle osservazioni brevi specialistiche, che potrebbe rappresentare il primo step verso la creazione di una vera e propria medicina di urgenza;
- c) rafforzamento dei protocolli interaziendali con le aziende territoriali;
- d) identificazione e costituzione del reparto per detenuti all'interno del vecchio Silvestrini;
- e) primary nursing ossia un modello che prevede che un singolo infermiere sia responsabile dell'erogazione, qualità e appropriatezza dell'assistenza per tutta la durata della degenza di un paziente;
- f) cruscotto direzionale attraverso lo sviluppo di un software di consultazione, per la direzione strategica e le strutture complesse, dell'attività di ricovero, dell'andamento del budget e tutti gli indicatori misurabili e collegabili ai database aziendali;
- g) implementazione del dossier clinico informatizzato del paziente.

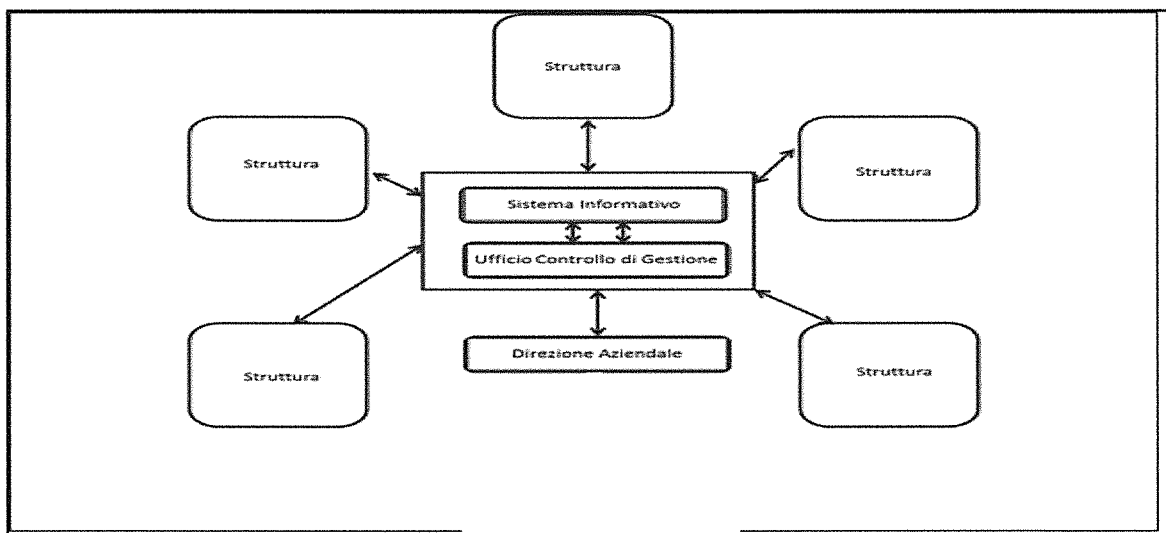
11. PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING

11.1 NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, attua il processo di budgeting inteso come principale strumento d'integrazione tra i diversi processi aziendali. Il modello adottato per il Controllo di Gestione dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, non si limita alla sola analisi della performance economica/finanziaria ma, attraverso questa metodologia, ha previsto, a sostegno del "governo clinico", un sistema di monitoraggio, individuando un insieme di indicatori di processo e di esito delle prestazioni erogate per migliorarne continuamente l'appropriatezza e l'efficacia delle stesse. Il processo di budgeting è il punto di cardine attraverso il quale gli le risorse, le linee strategiche e gli obiettivi, previsti in ambito nazionale, regionale e aziendale, il top management pianifica su base annuale e con assegnazione mirata alle diverse articolazioni aziendali la propria strategia, conferendo gli obiettivi da perseguire, le risorse con cui raggiungerli e che alla fine dell'esercizio avranno effetti sul sistema di valutazione e di incentivazione del personale. Il budget, come in precedenza detto, rappresenta il momento dei patti chiari

tra direzione e strutture, è proprio qui che le strategie delineate trovano il proprio compimento. Un processo di budget però non può esistere se non è supportato da un sistema di reporting tempestivo ed efficace, un sistema di tipo bidirezionale che vede al centro il Controllo di Gestione e il Sistema Informativo (figura 6). Il supporto di un monitoraggio costante consente sicuramente di allocare meglio le risorse anche in corso d'opera, di tarare meglio obiettivi già assegnati anche a causa di fattori esogeni non preventivabili in fase di assegnazione.

Figura 6. Sistema di comunicazione per il processo di budgeting



Le fasi del processo di budgeting sono le seguenti:

1. esplicitazione obiettivi nel piano della performance;
2. trasmissione delle proposte degli obiettivi da parte delle Strutture Complesse alla Direzione aziendale;
3. elaborazione da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo delle schede di budget per Struttura Complessa e Dipartimento;
4. condivisione e formalizzazione degli obiettivi e delle risorse di budget tra la Direzione e le Strutture Complesse con l'elaborazione del budget d'esercizio;
5. monitoraggio trimestrale degli obiettivi assegnati, attraverso il sistema di reporting , per la verifica degli scostamenti dallo standard assegnato.

Il processo di budgeting dell'Azienda Ospedaliera di Perugia coinvolge a cascata tutti i dipendenti ed è così articolato:

1. Budget di Dipartimento
2. Budget di Struttura Complessa

La valutazione dei risultati del budget viene infine trasmessa all'Ufficio Valutazione del Personale e al Nucleo di Valutazione Aziendale (NVA) per poi poter procedere alla valutazione di seconda istanza e con il supporto tecnico dell'Ufficio Controllo di Gestione valutare le eventuali controdeduzioni a obiettivi non raggiunti presentate dalle Strutture.

11.2 LA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è lo strumento attraverso cui vengono definitivi gli obiettivi da perseguire assegnati alla struttura, le risorse a disposizione con cui poterli conseguire e i parametri di valutazione dei risultati. Le scheda di budget di ogni struttura è così composta:

- **Scheda A:** scheda risorse umane (fotografia statica del personale al primo giorno dell'anno);
- **Scheda B:** scheda economica per farmaci, presidi, diagnostici e altro materiale (assegnazione delle risorse economiche con cui perseguire gli obiettivi);
- **Scheda C:** obiettivi generali e/o specifici previsti per la dirigenza (declinazione degli obiettivi assegnati ai dirigenti della struttura);
- **Scheda D:** obiettivi generali e/o specifici previsti per il Comparto (declinazione degli obiettivi assegnati al personale del comparto della struttura).

Gli obiettivi contenuti nella Scheda C e D sono finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nelle sue varie accezioni e in particolar modo a favorire l'integrazione tra gli operatori. Tale integrazione può essere di diversi tipi: **logistica** (utilizzo integrato degli spazi e delle risorse in dotazione), **organizzativa** (coordinamento dell'utilizzo di risorse tecnologiche e umane per il miglioramento dell'organizzazione dell'Azienda e della singola struttura), **clinica** (coordinamento spazio temporale dell'atto medico per il processo produttivo sul percorso di cura del paziente al fine di favorire la riprogettazione dei percorsi assistenziali o diagnostico terapeutici) e **culturale** (progressiva condivisione di quei comportamenti clinico – assistenziali e organizzativi attraverso l'individuazione e adozione di protocolli, linee guida, percorsi diagnostico terapeutici e modelli organizzativi che facciano sì che l'azienda oltre ad essere al passo dei tempi sia anche innovativa e sostenibile).

Gli obiettivi assegnati sono ricompresi nelle seguenti grandi quattro aree:

1. MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE O EFFICACIA CLINICA;
2. MIGLIORAMENTO EFFICIENZA E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA;

3. MIGLIORAMENTO GESTIONE DELLA SICUREZZA E DEL RISCHIO CLINICO.;
4. MIGLIORAMENTO QUALITA' PERCEPITA ED EQUITA' D'ACCESSO.

Per ogni obiettivo saranno definiti:

1. **AREA:** il campo di azione dell'obiettivo;
2. **OBIETTIVO:** esplicitazione di ciò che si vuole ottenere;
3. **INDICATORE DI MISURAZIONE:** strumento per la misurazione dell'obiettivo;
4. **STANDARD:** target a cui l'obiettivo deve tendere;
5. **PESO:** importanza, espressa con valore numerico, di quell'obiettivo sul totale degli obiettivi.

Gli elementi principali di novità per il processo di budgeting anno 2018 sono l'assegnazione di obiettivi specifici e personali per le figure apicali della struttura (direttore o responsabile e coordinatore) e l'inserimento nella scheda del comparto di obiettivi specifici per gli operatori socio sanitari (OSS) e ausiliari. Quindi gli obiettivi generali assegnati avranno una pesatura diversa tra le figure apicali e le altre figure.

Di seguito vengono riportati due esempi che descrivono le novità del budget anno 2018 (Tabelle 10 – 11).

Tabella 10. Scheda di budget anno 2018 – dirigenza.

OBIETTIVO	PESO ASSEGNATO	PESO ASSEGNATO-APICALE
OBIETTIVO 1	5,0	4,6
OBIETTIVO 2	35,0	32,2
OBIETTIVO 3	20,0	18,4
OBIETTIVO 4	20,0	18,4
OBIETTIVO 5	10,0	9,2
OBIETTIVO 6	10,0	9,2
OBIETTIVO 7		5,0
OBIETTIVO 8		3,0
TOTALE	100,0	100,0

Tabella 10. Scheda di budget anno 2018 – comparto.

OBIETTIVO	PESO ASSEGNATO		PESO ASSEGNATO-APICALE
	INFERMIERE	OSS-AUS	
OBIETTIVO 1	5,0	5,0	4,6
OBIETTIVO 2	25,0	25,0	23,0
OBIETTIVO 3	20,0	20,0	18,4
OBIETTIVO 4	20,0	10,0	18,4
OBIETTIVO 5	5,0	5,0	4,6
OBIETTIVO 6	10,0	10,0	9,2
OBIETTIVO 7	0,0	10,0	0,0
OBIETTIVO 8	15,0	15,0	13,8
OBIETTIVO 9			5,0
OBIETTIVO 10			3,0
TOTALE	100,0	100,0	100,0

11.3 TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING

La fase propedeutica al processo di budgeting è contrassegnata, oltre che dalla stesura del presente piano della performance da un periodo di confronto e dialogo con le strutture sanitarie e tecnico – amministrative dell'Area Centrale per poter condividere con loro e raffinare gli obiettivi da proporre alle strutture sanitarie. Il budget è un processo di programmazione e organizzazione dell'attività aziendale attraverso cui la Direzione definisce, tenuto conto delle risorse necessarie, l'insieme degli obiettivi che, in un certo periodo di tempo, le strutture dovranno perseguire, nella maniera più efficace ed efficiente possibile. La definizione dei programmi di attività, ottenuta attraverso un tale processo, è finalizzata al miglioramento della qualità assistenziale nel suo complesso. Proprio per le suddette motivazioni il processo di budgeting, oltre alla mera assegnazione degli obiettivi, è un momento di confronto e di ascolto reciproco tra top management e strutture dell'organizzazione. Gli obiettivi che vengono assegnati, prevalentemente, si riferiscono ad un periodo annuale, ma alcuni di essi sono o la naturale prosecuzione di alcuni assegnati negli anni precedenti o il primo passo per una realizzazione che vedrà i propri frutti negli anni successivi. Quindi, una volta condivisa la metodologia di budget con il top management, sentite e accolte totalmente o parzialmente le proposte delle strutture di area centrale, l'Ufficio Controllo di Gestione predispone le schede di budget con gli obiettivi per il budget d'esercizio, che verranno poi discusse, condivise e formalizzate tra la Direzione Aziendale e i Responsabili e Coordinatori di Struttura Complessa. Gli obiettivi, per il personale del comparto

affidente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie sono stati individuati attraverso il confronto tra i vari coordinatori e il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Il cronoprogramma del budget d'esercizio dell'anno 2018 può essere sintetizzato come segue:

Fase 1°: Predisposizione proposte di budget e previsione di bilancio

Ottobre 2017	Redazione e diffusione del Piano della Performance dell'anno 2018.
Ottobre- Novembre 2017	Analisi finalizzata alla stesura dei documenti di base e all'individuazione degli obiettivi aziendali da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione.

Fase 2°: Condivisione obiettivi

Dicembre 2017	Elaborazione, da parte del Controllo di Gestione, della proposta di budget, riunioni dipartimentali di presentazione linee generali di indirizzo aziendale e di obiettivi specifici di Struttura Complessa.
Dicembre 2017 – Gennaio 2018	Organizzazione degli incontri per la condivisione degli obiettivi che sono definitivamente assegnati una volta concordati.

Fase 3°: Monitoraggio

E' previsto, per le Strutture assegnatarie un budget, un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli indicatori che misurano i singoli obiettivi da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione. Inoltre alle strutture con attività di ricovero vengono restituiti a cadenza bimensile dei report per il monitoraggio della propria attività. La Direzione é invece informata, con cadenza mensile o bisettimanale sull'andamento generale e analitico delle attività e sull'andamento dei consumi dei beni sanitari.

Maggio – Giugno 2018	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 1 trimestre 2018 con produzione di report
Agosto – Settembre 2018	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 2 trimestre 2018 con produzione di report

Novembre – Dicembre 2018	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 3 trimestre 2018 con produzione di report.
Gennaio – Febbraio 2019	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del quarto trimestre 2018 con produzione di report e verifica dei valori di riferimento degli Indicatori di misurazione delle azioni definite per il raggiungimento degli obiettivi di Budget

Per quanto riguarda l'analisi trimestrale degli scostamenti tra i risultati parziali e gli obiettivi di budget, entro i 30 giorni successivi all'invio del report, dietro richiesta della Direzione Strategica o dei Responsabili di Struttura, vengono organizzati degli incontri per esaminare congiuntamente i risultati provvisori, soprattutto se relativi agli obiettivi che si discostano da quanto programmato, e valutare l'eventuale necessità di modificare il budget assegnato. Eventuali variazioni del piano dei centri di costo nel corso nell'anno 2017, che determinassero una modificazione numerica e/o qualitativa, potrebbero portare ad una revisione dei Centri di Responsabilità con la possibile conseguente assegnazione e negoziazione di obiettivi con le Strutture interessate. Per aumentare l'autorevolezza del processo di budgeting e proseguire nel processo culturale, avviato in azienda, di "managerializzazione" delle figure apicali delle strutture, a partire dall'anno 2018 verrà richiesto ai direttori di Struttura Complessa di organizzare almeno tre riunioni l'anno per discutere dei dati di attività e delle performance conseguite dalla struttura.

Fase 4°: analisi dei risultati

Febbraio 2019	Prima valutazione, da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione, del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e divulgazione Responsabili di Struttura.
Marzo 2019	I Responsabili di Struttura presenteranno alla Direzione Aziendale le proprie deduzioni per obiettivi non raggiunti
Aprile 2019	Valutazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi con l'invio dei risultati definitivi al Responsabile di Struttura e al Nucleo di Valutazione Aziendale (NVA)

11.4 VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per ogni azione definita nella scheda di budget è previsto uno o più indicatori con il relativo valore di riferimento con cui valutare alla fine dell'anno le attività delle varie strutture ed avere quindi, la dimensione del raggiungimento degli obiettivi per la promozione del Governo Clinico. Spetta all'Ufficio Controllo di Gestione per conto della Direzione Aziendale, allo scadere dell'anno, effettuare la verifica dell'ottemperanza degli obiettivi. Per le Strutture Complesse sia di area sanitaria sia di area amministrativa, tenuto conto delle priorità d'azione della strategia aziendale, è stato attribuito ai vari obiettivi un peso peculiare per ognuno di essi. La valutazione finale della componente della dirigenza e di quella del comparto di ogni Struttura si otterrà sommando i valori ottenuti per ognuno degli obiettivi assegnati alla stessa. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali di specifici di Struttura definiti e assegnati, per l'area Sanitaria viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100 con valori intermedi in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Il punteggio totale assegnato alle Strutture di area sanitaria e di area amministrativa sarà pari a 100. Ogni Struttura di area sanitaria avrà due punteggi assegnati uno per la Dirigenza e l'altro per il Comparto e ciò comporterà una diversa valutazione delle due componenti. Per la dirigenza il punteggio finale sarà composto dalla somma del punteggio della Scheda B (consumi beni sanitari) a cui è assegnato un peso pari a 10 e quello della Scheda C il cui valore complessivo è pari a 90, mentre per il comparto il punteggio finale sarà calcolato su quanto totalizzato per gli obiettivi riportati nella scheda C fino ad un massimo di 100 punti. Per l'area amministrativa la somma degli obiettivi è pari a 100.

Per ogni obiettivo viene assegnato dalla Direzione e dall'Ufficio Controllo di Gestione un valore prestabilito a seconda dell'importanza strategica che esso riveste. Ogni obiettivo può prevedere più indicatori di misurazione, alcuni quantitativi, altri definiti in termini di adempimenti per i quali il valore atteso è rappresentato da un giudizio che potrà assumere le seguenti modalità: raggiunto, parzialmente raggiunto o non raggiunto che verrà valutato dall'Ufficio Controllo di Gestione. In allegato verrà inserito il regolamento che disciplinerà il calcolo degli obiettivi, sia essi di tipo quantitativo che di tipo qualitativo.

12. GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE. DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia, tramite l'Ufficio Controllo di Gestione ha messo a punto un sistema di monitoraggio intermedio degli obiettivi assegnati, al fine di favorire il pieno raggiungimento di essi o di rimodularli in caso di un vistoso scostamento dal target assegnato e per adottare utili e tempestive

misure di intervento correttivo. L'analisi sugli scostamenti generalmente è trimestrale ma nulla impedisce che il monitoraggio sia più frequente al fine di poter meglio valutare l'eventuale distanza tra quanto atteso e quanto sino a quel punto realizzato. Questo consente alla direzione aziendale di poter porre in atto, in maniera tempestiva e concordata con i Direttori di Struttura interessati, idonee misure correttive per migliorare la gestione o modificare alcuni comportamenti sempre con il fine di migliorare i livelli performance individuale e aziendale. Nel corso dell'anno, come precentemente affermato, a fronte di cause esogene non preventivabili in fase di negoziazione, è facoltà della direzione aziendale rinegoziare gli obiettivi non più in linea con quanto ci si era posti. A conclusione dell'esercizio è compito dell'Ufficio Controllo di Gestione eseguire la valutazione di prima istanza, tenendo conto non solo del valore raggiunto per ogni obiettivo ma anche di alcune variabili (es. aumento pazienti, chiusura periodica di una o più sale operatorie ecc.) che hanno influito sulla performance finale. Una volta conclusa questa fase saranno inviati ai responsabili di Struttura, ai coordinatori i risultati ottenuti e questi avranno facoltà di presentare eventuali controdeduzioni per quei obiettivi che non hanno raggiunto; allo stesso tempo sarà inviato alla Direzione Aziendale e al Nucleo di Valutazione Aziendale un documento riepilogativo sulle performance raggiunte dalle varie strutture nel budget di esercizio. Trascorsi i tempi tecnici di presentazione delle controdeduzioni il Nucleo di Valutazione Aziendale, avvalendosi dell'Ufficio Controllo di Gestione in qualità di organo tecnico, valuterà la documentazione trasmessa e avrà facoltà di decidere se accettare totalmente o parzialmente o non accettare le controdeduzioni presentate. Terminata questa fase, si darà avvio alla valutazione di ogni dipendente, che tramite apposite credenziali dovrà accedere a un portale informatico e "autovalutarsi". Successivamente è compito del valutatore (direttore di struttura, coordinatore, posizione organizzativa) decidere, dopo confronto con il valutato, se il punteggio dell'autovalutazione è da confermarsi o meno. Una volta terminata questa fase di valutazione della performance organizzativa di struttura si potrà procedere alla valutazione individuale del dipendente come declinato da apposito regolamento. Terminate tutte le fasi di questo processo di valutazione individuale, si calcolerà il punteggio finale di performance di ogni dipendente calcolando tramite media ponderata del risultato ottenuto dal processo di budgeting (performance di struttura di appartenenza) e punteggio individuale. A questo punto, salvo eccezioni di contestazione e relativo contraddittorio, ogni dipendente sarà inserito nell'apposita fascia di valutazione e si darà seguito alla relativa retribuzione di risultato.

Il Responsabile Ufficio di Supporto Tecnico

Amministrativo al Controllo di Gestione

Dr. Fabrizio Ruffini
Fabrizio Ruffini

Il Dirigente Medico DMO

Funzione Supporto al Controllo di Gestione

Dr.ssa Ilaria Bernardini
Ilaria Bernardini

ALLEGATO 2

OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2018 – DIRIGENZA

Miglioramento qualità professionale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della Struttura	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione del verbale della riunione di presentazione degli obiettivi della Struttura al personale ad essa afferente entro 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda stessa	Invio del verbale entro i tempi stabiliti	Tutte le Strutture-Apicale
Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della Struttura	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione del verbale delle riunioni trimestrali di condivisione dei dati di attività e dell'andamento degli obiettivi della Struttura	Invio del verbale entro i tempi stabiliti (30/05/2018-15/09/2018-20/12/2018)	Tutte le Strutture-Apicale
Migliorare l'integrazione del personale attraverso la partecipazione a una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della Struttura	Partecipazione alla riunione di presentazione degli obiettivi	>=90% dirigenti afferenti alla Struttura	Tutte le Strutture
Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della Struttura	Partecipazioni alle riunioni trimestrali di condivisione dei dati di attività e dell'andamento degli obiettivi della Struttura	>=90% dirigenti afferenti alla Struttura	Tutte le Strutture
Innalzare il livello di cultura manageriale in Azienda attraverso la conoscenza del processo di budgeting aziendale	Partecipazione al workshop, organizzato dall'Ufficio Controllo di Gestione in collaborazione con la Formazione e Qualità del Responsabile di Struttura Complessa e di almeno due dirigenti medici	Partecipazione al workshop	Tutte le Strutture, Ufficio Controllo di Gestione e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Formazione e Qualità
Strutturare progetti innovativi in ambito assistenziale	Produzione di un progetto innovativo da presentare alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Controllo di Gestione	Invio del progetto alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/10/2018	Tutte le Strutture
Migliorare l'informazione relativa alle consulenze per interni erogate dalla Struttura	Trasmissione dei dati delle prestazioni per interni erogate dalla Struttura	Invio dei dati trimestrali all'Ufficio Controllo di Gestione entro 40 giorni dalla chiusura del trimestre	SC Servizio di Patologia Clinica ed Ematologia, SC Anatomia Patologica e SSD Citologia ed Istologia Diagnostica

ALLEGATA... 2 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN. 2018 n. 32 MG n. 2

Miglioramento qualità professionale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'informazione relativa alle consulenze per interni erogate dalla Struttura	Produzione, trimestrale, indicatori % delle richieste in urgenza	Invio trimestrale entro 40 giorni dalla chiusura del trimestre dei dati all'Ufficio Controllo di Gestione	SC Servizio Immunotrasfusionale
Migliorare l'informazione relativa alle consulenze per interni erogate dalla Struttura	Produzione trimestrale dell'indicatore (unità globuli trasfusi/unità richieste) per SC	Invio trimestrale entro 40 giorni dalla chiusura del trimestre dei dati all'Ufficio Controllo di Gestione	SC Servizio Immunotrasfusionale
Implementare il processo informativo della Struttura	Trasmissione dei dati delle prestazioni per interni informatizzate erogate dalla Struttura	Invio dei dati trimestrali all'Ufficio Controllo di Gestione entro 40 giorni dalla chiusura del trimestre	SC Microbiologia
Implementare il Cruscotto Aziendale Direzionale	Partecipazione ai corsi di formazione per l'utilizzo del Cruscotto Aziendale Direzionale organizzati dall'Ufficio Controllo di Gestione, Ufficio Sistemi Informatici, Formazione e Qualità	Partecipazione ai corsi	Tutte le Strutture con degenza
Innalzare il livello di cultura manageriale in Azienda	Partecipazione agli incontri semestrali organizzati dall'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo sull'andamento dell'attività dipartimentali	Partecipazione agli incontri	Dipartimenti

ALLEGATO 2 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN 2018 N. 138 PAG. N. 3

Miglioramento qualità professionale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'appropriatezza della richiesta di prestazioni per pazienti ricoverati	Mantenere la % di richieste non appropriate (richieste non appropriate/richieste totali*100) al di sotto del target stabilito	<=5%	Tutte le Strutture con degenza
Migliorare l'appropriatezza della tempistica di richiesta di prestazioni per pazienti ricoverati	Mantenere la % di richieste non appropriate nella tempistica (richieste non appropriate nella tempistica/richieste totali*100) al di sotto del target stabilito	<=5%	Tutte le Strutture con degenza

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'appropriatezza del ricovero in Osservazione Breve	Monitorare l'attività delle Osservazione Brevi	Tasso Utilizzo >=80% (Pronto Soccorso, Chirurgica, Urologica, Internistica)	SC Pronto Soccorso, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Chirurgia Generale, SC Clinica Urologica, SC Medicina Vascolare e d'Urgenza
Migliorare l'appropriatezza del ricovero in Osservazione Breve	Monitorare l'attività delle Osservazione Brevi presenti in Azienda	Tasso Utilizzo >=65% (Pediatria)	SC Clinica Pediatrica
Migliorare l'appropriatezza del ricovero in Osservazione Breve	Monitorare l'attività delle Osservazione Brevi	Riduzione, rispetto all'anno 2017, della % di inviati a ricovero da OBI	SC Pronto Soccorso, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Chirurgia Generale, SC Clinica Urologica, SC Medicina Vascolare e d'Urgenza
Migliorare l'appropriatezza del ricovero	Ridurre la % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Riduzione rispetto all'anno 2017 della % di ricoveri alto rischio di inappropriatezza sul totale dei ricoveri ordinari	Tutte le Strutture con degenza ordinaria (tranne SC Ematologia e TMO, SC Oncoematologia Pediatrica, SC Medicina Nucleare, SC Unità Spinale, Unità di Degenza Psichiatrica, Anestesia e Rianimazione 1, Anestesia e Rianimazione 1, Neonatologia e Utin, Cardiocirurgia)
Migliorare l'appropriatezza del ricovero	Contenere la % di ricoveri oltre soglia	% di ricoveri oltre soglia <= valore anno 2017	Tutte le Strutture con degenza ordinaria (tranne SC Ematologia e TMO, SC Oncoematologia Pediatrica, SC Medicina Nucleare, SC Unità Spinale, Unità di Degenza Psichiatrica, Anestesia e Rianimazione 1, Anestesia e Rianimazione 1, Neonatologia e Utin, Nuerofisiopatologia, Chirurgia Pediatrica, Clinica Dermatologica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Breast Unit)
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero medico	Mantenimento della degenza media	Valore della degenza media <= valore anno 2017	SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Medicina del Lavoro, SC Geriatria, SC Pneumologia e Utin, SC Clinica Neurologica, SC Gastroenterologia, SC Nefrologia e Dialisi, SC Medicina Interna, SC Medicina Vascolare e d'Urgenza

ALLEGATO 2 ALLA DELIBERAZIONE
18 GEN. 2018 N. 138 MAG. N. 5

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero medico	Mantenimento della degenza media trimmata	Valore della degenza media trimmata <= valore anno 2017	SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Medicina del Lavoro, SC Geriatria, SC Pneumologia e Utir, SC Clinica Neurologica, SC Gastroenterologia, SC Nefrologia e Dialisi, SC Medicina Interna, SC Medicina Vascolare e d'Urgenza
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero medico	C14.4 % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni - MES	<=valore anno 2017	SC Gastroenterologia, SC Geriatria
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati - MES (<= 1 giorno)	<= 1 giorno come da indicatore MES	Tutte le Strutture chirurgiche
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	Aumentare la % di ricoveri ordinari chirurgici programmati su totale ricoveri programmati	>90%	Tutte le Strutture chirurgiche (esclusi i DRG 370-371)
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	C4.1.1 % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	% dimessi da reparti chirurgici con DRG medici <=valore anno 2017	Tutte le SC Chirurgiche
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	C4.7 % DRG LEA chirurgici erogati in DS - MES	% DRG LEA chirurgici in DS >=valore anno 2017	Tutte le SC Chirurgiche con Day Surgery attivato
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	C1.6 % di ricoveri ordinari chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari - MES	% DRG chirurgici ordinari totali >= valore anno 2017	Tutte le SC Chirurgiche
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	% ricoveri chirurgici totali sul totale dei ricoveri totali	% ricoveri chirurgici totali >=2017	Tutte le SC Chirurgiche
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in day surgery o regime ordinario 0-1 giorno - MES	>50%	SC Chirurgia Generale, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	% colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario con degenza post operatoria <=3 giorni - PNE	>70%	SC Chirurgia Generale, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	C16.7 % di ricoveri ospedalieri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Valore atteso >= anno 2017	Tutte le SC Chirurgiche e SC Pronto Soccorso
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	Miglioramento del peso medio chirurgico (solo ricoveri ordinari)	Valore atteso >= anno 2017	Tutte le SC Chirurgiche e SC Pronto Soccorso
Ottimizzare il percorso nascita	Aumento % di parti fisiologici rispetto anno 2017	% parti fisiologici >= anno 2017	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Ottimizzare il percorso nascita	% tagli cesarei primari (in maternità di II livello o comunque con almeno 1.000 parti) <= anno 2017	<= 16%	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Ottimizzare il percorso nascita	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV) - MES	% entro valori soglia network MES	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Ottimizzare il percorso nascita	C7.3 % episiotomie (NTSV) entro i valori network - MES	% entro valori soglia network MES	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Ottimizzare il percorso nascita	C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) - MES	% entro valori soglia network MES	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Migliorare il percorso del paziente ortopedico	C5.2 % fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione - MES	>70%	SC Clinica Ortopedica e Traumatologica
Migliorare il percorso del paziente ortopedico	C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti - MES	Valore atteso <= anno 2017	SC Clinica Ortopedica e Traumatologica

ALLEGATO 2 ALLA DELIBERAZIONE
18 GEN 2018 n. 132 PAG. 11 7

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Ottimizzare il percorso del paziente urologico	C5.3 % prostatectomie transuretrali – MES	% entro valori soglia network MES	SC Clinica Urologica
Implementare l'innovazione tecnologica	C36.1 % prostatectomie computer assistite sul totale prostatectomie – MES	Valore atteso >= anno 2017	SC Clinica Urologica
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente psichiatrico	Degenza media outiliers	Valore atteso <= anno 2017	Unità di Degenza Psichiatrica
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente psichiatrico	% ricoveri outiliers pazienti con patologie psichiatriche	Valore atteso <= anno 2017	Unità di Degenza Psichiatrica
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente chirurgo vascolare	Degenza media riparazione dell'aneurisma dell'aorta addominale non rotto con intervento EVAR	Valore atteso <= anno 2017	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente chirurgo vascolare	Degenza media riparazione dell'aneurisma dell'aorta addominale non rotto con intervento OPEN	Valore atteso <= anno 2017	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente chirurgo vascolare	Degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia carotidea (CEA)	Valore atteso <= anno 2017	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente chirurgo vascolare	Degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: stent carotideo (CAS)	Valore atteso <= anno 2017	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente con ictus ischemico	C5.20 % trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico	Valore atteso >= anno 2017	Sc Medicina Vascolare e d'Urgenza

ALLEGATO 2
15 GEN. 2018
138
8

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Favorire l'attrazione extraregione per DRG di alta specialità	C30.3.2.2 % dimessi extraregione con DRG di alta specialità su totale dimessi con DRG di alta specialità – MES	Valore atteso >= anno 2017	SC Cardiologia, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Ematologia e TMO, SC Oncologia, SC Neurochirurgia, SC Clinica Ortopedica e Traumatologica, SC Chirurgia Vascolare
Implementare i percorsi ambulatoriali	Mantenere le prestazioni del Servizio di Genetica Medica oltre le 3.000 prestazioni annue	>=3.000	Servizio di Genetica Medica
Implementare i percorsi ambulatoriali	Mantenimento, rispetto all'anno 2017, delle prestazioni per esterni erogate dalla Struttura	Valore atteso >= anno 2017	Centro Odontostomatologico Universitario – SSD Clinica Odontoiatrica
Implementare il processo di accreditamento istituzionale	Organizzazione/Partecipazione audit organizzati dalla Direzione Medica Ospedaliera	Partecipazione audit/organizzazione audit con invio all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/01/2019 della relazione	Direzione Medica Ospedaliera, tutte le Strutture
Migliorare l'appropriatezza del percorso donna sul tumore alla mammella	C10.2.1 % di interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi alla mammella per tumore maligno – MES	Valore atteso >= anno 2017	SS Breast Unit
Ottimizzare il percorso emergenza – urgenza	% accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti – MES	% entro valori soglia network MES	SC Pronto Soccorso
Ottimizzare il percorso emergenza – urgenza	% accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	>= valore 2017	SC Pronto Soccorso
Ottimizzare il percorso emergenza – urgenza	% accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	>= valore 2017	SC Pronto Soccorso
Corretta tempistica della compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera	% di Schede di Dimissione Ospedaliera compilate nei tempi previsti su totale Schede di Dimissione Ospedaliera	>98%	Tutte le Strutture (escluse Radioterapia Oncologica, Clinica Odontoiatrica)

ALLEGATO 9 ALLA DELIBERAZIONE
10 GEN 2018 / 32 PAG. N. 9

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Implementare l'organizzazione LEAN nei Blocchi Operatori	Rispetto del tempo d'ingresso in sala entro 30 minuti	>80%	Tutte le SC Chirurgiche ai Blocchi Trancanelli e Moggi, SC Anestesia e Rianimazione 1, SC Anestesia e Rianimazione 2
Implementare l'organizzazione LEAN nei Blocchi Operatori	Rispetto della corretta programmazione della seduta	>80%	Tutte le SC Chirurgiche ai Blocchi Trancanelli e Moggi, SC Anestesia e Rianimazione 1, SC Anestesia e Rianimazione 2
Favorire l'attrazione extraregione per DRG cardiocirurgici	C32.3.2.1 % attrazione extra-regione per DRG cardiocirurgici – MES	Valore atteso >= anno 2017	SC Cardiocirurgia
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente sottoposto a intervento di bypass coronarico	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati	Valore atteso <= anno 2017	SC Cardiocirurgia
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente sottoposto a intervento di angioplastica coronarica PTCA	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati	Valore atteso <= anno 2017	SC Cardiologia
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente sottoposto a endoarteriectomia carotidea	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati	Valore atteso <= anno 2017	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente sottoposto a intervento di protesi d'anca	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati	Valore atteso <= anno 2017	SC Clinica Ortopedica e Traumatologica
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente sottoposto a intervento di tonsillectomia	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati	Valore atteso <= anno 2017	SC Clinica Otorinolaringoiatrica

ALLEGATO 2 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN. 2018
132 PAG. N. 10

Miglioramento gestione della sicurezza e rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Compilazione corretta della documentazione in cartella clinica	Rilevazione presenza dell'anamnesi nella procedura Galileo	100%	Tutte le Strutture con degenza
Compilazione corretta della documentazione in cartella clinica	Rilevazione presenza dell'esame obiettivo procedura Galileo	95%	Tutte le Strutture con degenza
Compilazione corretta della documentazione in cartella clinica	Rilevazione presenza della lettera di dimissione nella procedura Galileo	100%	Tutte le Strutture con degenza
Compilare e validare il verbale operatorio in Ormaweb	% convalide interventi chirurgici su totale interventi chirurgici	100%	Tutte le Strutture chirurgiche e SC Anestesia e Rianimazione 1 e SC Anestesia e Rianimazione 2
Migliorare l'informazione del paziente riguardo i consensi per l'esecuzione di trattamenti sanitari secondo la normativa vigente	Trasmissione della revisione dei consensi presenti nel sito aziendale	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 30/06/2018	Tutte le Strutture
Rispondere compiutamente alle direttive ministeriali sulla "colpa lieve" con la stesura di opportune Linee Guida e/o Buone Pratiche	Revisione di almeno una linea guida e/o buona pratica	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/12/2018	Tutte le Strutture

ALLEGATO 2 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN. 2018 N. 38. PAG. N. 11

Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella (Classe A) - MES	<= 30 giorni	SS Breast Unit
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata (Classe A) - MES	<= 30 giorni	SC Clinica Urologica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon (Classe A) - MES	<= 30 giorni	SC Chirurgia Generale e SC Chirurgia Generale e d'Urgenza
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto (Classe A) - MES	<= 30 giorni	SC Chirurgia Generale e SC Chirurgia Generale e d'Urgenza
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone (Classe A) - MES	<= 30 giorni	SC Chirurgia Toracica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero (Classe A) - MES	<= 30 giorni	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	% interventi chirurgici programmati per tumore alla mammella (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	>=85%	SS Breast Unit

Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	% interventi chirurgici programmati per tumore alla prostata (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	>=85%	SC Clinica Urologica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	% interventi chirurgici programmati per tumore al colon (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	>=85%	SC Chirurgia Generale e SC Chirurgia Generale e d'Urgenza
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	% interventi chirurgici programmati per tumore al retto (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	>=85%	SC Chirurgia Generale e SC Chirurgia Generale e d'Urgenza
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	% interventi chirurgici programmati per tumore al polmone (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	>=85%	SC Chirurgia Toracica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica	% interventi chirurgici programmati per tumore all'utero (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	>=85%	SC Ostetricia e Ginecologia e SC Clinica Ostetrica e Ginecologica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di bypass coronarico (Classe A)	<= 30 giorni	SC Cardiocirurgia
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di angioplastica coronarica PTCA (Classe A)	<= 30 giorni	SC Cardiologia

Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di endoarteriectomia carotidea (Classe A)	<= 30 giorni	SC Chirurgia Vascolare
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di protesi di anca (Classe A)	<= 30 giorni	SC Clinica Ortopedica e Traumatologica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di tonsillectomia (Classe A)	<=30 giorni	SC Clinica Otorinolaringoiatrica
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la riduzione dei tempi di degenza	Rispetto dei tempi di refertazione per livello di prenotazione entro i tempi stabiliti da delibera aziendale	>=90% entro i tempi stabiliti per i diversi livelli di priorità (1H rossa, 12H gialla, 48H bianca) esclusi esami di tipo laboratoristico e di tipo riabilitativo	Tutte le SC Complesse
Implementare il progetto OMS "Ospedale senza Dolore"	Partecipazione all'indagine di prevalenza	Partecipazione e applicazione procedura in almeno il 95%	Tutte le Strutture Complesse con degenza ordinaria
Implementare il progetto OMS "Ospedale senza Dolore"	Coordinamento dell'indagine di prevalenza	Verifica dell'applicazione della procedura nei casi del campione estratto	Formazione e Qualità, SC Anestesia e Rianimazione 1, SC Anestesia e Rianimazione 2

ALLEGATO 9
19 GEN. 2018
N. 138
ALLA DELIBERAZIONE
DE. 4/K

Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'informazione dell'utenza esterna	Aggiornare la pagina della struttura sul sito aziendale	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 30/06/2018 - 15/12/2018	Tutte le Strutture- Apicale
Migliorare l'informazione dell'utenza esterna	Individuare un referente per l'aggiornamento della pagina della struttura sul sito aziendale	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 01/03/2018	Tutte le Strutture
Diminuire il numero di dimissioni volontarie	% dimissioni volontarie su totale ricoveri	Valore atteso <= anno 2016	SC Clinica Neurologica, SC Gastroenterologia, SC Medicina del Lavoro, SC Clinica Oculistica
Diminuire gli abbandoni da Pronto Soccorso	Ricondurre entro i valori MES la % di abbandoni da Pronto Soccorso su totale accessi al Pronto Soccorso	Valore entro soglie MES	SC Pronto Soccorso

ALLEGATO 2 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN 2019 138 PAG. N. 15

ALLEGATO 3

OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2018 – COMPARTO

Miglioramento qualità professionale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della Struttura	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione del verbale della riunione di presentazione degli obiettivi della Struttura al personale ad essa afferente entro 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda stessa	Invio del verbale entro i tempi stabiliti	Tutte le Strutture- Coordinatore
Migliorare l'integrazione del personale attraverso la partecipazione a una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della Struttura	Partecipazione alla riunione di presentazione degli obiettivi	>=90% personale comparto afferente alla Struttura	Tutte le Strutture
Innalzare il livello di cultura manageriale in Azienda attraverso la conoscenza del processo di budgeting aziendale	Partecipazione al workshop, organizzato dall'Ufficio Controllo di Gestione in collaborazione con la Formazione e Qualità del Coordinatore e di almeno due unità del personale del comparto	Partecipazione al workshop	Tutte le Strutture, Ufficio Controllo di Gestione e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Formazione e Qualità
Implementare la procedura aziendale di inserimento del personale neo assunto	Monitoraggio adesione della procedura aziendale di inserimento neo-assunto	Realizzazione di n.2 audit per valutazione adesione procedura entro il 31/12/2018	Tutte le Strutture
Implementare la procedura aziendale di inserimento del personale neo assunto	N. schede di valutazione del neoassunto compilate/totale neoassunti	N. schede di valutazione del neoassunto per ogni Struttura/ totale assegnati alla Struttura	Tutte le Strutture

ALLEGATO 3 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN 2018 N. 138 PAG. N. 2

Miglioramento qualità professionale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Implementare la procedura aziendale per la gestione delle lesioni da pressione	Rilevare una volta al mese il N. di lesioni da pressione nella Struttura di appartenenza	N. schede paziente compilate nel gg indice / pz presenti nella struttura nel giorno della rilevazione	Tutte le strutture di degenza a eccezione dell'area materno infantile
Innovare i modelli organizzativi infermieristici	Adozione modello primary nursing	N. pazienti presi in carico con modalità primary nursing / totale pazienti ricoverati in ogni semestre	SC Unità Spinale Unipolare, SC Nefrologia e Dialisi, Unità di Degenza Psichiatrica, SC Oncoematologia Pediatrica
Innovare i modelli organizzativi infermieristici	Adozione modello primary nursing	Somministrazione e valutazione della qualità percepita d parte dell'utente interno ed esterno tramite questionari	

ALLEGATO 3 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN. 2018 N. 138 PAG. N. 3

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare la documentazione del processo assistenziale	Implementare la documentazione infermieristica informatizzata su piattaforma Galileo	N. pianificazioni assistenziali compilate/totale dei pazienti presi in carico > 80%	SC Medicina Interna Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit, SC Ematologia e TMO, SC Oncologia Medica, SC Chirurgia Vascolare, SC Chirurgia Toracica, SC Clinica Urologica, SC Malattie Infettive, SC Nefrologia e Dialisi, SC Chirurgia Generale, Week Surgery – Breast Unit, Day Surgery Multidisciplinare, Unità Spinale Unipolare, Unità di Degenza Infermieristica, Unità di Degenza Psichiatrica, SC Cardiologia, SC Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare, SC Cardiocirurgia, SC Medicina Interna, SC Clinica Dermatologica, SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Medicina del Lavoro, SC Geriatria, SC Pneumologia e Uti
Migliorare il processo di identificazione del paziente nella somministrazione della terapia farmacologica	Aumentare la percentuale di utilizzo del barcode	>80%	Tutte le Strutture complesse a eccezione della SC Unità di Terapia Intensiva e Neonatale
Implementare nel sistema Galileo la richiesta di consulenza infermieristica per gestione stomie, CVC, PICC, counseling per pazienti diabetici	N. consulenze attivate con sistema Galileo/ totale strutture informatizzate	>80%	SC Medicina Interna Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit, SC Ematologia e TMO, SC Oncologia Medica, SC Chirurgia Vascolare, SC Chirurgia Toracica, SC Clinica Urologica, SC Malattie Infettive, SC Nefrologia e Dialisi, SC Chirurgia Generale, Week Surgery – Breast Unit, Day Surgery Multidisciplinare, Unità Spinale Unipolare, Unità di Degenza Infermieristica, Unità di Degenza Psichiatrica, SC Cardiologia, SC Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare, SC Cardiocirurgia, SC Medicina Interna, SC Clinica Dermatologica, SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Medicina del Lavoro, SC Geriatria, SC Pneumologia e Uti

ALLEGATO 3 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN. 2018 n. 138 PAG. 4

Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Ottimizzare l'impiego degli istituti contrattuali a sostegno della continuità assistenziale	Invio dati mensili suddivisi per Dipartimento, Struttura e figura professionale	Trasmissione report mensile	Tutte le Strutture Complesse, Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico
Implementare il progetto l'Ospedale Magnete	Istituzione di un ambulatorio infermieristico	Attivazione entro il 31/12/2018	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico
Implementare il progetto l'Ospedale Magnete	Realizzazione di un questionario per il benessere organizzativo nelle professioni sanitarie	Elaborazione scheda di rilevazione	SC Medicina Interna Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit, Sc Ematologia e TMO, SC Oncologia Medica, SC Chirurgia Vascolare, SC Chirurgia Toracica, SC Clinica Urologica, SC Malattie Infettive, SC Nefrologia e Dialisi, SC Chirurgia Generale, Week Surgery – Breast Unit, Day Surgery Multidisciplinare, Unità Spinale Unipolare, Unità di Degenza Infermieristica, Unità di Degenza Psichiatrica, SC Cardiologia, SC Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare, SC Cardiologia, SC Medicina Interna, SC Clinica Dermatologica, SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Medicina del Lavoro, SC Geriatria, SC Pneumologia e Utr
Progetto sorveglianza sanitaria	Realizzare, implementare e analizzare il progetto di sorveglianza sanitaria	Elaborazione del capitolato di gara, di una istruzione operativa e dei elaborazione dati semestrali	Tutte le Strutture Complesse
Progetto dimissione protetta	Monitorare il processo di dimissione protetta attraverso le riunioni trimestrali di analisi dei dati organizzate dal Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico	Partecipazione alle riunioni di analisi dei dati	Tutte le Strutture Complesse con degenza

Miglioramento rischio clinico e sicurezza

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Diffondere le procedure aziendali per la sicurezza dei lavoratori	Organizzazione di almeno una riunione per la diffusione delle procedure aziendali per la sicurezza dei lavoratori	Invio del verbale di riunione all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo entro il 30/06/2018	Tutte le Strutture - Coordinatore
Diffondere le procedure aziendali per la sicurezza dei lavoratori	Partecipazione ad almeno una riunione per la conoscenza delle procedure aziendali per la sicurezza dei lavoratori	>=90% personale comparto afferente alla Struttura	Tutte le Strutture
Migliorare la corretta gestione e controllo delle apparecchiature in dotazione alla Struttura	Compilazione mensile, entro 30 giorni dalla chiusura del mese, delle check list al Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico	Invio nei tempi previsti	Tutte le Strutture
Migliorare la corretta gestione e controllo delle apparecchiature in dotazione alla Struttura	Produzione del modello di check list entro il 31/03/2018	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo del modello entro i tempi previsti	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico
Migliorare la corretta gestione e controllo delle apparecchiature in dotazione alla Struttura	Informatizzazione del modello di check list al fine di creare un database in collaborazione con l'Ufficio Sistemi Informatici	Invio della relazione entro il 31/12/2018 all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico – Ufficio Sistemi Informatici

ALLEGATO 3
19 GEN. 2018
N. 138 PAG. N. 6
ALLA DELIBERAZIONE

Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare la qualità dei servizi esternalizzati	Analisi delle criticità rilevate e proposte di miglioramento attraverso audit interno	Invio entro il 31/12/2018 del verbale di audit all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo e al Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico	Tutte le Strutture

ALLEGATO 4

OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2018 – DIPARTIMENTALI

Miglioramento dell'integrazione logistica, organizzativa, clinica e culturale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi del Dipartimento	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione del verbale della riunione di presentazione degli obiettivi del Dipartimento al personale ad essa afferente entro 20 giorni dalla sottoscrizione della scheda stessa	Invio del verbale entro i tempi stabiliti	Tutti i Dipartimenti
Assicurare il funzionamento del Dipartimento e coordinare gli obiettivi specifici delle Strutture Complesse afferenti al dipartimento	Assicurare il funzionamento del Dipartimento e coordinare gli obiettivi specifici delle Strutture Complesse afferenti al dipartimento in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera	Organizzazione almeno due riunioni annuali dipartimentali con invio entro 30 giorni dalla riunione del verbale all'Ufficio Controllo di Gestione	Tutti i Dipartimenti, Direzione Medica Ospedaliera
Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi del Dipartimento	Partecipazioni alle riunioni semestrali di condivisione dei dati di attività e dell'andamento degli obiettivi della Struttura	Invio dei verbali di svolgimento delle riunioni all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	Tutti i Dipartimenti

ALLEGATO 4
19 GEN. 2018
N. 138 PAG. N. 2
ALLA DELIBERAZIONE

Miglioramento dell'integrazione logistica, organizzativa, clinica e culturale

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Strutturare progetti innovativi in ambito assistenziale	Produzione di un progetto innovativo Dipartimentale da presentare alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Controllo di Gestione	Invio del progetto alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/10/2018	Tutti i Dipartimenti
Attuare misure per l'integrazione culturale/scientifica anche per la ricerca, formazione e la didattica	Redigere il piano di formazione dipartimentale in collaborazione con la Formazione Qualità	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione del piano di formazione entro il 31/10/2018	Tutti i Dipartimenti, Formazione Qualità
Migliorare il processo di budgeting aziendale dipartimentale	Proporre, in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera e la Formazione e Qualità, almeno due obiettivi dipartimentali per il processo di budgeting anno 2019	Invio degli obiettivi dipartimentali all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/10/2018	Tutti i Dipartimenti, Direzione Medica Ospedaliera, Formazione e Qualità
Migliorare il processo di budgeting aziendale dipartimentale	Proporre, in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera e la Formazione e Qualità, almeno due obiettivi dipartimentali dell'area del comparto per il processo di budgeting anno 2019	Invio degli obiettivi dipartimentali all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/10/2018	Tutti i Dipartimenti, Direzione Medica Ospedaliera, Formazione e Qualità

ALLEGATO 4 ALLA DELIBERAZIONE
19 GEN. 2018 N. 138 PAG. N. 3

ALLEGATO 5

REGOLAMENTO CALCOLO GRADO DI RAGGIUNGIMENTO

DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI

In quest'allegato verranno di seguito esposte le regole per il calcolo del raggiungimento degli obiettivi.

DIRIGENZA

Il punteggio della performance di Struttura (performance organizzativa) per la dirigenza, per tutte le Strutture a cui è stato attribuito un budget economico (consumi beni sanitari) è dato dalla somma algebrica dei seguenti punteggi :

1. Consumi beni sanitari a cui vengono assegnati un massimo di 10 punti;
2. Obiettivi contenuti nella Scheda C a cui vengono assegnati un massimo di 90 punti.

Il punteggio assegnato a ogni singola area è il seguente:

AREA	PUNTEGGIO ASSEGNATO
MIGLIORAMENTO QUALITA' PROFESSIONALE	20
MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	40
MIGLIORAMENTO SICUREZZA E GESTIONE RISCHIO CLINICO	10
MIGLIORAMENTO QUALITA' PERCEPITA ED EQUITA' DI ACCESSO	20

Per ciò che concerne l'obiettivo "Consumi beni sanitari" il grado raggiungimento dell'obiettivo sarà così calcolato:

OBIETTIVO	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI				
	100%	75%	50%	25%	0%
Consumo beni sanitari	Fino a uno sforamento del 5,0%	Sforamento tra il 5,1%-10,0%	Sforamento tra il 10,1%-15,0%	Sforamento tra il 15,1%-20,0%	Sforamento oltre il 20%

Nel dettaglio sottostante vengono presentati i criteri di attribuzione dei punteggi per ogni singolo obiettivo. Per il calcolo degli obiettivi numerici dell'anno 2018 una volta fissato lo standard da raggiungere i punteggi ottenuti verranno parametrati attraverso il calcolo della performance raggiunta che poi sarà riproporzionata in base al peso stabilito per quell'obiettivo. Per esempio se l'indicatore "Aumento della % DRG LEA chirurgici erogati in DS – MES" avesse per una struttura come target $\geq 72\%$ e peso obiettivo 4 il raggiungimento dell'obiettivo sarebbe:

Indicatore	Aumento della % DRG LEA chirurgici erogati in DS – MES
Peso attribuito	4
Target	$\geq 72\%$
Massimo	72%
Minimo	62%
Intervallo	10%
Peso raggiunto	3,2
Performance raggiunta	70%
Grado raggiungimento	80%

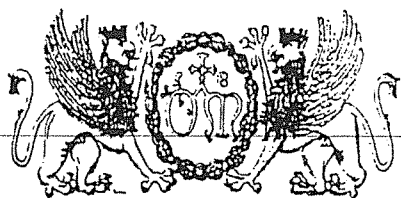
Nel caso di risultato superiore o uguale al massimo si attribuirà l'intero punteggio (nel caso sopra esposto 4), nel caso di risultato peggiore o uguale al minimo stabilito il punteggio attribuito sarà 0.

Metodologia di calcolo obiettivi numerici:

Indicatore	Modalità di calcolo
Degenza media preoperatoria ricoveri programmati - MES (≤ 1 giorno)	Standard 1,00 Performance Migliore $\leq 1,00$ - Performance Peggiore $\geq 2,00$
Aumento della % DRG LEA chirurgici erogati in DS - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard-10%). Nel caso di Standard compreso tra il 3%-15% la decurtazione dallo standard per la peggior performance sarà del 3%
Aumento% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard-3%).
Ridurre la % dei ricoveri ordinari medici da reparti chirurgici – ordinario- MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard+5%).
Ridurre la % di DRG ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard+5%).
Contenere la % di ricoveri oltre soglia	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard-2%). Nel caso di Standard inferiore al 3% la decurtazione dallo standard per la peggior performance sarà dello 0,3%
Mantenimento della degenza media	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore \leq allo standard – Performance Peggiore (standard+10%).
Contenere % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard+2%).
Aumentare la % di ricoveri ordinari chirurgici programmati sul totale ricoveri programmati	Standard 90,0% Performance Migliore $\geq 90,0\%$ - Performance Peggiore $\leq 75,0\%$
Aumentare la % di ricoveri ordinari chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard-5%).
Aumentare la % ricoveri chirurgici totali sul totale dei ricoveri totali	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard-5%).
Aumentare la % colecistectomie laparoscopiche in day surgery o regime ordinario 0-1 giorno - MES	Standard 50,0% Performance Migliore $\geq 50,0\%$ - Performance Peggiore $\leq 40,0\%$
Aumentare% colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario con degenza post operatoria ≤ 3 giorni - PNE	Standard 70,0% Performance Migliore $\geq 70,0\%$ - Performance Peggiore $\leq 67,0\%$
Aumento % di parti fisiologici rispetto anno 2017	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggiore (standard-5%).
Diminuzione % tagli cesarei primari	
Contenimento % parti cesarei depurati (NTSV) - MES	

Indicatore	Modalità di calcolo
Contenimento episiotomie (NTSV) entro i valori network - MES	
Contenimento % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) - MES	
Aumento % fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione - MES	Standard 70,0% Performance Migliore $\geq 70,0\%$ - Performance Peggior $\leq 60,0\%$
Contenimento attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati - MES	Standard 1,00 Performance Migliore $\leq 1,00$ - Performance Peggior $\geq 2,00$
Aumento % prostatectomie transuretrali - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-5%).
Aumento % prostatectomie computer assistite sul totale prostatectomie - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-5%).
Mantenimento della degenza media pazienti outliers con patologie psichiatriche	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard+5%).
% ricoveri outliers pazienti con patologie psichiatriche	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-2%).
Contenimento degenza media riparazione dell'aneurisma dell'aorta addominale non rotto con intervento EVAR	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard+10%).
Contenimento degenza media riparazione dell'aneurisma dell'aorta addominale non rotto con intervento OPEN	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard+10%).
Contenimento degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia carotidea (CEA)	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard+10%).
Contenimento degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: stent carotideo (CAS)	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard+10%).
Miglioramento % trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-5%).
Miglioramento % dimessi extraregione con DRG di alta specialità su totale dimessi con DRG di alta specialità - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-5%).
Miglioramento % di interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttiva alla mammella per tumore maligno	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-5%).
Migliorare % di attrazione extraregione per DRG cardiocirurgici	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard - Performance Peggior (standard-5%).
Miglioramento degenza media preoperatoria per interventi chirurgici di bypass coronarico	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore \leq standard - Performance Peggior (standard+50%)
Miglioramento degenza media preoperatoria per interventi chirurgici di angioplastica coronarica PTCA	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore \leq standard - Performance Peggior (standard+100%)
Miglioramento degenza media preoperatoria per interventi chirurgici di endoarteriectomia carotidea	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore \leq standard - Performance Peggior (standard+50%)
Miglioramento degenza media preoperatoria per interventi chirurgici di protesi di anca	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore \leq standard - Performance Peggior (standard+50%)
Miglioramento degenza media preoperatoria per interventi chirurgici di tonsillectomia	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore \leq standard - Performance Peggior (standard+100%)
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di bypass coronarico (Classe A)	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di angioplastica coronarica PTCA (Classe A)	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di endoarteriectomia carotidea (Classe A)	Standard 30 giorni Performance Migliore ≤ 30 giorni - Performance Peggior ≥ 60 giorni

Indicatore	Modalità di calcolo
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di protesi di anca (Classe A)	Standard 30 giorni Performance Migliore <=30 giorni - Performance Peggior >=60 giorni
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici di tonsillectomia (Classe A)	Standard 30 giorni Performance Migliore <=30 giorni - Performance Peggior >=60 giorni
% interventi chirurgici programmati per tumore alla mammella (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggior <=75,0%
% interventi chirurgici programmati per tumore alla prostata (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggior <=75,0%
% interventi chirurgici programmati per tumore al colon (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggior <=75,0%
% interventi chirurgici programmati per tumore al retto (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggior <=75,0%
% interventi chirurgici programmati per tumore al polmone (Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggior <=75,0%
% interventi chirurgici programmati per tumore all'utero Classe A e B) effettuati entro i tempi previsti (30 e 60 giorni)	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggior <=75,0%
Riduzione % dimissioni volontarie su totale ricoveri	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggior (standard+80%).
Mantenere la % di richieste non appropriate per pazienti ricoverati al di sotto del target	
Mantenere la % di richieste non appropriate nella tempistica per pazienti ricoverati al di sotto del target	
Rispetto dei tempi di refertazione per livello di prenotazione entro i tempi stabiliti da delibera aziendale	



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: Piazzale G. Menghini n. 8/9- 06129 PERUGIA
Sede Legale: S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte 06156PERUGIA
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 138 DEL 19 GEN. 2018

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato

CONSTA DI FOGLI 67 incluso il presente ed inclusi gli allegati

Perugia, 19 GEN. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

☒ E' ESECUTIVA IMMEDIATAMENTE, non essendo soggetta a controllo

☐ HA CONSEGUITO ESECUTIVITA' IL _____

☐ PER PROVVEDIMENTO POSITIVO DELLA GIUNTA REGIONALE N. _____ DEL _____

CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

☐ PER DECORRENZA DEL TERMINE DI LEGGE PER IL CONTROLLO SENZA RILIEVI DA PARTE
DELLA GIUNTA REGIONALE, CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

☐ ALTRO (esecutività dopo richiesta di chiarimenti, parziale annullamento dell'atto,
annullamento integrale, ecc.. - Specificare gli estremi dei provvedimenti)

Perugia, 19 GEN. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato,

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il 19 GEN. 2018

per la durata di 15 giorni.

Perugia,

19 GEN. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

Questa copia della delibera sopra indicata è conforme al suo originale esistente presso questo ufficio e consta di n. _____ pagine inclusa la presente

Perugia,

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI