



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

# Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: 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](http://www.ospedale.perugia.it)

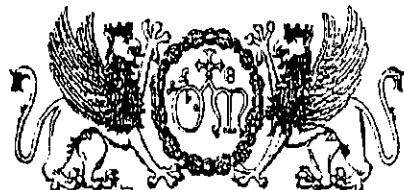
## DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

13 DIC. 2018 N° 2605

### OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2019 – 2021

#### 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 perseguitamento 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.



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

# Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Amministrativa: 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](http://www.ospedale.perugia.it)

Tutto ciò premesso

## SI DELIBERA QUANTO SEGUE:

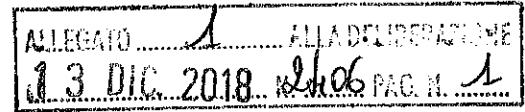
- 1) approvare il piano della performance anno 2019 - 2021 (**Allegato 1**), che diventa parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) approvare la proposta di obiettivi di budget generali e specifici per l'anno 2019, che saranno concordati e condivisi con i Dirigenti Sanitari e coordinatori 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)

Emilio Duca  
Maurizio Valorosi  
Diamante Pacchiarini

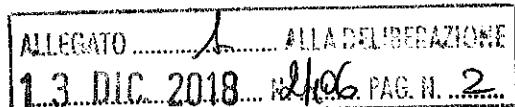
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Maurizio Valorosi)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dr. Diamante Pacchiarini)



## **ALLEGATO 1**

### **PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2019 – 2021**



## 1. PRESENTAZIONE E CONTENUTI

Il Piano della Performance 2019 – 2021 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia è il documento programmatico triennale 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 egualianza, d’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;

ALLEGATO	1	ALLA DELIBERAZIONE
13 DIC 2018	9106	PAG. N. 3

- 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 2019 - 2021 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 ottenuta 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 e 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 e 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 come sopra riportato 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 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

ALLEGATO 1 ALLA GESTIONE  
13 DIC. 2018, 9:10:06 PAG. N. 5

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 52 unità operative (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 nominato dal Direttore Generale dell'Azienda in caso di dipartimento ospedaliero e d'intesa col Rettore

ADM/120.....1..... ALLA DIREZIONE  
13 DIC 2018 0406 PAG. N. 6

dell'Università nel caso di dipartimento universitario, secondo le modalità previste dalle normative nazionali e regionali vigenti. Il Direttore è scelto secondo 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 perseguitamento 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.

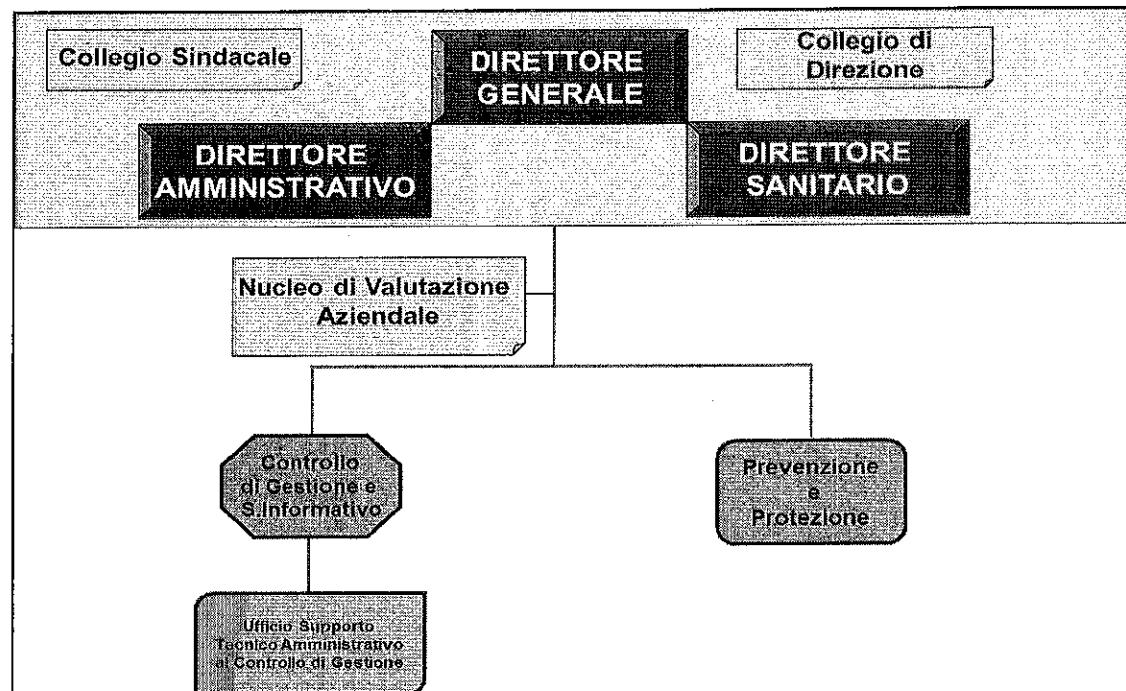
Altro organo dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è il Collegio di Direzione formato dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali e dai

ALLEGATO 1 ALL'ACQUISIZIONE  
13 DIC. 2018  
2006 PAG. N. 2

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**



ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE  
1.3. DIC. 2018 1106 PAG. N. 8

**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

ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE  
**13 DIC. 2018** 9/106 PAG. N. 9

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 31/12/2017 era composto da 2.882 unità tra personale ospedaliero (2.668 dipendenti) e personale universitario in convenzione (214 unità) a cui vanno aggiunti 73 contratti di collaborazione coordinata e continuativa e contratti libero professionali (tabelle 1-2).

**Tabella 1. Personale ospedaliero Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2017**

Ruolo	Indeterminato		Determinato		TOTALE
	Numero	%	Numero	%	
Dirigenza Medica	405	17,2	61	19,7	466
Dirigenza Sanitaria	43	1,8	5	1,6	48
Comparto Ruolo Sanitario	1.323	56,1	169	54,5	1.492
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>1.771</b>	<b>75,1</b>	<b>235</b>	<b>75,8</b>	<b>2.006</b>
Dirigenza Professionale	2	0,1	0	0,0	2

Ruolo	Indeterminato		Determinato		TOTALE
	Numero	%	Numero	%	
Comparto Ruolo Professionale	4	0,2	0	0,0	4
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>6</b>	<b>0,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>6</b>
Comparto Ruolo Tecnico	449	19,0	75	24,2	524
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>	<b>449</b>	<b>19,0</b>	<b>75</b>	<b>24,2</b>	<b>524</b>
Dirigenza Amministrativa	3	0,1	0	0,0	3
Comparto Ruolo Amministrativo	129	5,5	0	0,0	129
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>	<b>132</b>	<b>5,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>132</b>
<b>Totale</b>	<b>2.358</b>	<b>100,0</b>	<b>310</b>	<b>100,0</b>	<b>2.668</b>

Tabella 2. Personale universitario convenzionato Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2017

Ruolo	Numero	%
Dirigenza Medica	115	53,7
Dirigenza Sanitaria	22	10,3
Comparto Ruolo Sanitario	6	2,8
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>143</b>	<b>66,8</b>
Dirigenza Professionale	3	1,4
Comparto Ruolo Professionale	0	0,0
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>3</b>	<b>1,4</b>
Comparto Ruolo Tecnico	36	16,8
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>	<b>36</b>	<b>16,8</b>
Dirigenza Amministrativa	0	0,0
Comparto Ruolo Amministrativo	32	15,0
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>	<b>32</b>	<b>15,0</b>
<b>Totale</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>

ALLEGATO	1	ALLA DELL'ISTITUZIONE
13 DIC 2018		
11		

## 5. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

I rapporti tra Azienda Ospedaliera di Perugia e Università degli Studi di Perugia sono regolati dal "Protocollo generale d'intesa fra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs 21 Dicembre 1999, n. 517 del DPCM 24 Maggio 2001 ed ai sensi della Legge 30 Dicembre 2010, n.240 e della Legge Regionale 12 Novembre 2012, n.18". Esso prevede principalmente:

- a) disciplina la costituzione, l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda ospedaliera – universitaria di Perugia e dell'Azienda ospedaliera – universitaria di Terni, regola i rapporti tra l'Università e la Regione in materia di attività integrate di ricerca, didattica ed assistenza svolte nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dell'autonomia delle istituzioni competenti e negli interessi comuni della tutela della salute della collettività, della formazione di eccellenza e dello sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria;
- b) impegno comune, nell'ambito delle proprie competenze a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità;
- c) ottimizzazione della qualità dell'assistenza e basata sulla centralità della persona e sulla tutela della salute e promozione della formazione di figure professionali basate sulla centralità dell'studente;

## 6. 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;
- Delibera CIVIT 112/2010;
- Delibera CIVIT 6/2013.

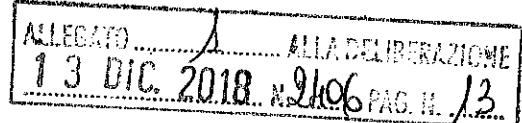
ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE  
13 DIC. 2018 N. 9106 PAG. II. 12

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 risorse uguali o 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).

## 6.1 IL CONTESTO ESTERNO

Il Network della Scuola S.Anna di Pisa nasce nell’anno 2008 mutuando l’esperienza sviluppata in Toscana sin dall’anno 2004. Le regioni che ne fanno parte sono: Lombardia, Veneto, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Basilicata e Calabria. L’obiettivo del network è quello di condividere un sistema di valutazione multidimensionale della performance dei Servizi Sanitari Regionali fondato sul confronto in benchmark attraverso l’utilizzo di un ampio set di indicatori. Le performance delle aziende ospedaliere, delle aziende sanitarie territoriali e delle regioni stesse sono valutate con un set di 348 indicatori suddivisi nelle sei dimensioni sotto elencate:

- a) lo stato di salute della popolazione;
- b) capacità di perseguitamento delle strategie regionali;
- c) socio – sanitaria;



- d) esterna;
- e) interna;
- f) economica finanziaria.

Le performance valutate dal network sono consultabili all'indirizzo <http://performance.sssup.it/netval/start.php> attraverso i classici bersagli di valutazione, tabelle e grafici rappresentanti sia la performance dell'anno d'indagine, il trend rispetto all'anno precedente e il posizionamento dell'azienda all'interno del network. Nella tabella 3 viene riportata la performance dell'anno 2017 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia confrontata con la media del network; nelle figure 4 viene rappresentato il bersaglio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per l'anno 2017. Inoltre nella figura 5 è riportata la valutazione anno 2017 secondo la griglia CRISP – MeS.

**Tabella 3. Indicatori Bersaglio MeS (Network Scuola S.Anna di Pisa). Anno 2017**

Cod. Ind	Indicatore	Anno 2017	Media Network 2017
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,37	-0,56
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,50	0,34
C14.4	Percentuale ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	3,89	4,35
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	52,71	54,83
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	30,37	34,47
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	46,85	68,88
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93,94	92,79
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	94,12	88,85
C16.7	Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	59,09	57,20
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	29,62	25,03
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	83,48	87,98
C17.1.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	62,08	75,95
C17.1.2	Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	28,63	9,86
C17.5.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	76,74	73,24

Tabella 3. Indicatori Bersaglio MeS (Network Scuola S.Anna di Pisa). Anno 2017 (segue)

Cod_Ind	Indicatore	Anno 2017	Media Network 2017
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi per tumore maligno alla prostata	6,98	9,19
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	16,40	21,86
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	28,16	21,60
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	3,89	6,12
C.16.1	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	87,16	72,16
C.16.2	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	58,01	68,95
C.16.3	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	84,24	80,68
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore	99,34	89,07
D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	1,29	4,08
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)	9,96	
F3.1	Indice di disponibilita'	2,09	1,32
D18	Percentuale dimissioni volontarie	0,85	1,28
C30.3.2.2	Attrazioni - alta complessità	15,75	
F18.1	Costo medio punto DRG	5.286,70	

Figura 4. Bersaglio MeS (Network Scuola S.Anna di Pisa). Anno 2017

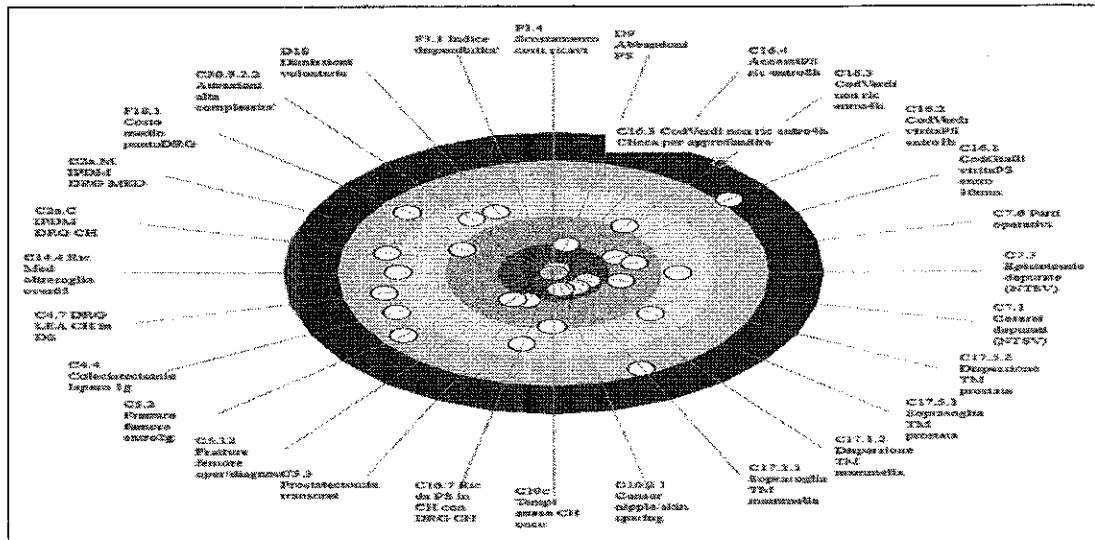


Figura 5 Griglia di valutazione CRISP – MeS. Anno 2017

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA - codice: 100901				
Griglia di valutazione CRISP-MeS				
Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Risultato monitoraggio
Cardiochirurgia	6.72	35	35	35
Cardiologia	1.02	35	35	35
Chirurgia generale	1.02	35	35	35
Medicina	1.11	35	35	35
Neurochirurgia	1.02	35	35	35
Neurologia	1.02	35	35	35
Ortopedia	1.59	35	35	35
Urologia	1.02	35	35	35

Detttaglio reparti di dimissione					
Specialità	Numero	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Risultato monitoraggio
Cardiochirurgia	01	6.14	35	35	35
Cardiologia	02	1.45	35	35	35
	03	2.11	35	35	35
Chirurgia generale	03	1.07	35	35	35
	02	1.19	35	35	35
	04	1.21	35	35	35
Medicina	02	0.64	35	35	35
	04	2.52	35	35	35
	05	1.29	35	35	35
Neurochirurgia	01	1.02	35	35	35
Neurologia	02	1.02	35	35	35
Ortopedia	01	1.43	35	35	35
Urologia	01	1.59	35	35	35

Fontegabozzoni Laboratorio MeS su SDO anno 2017

Per i reparti di Medicina e Neurologia non è stato calcolato l'indicatore **Risultato in sala operatoria**.  
Per i reparti di Cardiochirurgia non è stato calcolato l'indicatore **Dimissioni volontarie**.  
I reparti con meno di 100 dimissioni non sono valutati e non comparirebbero nella griglia.

Il Programma nazionale esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del Servizio Sanitario Nazionale. Negli ultimi anni PNE ha incrementato costantemente il numero di indicatori, valutati e selezionati. In particolare sono aumentati nell'area angiologica, ortopedica e pediatrica, passando da 146 nel 2015, a 165 nel 2016, fino a 166 indicatori nel 2017 (67 di esito e processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione). Nella tabella 4 sono riportati i volumi di attività, monitorati da PNE, dell'Azienda Ospedaliera di Perugia nell'anno 2017.

Tabella 4. Volumi di attività Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016

Indicatore	Volumi
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	47
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	52
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	11
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	53
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	28
AIDS: volume di ricoveri	42
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	67
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	38
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	67
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	168
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	88
Tonsillectomia: volume di ricoveri	88

ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE  
13 DIC. 2018 N. 1106 PAG. N. 16

**Tabella 4. Volumi di attività Programma Nazionale Esiti dell’Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016  
(segue)**

Indicatore	Volumi
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	100
Prostatectomia: volume di ricoveri	71
Isterectomia: volume di ricoveri	135
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	66
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	222
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	43
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	652
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	14
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	15
Intervento chirurgico sull’orecchio medio: volume di ricoveri	86
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	62
Interventi cardiochirurgici in et&grave; pediatrica: volume di ricoveri	4
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri chirurgici	644
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	23
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	10
STEMI: volume di ricoveri	428
N-STEMI: volume di ricoveri	316
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	41
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	117
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	65
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	10
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	111
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	26
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	319
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	4
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	128
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	66
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	20
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	152
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	1.028
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	267
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	73
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	286
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	222
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	527
PTCA eseguita per condizione diverse da Infarto Miocardico Acuto	400
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	127
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	27
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	225
IMA: volume di ricoveri	785
BPCO: volume di ricoveri in day hospital	4
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	386

ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE  
13 DIC. 2018 N° 160 PAG. N. 17

**Tabella 4. Volumi di attività Programma Nazionale Esiti dell’Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016 (segue)**

Indicatore	Volumi
Ictus ischemico: volume di ricoveri	541
BPCO: volume di ricoveri ordinari	399
Parti: volume di ricoveri	1.985
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	688
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	80
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	673
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	830
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	116
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	118
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	10
Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica	36
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	12
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	52

Inoltre il Programma Nazionale Esiti si concentra su interventi di provata efficacia che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizione di equità; nella tabella 5 vengono riportati gli indicatori sottoposti a monitoraggio .

Infine nella tabella 6 vengono riportati i tempi di attesa monitorati dal PNE – AGENAS per l’anno 2016.

Tabella 5. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016

Indicatore	Casi	% GREZZA	% ADJ	RR	P
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)	297	83,84	82,96	1,19	0
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	595	6,05	5,96	0,69	0,033
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	563	6,75	6,69	0,64	0,007
Scompenso cardiaco congestizio: riadmissioni ospedaliere a 30 gg	438	13,7	13,79	0,94	0,592
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	167	19,16	13,51	0,69	0,037
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	2552	0,35	0,34	0,66	0,206
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	2552	0,51	0,5	0,88	0,655
Intervento chirurgico per TM prostata: riadmissioni a 30 giorni	117	0,85	0,77	0,19	0,096
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	407	5,9	5,86	0,54	0,003
Ictus ischemico: riadmissioni ospedaliere a 30 giorni	391	7,42	7,45	1,04	0,81
BPCO riacutizzata: mortalità&grave a 30 giorni	292	7,53	7,87	0,85	0,432
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	556	5,94	5,9	0,75	0,103
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	167	76,65	72,34	0,99	0,92
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	182	2,75	2,81	2,73	0,031
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	29	10,34	-	-	-
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	79	2,53	1,59	0,66	0,573
BPCO riacutizzata: riadmissioni ospedaliere a 30 giorni	276	16,3	16,27	1,22	0,158
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	1066	1,13	0,94	1,2	0,528
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1066	0,75	0,69	0,81	0,553
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riadmissioni a 30 giorni	11	0	-	-	-
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità	208	5,77	6,18	1,59	0,122
Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riadmissioni a 30 giorni	33	0	-	-	-
Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	81	4,94	5	0,97	0,954
Arteriopatia III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	81	11,11	11,1	0,6	0,102

ALLEGATO  
13 DIC. 2010  
2406 PAG. 18

Tabella 5. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016 (segue)

Indicatore	Casi	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Arteriopatia III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	88	7,95	5,87	0,42	0,03
Colectiectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	380	2,63	2,66	1,15	0,657
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità	210	1,9	1,47	0,54	0,226
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	708	13,84	12,04	1,04	0,735
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	177	8,47	8,19	0,99	0,97
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	89	55,06	74,15	1,54	0
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	319	63,32	-	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	167	8,98	8,72	1,13	0,638
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annuali	319	99,37	-	-	-
Colectiectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	380	1,05	1,06	0,96	0,938
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annuali	222	51,35	-	-	-
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità	225	2,22	2,3	0,87	0,748
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	233	17,17	17,26	2,13	0
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	112	18,75	17,08	1,04	0,858
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1535	20,46	17,2	0,7	0
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	510	5,88	5,45	1,02	0,921
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	509	46,56	46,71	0,81	0,3
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	400	3,5	2,75	0,62	0,084
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	276	0,72	0,67	0,4	0,193
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	255	0,78	0,86	0,7	0,612
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	108	0,93	0,95	0,28	0,204
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	447	0,67	0,58	0,49	0,2

ANNO 2016  
21/06/2018  
19

Tabella 5. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016 (segue)

Indicatore	Casi	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Intervento di protesi di anca: riadmissioni a 30 giorni	251	10,36	9,04	2,46	0
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	261	1,53	1,59	0,89	0,815
Intervento di protesi di ginocchio: riadmissioni a 30 giorni	86	3,49	3,41	2,52	0,106
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	65	3,08	2,87	1,16	0,828
Intervento di protesi di spalla: riadmissioni a 30 giorni	24	4,17	-	-	-
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	595	67,23	69,46	1,55	0
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	175	8	6,46	1,05	0,866
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	229	7,86	4,89	1,19	0,52
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	65	1,54	1,59	0,89	0,91
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	557	6,28	6,18	0,61	0,006
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	557	17,59	18,17	0,85	0,079
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	595	81,18	81,13	1,31	0
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	135	2,96	3,99	1,86	0,218

ALLEGATO  
13 DIC. 2018 N. 4406 PAG. N. 20  
ALLA DELIBERAZIONE

**Tabella 6. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2016**

Indicatore	Casi	% Interventi	Mediana grezza	Mediana ADJ
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	52	100	4	4
Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria	21	100	8	-

## 6.2 IL CONTESTO INTERNO

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 7).

**Tabella 7 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
<b>Comune di Perugia</b>	<b>166.676</b>	<b>25,2</b>
Distretto dell'Assisano	62.269	9,4
Distretto Media Valle del Tevere	55.727	8,4
Distretto del Lago Trasimeno	57.773	8,7
<b>Usl Umbria 1</b>	<b>501.363</b>	<b>75,9</b>
Comuni Provincia di Perugia appartenenti USL Umbria 2	159.327	24,1
<b>Totale</b>	<b>660.690</b>	<b>100,0</b>

Fonte Dati: Istat

## 7. 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 8).

Tabella 8. Attività di ricovero Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2016 – 2017

DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2016	ANNO 2017	diff.	diff. (%)
Posti Letto	743,1	752,7	9,6	
Ricoveri (Ammessi,Dimessi,Trasferiti)	37.881	37.481	-400	-1,1
Giornate di degenza ricoveri	251.343	254.215	2.872	1,1
Giornate di degenza dimessi	250.737	253.603	2.866	1,1
Dimessi (Totale SDO)	33.563	33.174	-389	-1,2
Dimessi medici 0-2 giorni	5.830	5.631	-199	-3,4
Dimessi chirurgici 0-1 giorno	2.560	2.716	156	6,1
Dimessi chirurgici ordinari	11.755	11.919	164	1,4
% dimessi con DRG chirurgico sul totale dei dimessi	35,0%	35,9%		0,9%
Numero parti	1.971	1.884	-87	-4,4
Numero parti cesarei	568	494	-74	-13,0
% parti cesarei	28,8%	26,2%		-2,6%
Trapianti	140	146	6	4,3
Trapianti rene	20	13	-7	-35,0
Trapianti midollo osseo	103	114	11	10,7
Trapianti cornea	17	19	2	11,8
Peso medio DRG	1,26	1,28	0,02	
Peso medio DRG chirurgici	2,02	2,01	-0,01	
Degenza media	7,47	7,64	0,17	
Tasso di utilizzo	92,4%	92,5%		0,12%



Tabella 8. Attività di ricovero Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2016 – 2017 (segue)

INDICE DI ATTRAZIONE	ANNO 2016	ANNO 2017	diff.	diff. (%)
Alta specialità Regione Umbria	3.011	3.136	125	4,2
Medio bassa specialità Usl Umbria 1	25.447	25.050	-397	-1,6
Medio bassa specialità Usl Umbria 2	1.930	1.801	-129	-6,7
Alta specialità Fuori Regione	520	526	6	1,2
Medio bassa specialità Fuori Regione	2.655	2.661	6	0,2
DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	ANNO 2016	ANNO 2017	diff.	diff. (%)
Posti Letto	48,8	51,5	2,7	
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.739	5.533	-206	-3,6
Day Hospital/Day Surgery con 1 accesso	5.224	4.976	-248	-4,7
Day Hospital/Day Surgery a ciclo	515	557	42	8,2
Ricoveri con DRG chirurgico	3.358	3.150	-208	-6,2
% DRG chirurgici sul totale dei dimessi DH/DS	58,5%	56,9%		0,0
Accessi totali	10.734	11.473	739	6,9
Accessi medi	1,87	2,07	0,20	
Peso medio DRG	0,87	0,91	0,04	

Fonte Archivio SDO

L'attività di ricovero svolta all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è rivolta principalmente a residenti dell'ASL Umbria 1 (82,9%). Il restante 17% è così suddiviso: 7,0% per residenti nell'ASL Umbria 2, 8,4% per pazienti provenienti da fuori regione e il rimanente 1,7% per cittadini stranieri. I residenti dell'ASL Umbria provengono principalmente dal Distretto del Perugino (55,1%) seguiti da quelli residenti nel Distretto del Lago Trasimeno (12,5%) e da quelli provenienti dalla Media Valle del Tevere (9,7%). 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 osservazione brevi di tipo specialistico (pronto soccorso, pediatrica, urologica, chirurgica e internistica) affinché i pazienti possano essere inseriti nei percorsi e nei setting assistenziali più appropriati.

Nella tabella 9 vengono presentati i dati dell'attività, in percentuale, di ricovero dell'anno 2017 scomposti per provenienza 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 9 Scomposizione percentuale per provenienza e Dipartimento di dimissione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017**

STRUTTURA DI DIMISSIONE	USL UMBRIA 1		USL UMBRIA 2		FUORI REGIONE		STRANIERI		TOTALE	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	88,3	86,5	4,9	5,8	5,3	6,7	1,5	1,0	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	84,1	85,4	7,0	6,4	7,9	7,2	1,0	0,9	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	68,8	68,4	11,8	10,9	17,5	17,9	1,9	2,8	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	78,5	79,5	10,3	9,8	9,9	9,3	1,4	1,4	100,0	100,0
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	87,0	85,7	6,1	6,0	4,3	4,7	2,7	3,6	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	89,1	90,0	4,8	4,8	4,9	4,4	1,3	0,9	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	86,7	88,1	6,3	5,5	5,7	5,1	1,3	1,3	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	79,2	79,7	7,1	6,9	12,5	12,2	1,1	1,2	100,0	100,0
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	62,5	58,8	20,3	19,1	17,2	22,1	0,0	0,0	100,0	100,0
UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA	92,3	88,8	2,9	5,1	4,4	4,2	0,4	1,8	100,0	100,0
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>82,6</b>	<b>82,9</b>	<b>7,3</b>	<b>7,0</b>	<b>8,6</b>	<b>8,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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'11% 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 10). In quest'ultimo dipartimento l'attività di alta specialità riguarda il 28% circa dell'attività totale in regime ordinario (tabella 11), mentre nei dipartimenti di Scienze

Cardio Toraco Vascolari, di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e di Neuroscienze ed Organi Sensoriali essa varia tra il 13,9% e il 18%.

**Tabella 10. Attività di alta specialità (regime ordinario) nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2016 – 2017.**

STRUTTURA DI DIMISSIONE	UMBRIA			EXTRAREGIONE			TOTALE		
	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFF	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFF	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFF
<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>									
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	190	195	5	22	18	-4	212	213	1
UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA	109	105	-4	10	10	0	119	115	-4
TERAPIA INTENSIVA POST CARDIOCHIRURGICA	40	29	-11	4	1	-3	44	30	-14
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>339</b>	<b>329</b>	<b>-10</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>-7</b>	<b>375</b>	<b>358</b>	<b>-17</b>
<b>DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI</b>									
CHIRURGIA TORACICA	162	153	-9	56	50	-6	218	203	-15
CARDIOCHIRURGIA	230	192	-38	11	11	0	241	203	-38
MEDICINA INTERNA VASCOLARE D'URGENZA-STROKE UNIT	61	61	0	5	10	5	66	71	5
CARDIOLOGIA	166	194	28	12	12	0	178	206	28
CARDIOLOGIA-UTIC	18	9	-9	2	1	-1	20	10	-10
CARDIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCOLARE	31	27	-4	1	3	2	32	30	-2
CHIRURGIA VASCOLARE	231	225	-6	53	60	7	284	285	1
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>899</b>	<b>861</b>	<b>-38</b>	<b>140</b>	<b>147</b>	<b>7</b>	<b>1.039</b>	<b>1.008</b>	<b>-31</b>
<b>DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE</b>									
EMATOLOGIA CON TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO	164	185	21	106	97	-9	270	282	12
GASTROENTEROLOGIA	8	9	1	0	1	1	8	10	2
ONCOLOGIA MEDICA	52	44	-8	6	5	-1	58	49	-9
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>224</b>	<b>238</b>	<b>14</b>	<b>112</b>	<b>103</b>	<b>-9</b>	<b>336</b>	<b>341</b>	<b>5</b>
<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI</b>									
CLINICA OTORINOLARINGOLOGICA	29	25	-4	6	8	2	35	33	-2
NEUROCHIRURGIA	375	374	-1	51	52	1	426	426	0
CLINICA NEUROLOGICA	9	7	-2	6	9	3	15	16	1
NEUROFISIOPATOLOGIA	16	11	-5	22	18	-4	38	29	-9
UNITA' SPINALE UNIPOLARE	6	7	1	4	6	2	10	13	3
UNITA' DI DEGENZA PSICHIATRICA	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>435</b>	<b>425</b>	<b>-10</b>	<b>89</b>	<b>93</b>	<b>4</b>	<b>524</b>	<b>518</b>	<b>-6</b>

**Tabella 10. Attività di alta specialità (regime ordinario) nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2016 – 2017 (segue).**

STRUTTURA DI DIMISSIONE	UMBRIA			EXTRAREGIONE			TOTALE		
	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFF	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFF	ANNO 2016	ANNO 2017	DIFF
<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>									
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA/OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	26	6	1	2	1	21	28	7
CLINICA PEDIATRICA	2	8	6	2	1	-1	4	9	5
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	15	10	-5	17	18	1	32	28	-4
NEONATALOGIA	138	159	21	10	9	-1	148	168	20
CHIRURGIA PEDIATRICA	10	10	0	0	3	3	10	13	3
UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1	1	0	0	0	0	1	1	0
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>186</b>	<b>214</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>216</b>	<b>247</b>	<b>31</b>
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1</b>									
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	21	14	-7	0	2	2	21	16	-5
MEDICINA DEL LAVORO	25	12	-13	0	1	1	25	13	-12
GERIATRIA	24	29	5	1	4	3	25	33	8
PNEUMOLOGIA	52	66	14	6	3	-3	58	69	11
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>122</b>	<b>121</b>	<b>-1</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>129</b>	<b>131</b>	<b>2</b>
<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2</b>									
MEDICINA INTERNA	50	65	15	5	1	-4	55	66	11
CLINICA DERMATOLOGICA	11	16	5	1	0	-1	12	16	4
MALATTIE INFETTIVE	22	22	0	1	5	4	23	27	4
NEFROLOGIA/DIALISI	28	21	-7	3	1	-2	31	22	-9
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>111</b>	<b>124</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>-3</b>	<b>121</b>	<b>131</b>	<b>10</b>
<b>DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE</b>									
CHIRURGIA GENERALE	107	131	24	7	10	3	114	141	27
CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	458	534	76	63	66	3	521	600	79
CLINICA UROLOGICA	111	129	18	21	25	4	132	154	22
CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA	18	22	4	5	2	-3	23	24	1
BREAST UNIT	0	0	0	0	1	1	0	1	1
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0	1	1	0	0	0	0	1	1
CHIRURGIA MAXILO-FACCIALE	1	7	6	0	0	0	1	7	6
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>	<b>695</b>	<b>824</b>	<b>129</b>	<b>96</b>	<b>104</b>	<b>8</b>	<b>791</b>	<b>928</b>	<b>137</b>
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>3.011</b>	<b>3.136</b>	<b>125</b>	<b>520</b>	<b>526</b>	<b>6</b>	<b>3.531</b>	<b>3.662</b>	<b>131</b>

Tabella 11. Attività di alta specialità nell’Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2016 – 2017.

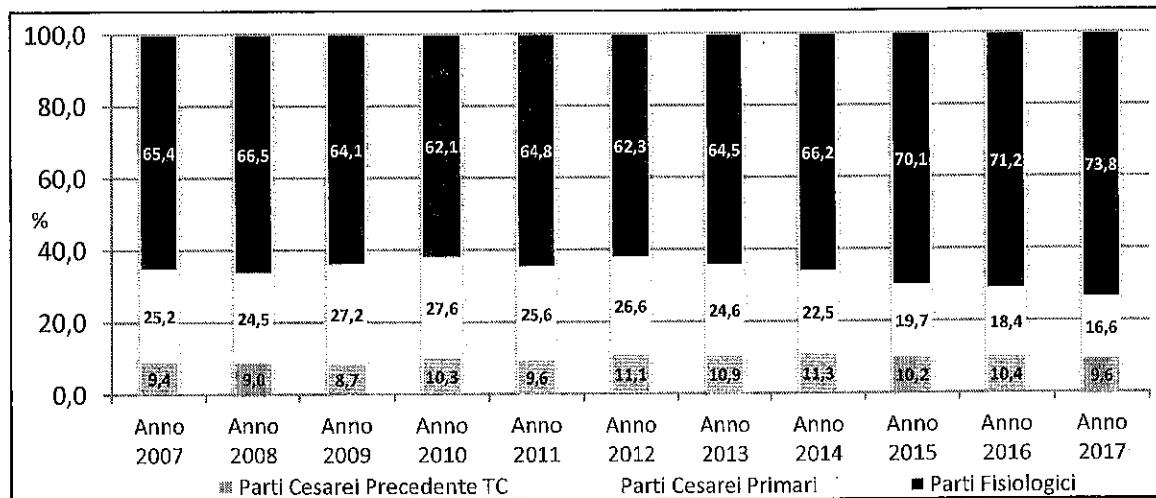
DIPARTIMENTO DI DIMISSIONE	ALTA SPECIALITA'		RICOVERI ORDINARI		% ALTA SPECIALITA'	
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2015	ANNO 2016
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	375	358	931	930	28,7	27,8
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TÓRACO VASCOLARI	1.039	1.008	6.077	5.841	14,6	14,7
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	336	341	1.674	1.553	16,7	18,0
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	524	518	3.268	3.214	13,8	13,9
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	216	247	6.205	6.028	3,4	3,9
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	129	131	3.021	2.968	4,1	4,2
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	121	131	3.313	3.260	3,5	3,9
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	791	928	4.933	4.987	13,8	15,7
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	0	0	64	68	0,0	0,0
UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA	0	0	546	663	0,0	0,0
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>3.531</b>	<b>3.662</b>	<b>30.032</b>	<b>29.512</b>	<b>10,5</b>	<b>11,0</b>

Fonte Archivio SDO

Nell’anno 2017 sono stati eseguiti 20.247 tra interventi chirurgici (regime ordinario e day surgery), procedure ambulatoriali, quali interventi di cataratta, tunnel carpale, iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche, laser a eccimeri e interventi otorinolaringoiatrici, e DRG medici con impegno di risorse equivalenti ai DRG chirurgici. L’anno 2017 ha visto il consolidamento di quanto avviato nell’anno precedente, ovvero la delocalizzazione degli interventi chirurgici, infatti, nel 2016, sono stati siglati con l’ASL Umbria 1 protocolli d’intesa interaziendali per l’espletamento di attività di chirurgica pediatrica presso il presidio ospedaliero di Assisi, di chirurgia otorinolaringoiatrica presso il presidio ospedaliero di Pantalla, di chirurgia ginecologica presso il presidio di Castiglion 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 un 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 favoriscono 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 sempre nel 2016 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 2017 ci sono stati nell’Azienda Ospedaliera di Perugia 1.884 parti, in calo del 4,4% rispetto all’anno precedente ma in linea con la tendenza nazionale (fonte Istat: 458.151 nati nel 2017 e 473.438 nel 2016). L’anno 2017 ha però messo in evidenza un aumento della percentuale dei parti fisiologici (73,8% contro il 71,2% dell’anno precedente) e di conseguenza una diminuzione dei tagli cesarei (26,2% nel 2017) e in particolare dei cosiddetti parti cesarei primari che passano dal 18,4% del 2016 al 16,6% del 2017 (figura 6). La performance dell’anno 2017 è sicuramente positiva se confrontata con i dati del Rapporto Annuale sull’Attività di Ricovero Ospedaliero del Ministero della Salute (dati riferiti all’anno 2016) che vedono la percentuale dei tagli cesarei in Italia pari al 34,9% e del 28,8% in Umbria e quella dei parti cesarei primari del 21,7% in Italia e del 18,5% in Umbria.

**Figura 6. Scomposizione percentuale dei parti fisiologici e dei parti cesarei primari e con precedente TC. Anni 2007 – 2017**



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 molto 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 2019 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'utenze 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 2017 si sono stati eseguiti 146 trapianti (140 nel 2016) di cui 114 di midollo osseo (61 autologi e 53 allogenici), 13 di rene e 19 di cornea.

Nell'anno 2016 al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia vi sono stati 61.223 accessi (168 accessi medi giornalieri. Oltre il 71% degli accessi avviene tra le 8 e le 20 (43.674). 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 70,2% degli accessi sono quelli relativi al codice verde, mentre un altro 10% è rappresentato dai codici bianchi (tabella 12).

**Tabella 12. Attività di triage di Pronto Soccorso. Anno 2017**

Codice	Numero	%
Rosso	1.038	1,7
Giallo	8.644	14,1
Verde	42.968	70,2
Bianco	6.111	10,0
Ex Urgenze da reparto	2.454	4,0
<b>Totale</b>	<b>61.223</b>	<b>100,0</b>

**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 13).

Tabella 13. Attività di Osservazione Breve. Anni 2016 – 2017

Osservazione Breve	Dimesso		Ricoverato		Dimissione Volontaria		Altro		Totale	
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2016	Anno 2017
Pronto Soccorso	1.095	1.066	173	158	198	153	2	4	<b>1.468</b>	<b>1.381</b>
Internistica	1.422	1.239	308	286	41	30	5	2	<b>1.776</b>	<b>1.558</b>
Chirurgica	1.084	953	643	621	97	94	0	6	<b>1.824</b>	<b>1.685</b>
Urologica	762	750	170	223	125	70	7	2	<b>1.064</b>	<b>1.046</b>
Pediatrica	1.443	1.598	386	477	25	18	11	18	<b>1.865</b>	<b>2.111</b>
<b>Totale</b>	<b>5.806</b>	<b>5.606</b>	<b>1.680</b>	<b>1.765</b>	<b>486</b>	<b>365</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>7.997</b>	<b>7.781</b>
<b>% esito</b>	<b>72,6</b>	<b>72,0</b>	<b>21,0</b>	<b>22,7</b>	<b>6,1</b>	<b>4,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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 a € € 70.952.831,57 nel 2017, in incremento rispetto al precedente esercizio in cui tale voce assommava ad € 66.923.153,82). La **mobilità sanitaria extraregionale** nel 2017 ha registrato un fatturato di € 21.445.481,51 contro un volume di € 22.798.417,98 del 2016 facendo segnare un decremento di € 1.352.936,47. Per quanto attiene l’area della **mobilità sanitaria regionale**, che costituisce la principale posta di ricavo per l’Azienda ospedaliera di Perugia, rispetto al 2016 (anno in cui il tetto dell’attività era di € 191.511.477,00) non si registrano sostanziali variazioni. In particolare è da segnalare che:

- La Regione dell’Umbria con la DGRU n. 1298 del 14/11/2016 avente ad oggetto *“Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del bilancio di previsione per l’esercizio 2017”* 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 2017 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.
- La mobilità sanitaria regionale extra Global Budget nel 2017 è risultata ammontare ad € 3.040.453,97.

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 (36,0%), nei riguardi della USL Umbria 1 tali prestazioni costituiscono circa il 23,1% del totale mentre hanno un peso maggiore le prestazioni di medio-bassa specialità.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia nel 2017 ha prodotto, per mobilità sanitaria nei confronti delle aziende territoriali della Regione, un fatturato complessivo di € 205.748.696,11 (€ 202.708.242,14 per le prestazioni comprese nel Global Budget e € 3.040.453,97 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 € 194.551.930,97 (€191.511.477,00 da global budget e € 3.040.453,97 fuori global budget con una penalizzazione complessiva di € 11.196.765,14 pari al 5,5% dell'attività svolta nell'ambito del Global Budget. Le entrate proprie, nel loro complesso hanno raggiunto l'ammontare di circa 17,4 milioni di euro; la voce dei costi capitalizzati si è invece attestata sull'importo di € 9.681.425,00.

I costi complessivi dell'esercizio 2017 sono risultati ammontare ad € 320.833.420,78 segnando un aumento di € 7.295.632,41 (+ 2,3%) rispetto al bilancio di esercizio del 2016 (€ 313.537.788,37). 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 € 134.445.551,00. Si rileva pertanto un incremento del fabbisogno complessivo per l'anno 2014 pari a - € 376.338,00 (-0,3%) rispetto all'esercizio precedente (€ 134.821.889,00). Tale decremento può essere attribuito al fatto che nonostante vi sia stato un aumento in valori assoluti di unità di personale a fine anno, si sono pagate un numero proporzionalmente inferiore di unità in valori assoluti; questo effetto trova la sua causa nel momento in cui le assunzioni avvengono a fine anno e le cessazioni ad inizio anno mentre nell'anno precedente era avvenuto l'esatto contrario.

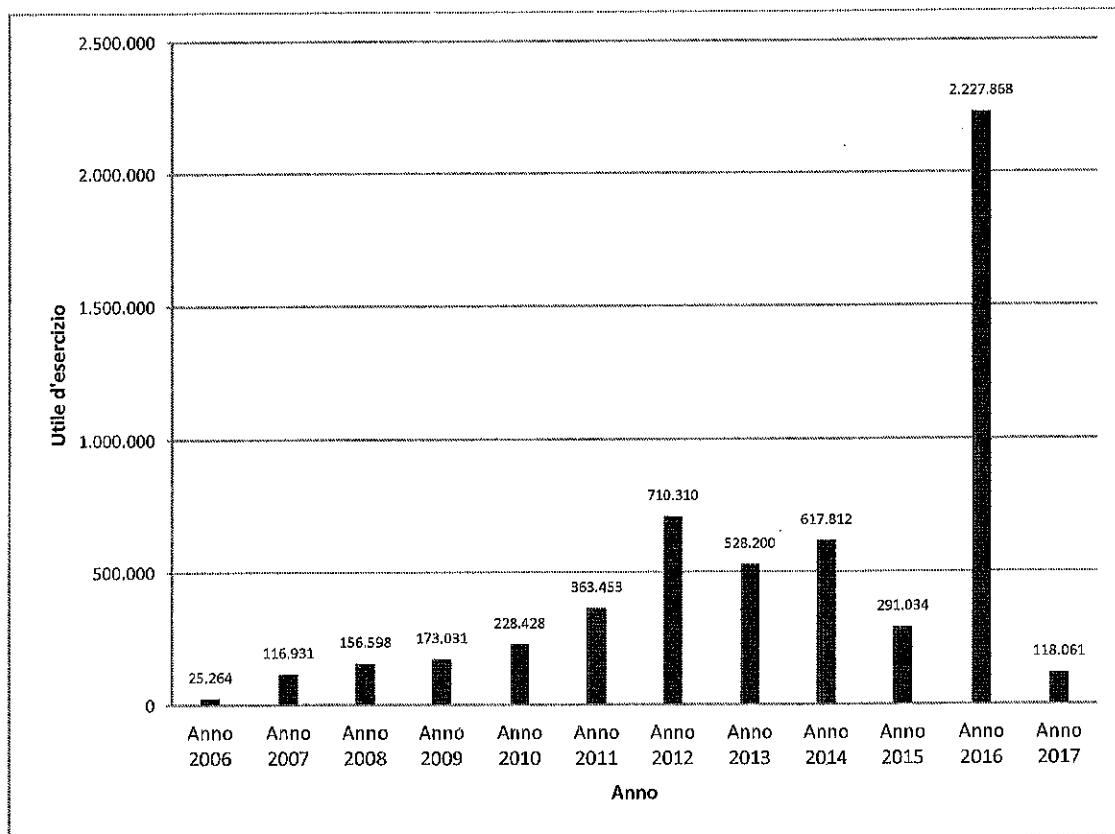
I beni sanitari con un ammontare complessivo di € 97.493.298,91 costituiscono, nel 2017, il 31,3% dei costi della produzione e segnano un incremento rispetto al 2016 (ove il costo era di € 91.725.608,98) di € 5.767.689,93 pari a + 6,3%.

L'esercizio 2017 si è chiuso con un utile di € 118.060,60. Tale risultato conferma l'equilibrio dei conti aziendali che per il dodicesimo anno consecutivo fanno registrare un risultato positivo (Figura 7).

L'area straordinaria nel 2017 ha avuto un impatto positivo sul conto economico a seguito di insussistenze attive relative alla revisione di vari accantonamenti afferenti sia all'area dei fondi rischi per liti, arbitraggi e risarcimenti sia relativi ad accantonamenti effettuati negli anni 2006, 2007 e 2009 per far fronte agli oneri, che alla data attuale hanno trovato definizione, derivanti dall'adesione della Regione Umbria al Consorzio sulla plasmaderivazione (AIP).

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 € 4.200.000,00.

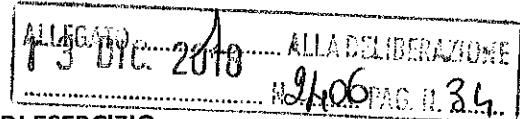
Figura 7. Utile d'esercizio Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2006 – 2017



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. **871 del 27/04/2018** ha approvato il Bilancio di Esercizio anno 2017 e con Deliberazione del Direttore Generale n. **2508 del 14/12/2018** ha adottato il bilancio preventivo economico dell’anno 2018 e del programma triennale dei lavori. Per la redazione di quest’ultimo è stata recepita la Deliberazione della Giunta Regionale n. **1252 del 30/1/2017** in cui erano contenuti gli indirizzi vincolanti per la predisposizione del bilancio di previsione per l’esercizio 2018. 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’architrave su cui costruire e sviluppare il processo di budgeting per l’anno successivo. Essi devono essere costruiti per misurare la performance della struttura 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 un’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 percorre 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, efficacia, 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 (trasmisione 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;
- h) costituzione e formazione rete dei referenti per il monitoraggio e controllo rischio infettivo ed infezioni correlate all'assistenza;
- i) adesione alla nuova procedura per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione attraverso gruppi di miglioramento in tutta l'area medica;
- j) implementazione cruscotto aziendale sul monitoraggio dotazione organica e principali esiti infermieristici;
- k) consolidamento e avvio del modello Primary Nursing;
- l) implementazione dimissioni protette con Sistema Atl@nte;
- m) realizzazione di gruppi di miglioramento per la corretta compilazione della documentazione assistenziale informatizzata;
- n) formazione specifica sul lavaggio delle mani e rilevazione trimestrale sulle terapie intensive secondo il progetto OMS "Mani Pulite";
- o) diffusione della nuova procedura sulla gestione delle stomie.

## 11 PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING

### 11.1 NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO

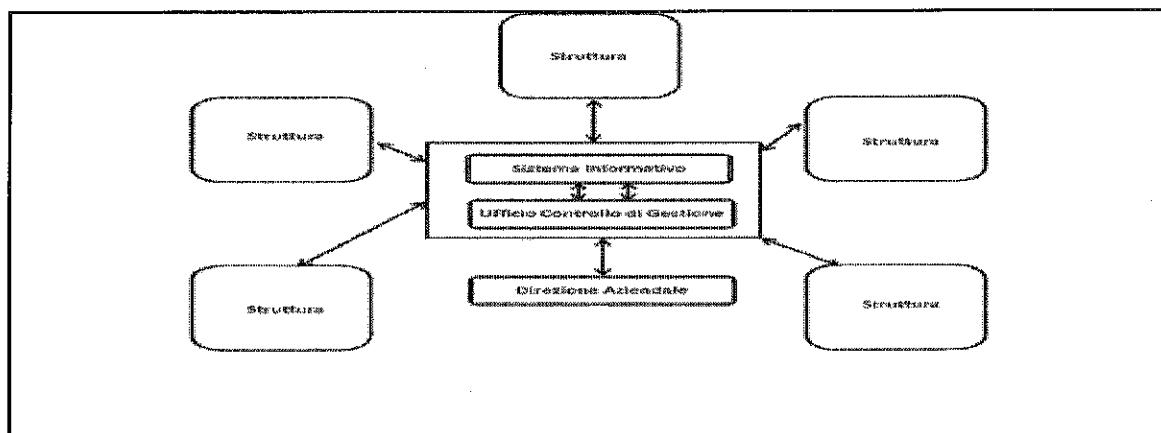
La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, attua il processo di budgeting inteso come principale strumento d'integrazione tra i diversi processi aziendali. Il modello adottato per il Controllo di Gestione dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, non si limita alla sola analisi della performance economica/finanziaria 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 sono assegnate le risorse, delineate le linee strategiche e gli obiettivi,

13 DIC 2018

9160 AC. N. 38.

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 8). 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. Tale sistema di reporting, grazie all'avvento del cruscotto e sempre più dinamico, comprensivo, analitico e modellabile alle esigenze correnti.

**Figura 8. 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 definiti gli obiettivi da perseguire assegnati alla struttura, le risorse a disposizione con cui poterli conseguire e i parametri di valutazione dei risultati. La 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 il 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 QUALITÀ 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 furono 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. Tale schema utilizzato nell'anno precedente viene confermato per l'anno 2019, 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 14 – 15).

**Tabella 14. Scheda di budget anno 2018 – dirigenza.**

OBBIETTIVO	PESO ASSEGNAZIONATO	PESO ASSEGNAZIONATO APICALE
OBBIETTIVO 1	5,0	4,6
OBBIETTIVO 2	35,0	32,2
OBBIETTIVO 3	20,0	18,4
OBBIETTIVO 4	20,0	18,4
OBBIETTIVO 5	10,0	9,2
OBBIETTIVO 6	10,0	9,2
OBBIETTIVO 7		5,0
OBBIETTIVO 8		3,0
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

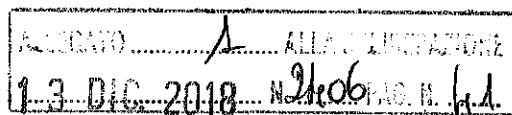


Tabella 15. Scheda di budget anno 2018 – comparto.

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
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 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

afferente 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**

<b>Ottobre 2018</b>	Redazione e diffusione del Piano della Performance dell'anno 2019.
<b>Ottobre- Novembre 2018</b>	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**

<b>Dicembre 2018</b>	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.
<b>Dicembre 2018 – Gennaio 2019</b>	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 restituti a cadenza bimestrale dei report per il monitoraggio della propria attività. La Direzione è invece informata, con cadenza mensile o bisettimanale sull'andamento generale e analitico delle attività e sull'andamento dei consumi dei beni sanitari.

<b>Maggio – Giugno 2019</b>	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 1 trimestre 2018 con produzione di report
<b>Agosto – Settembre 2019</b>	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 2 trimestre 2018 con produzione di report

<b>Novembre – Dicembre 2019</b>	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 3 trimestre 2018 con produzione di report.
<b>Gennaio – Febbraio 2020</b>	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 dell'anno 2017, che determinassero una modifica 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, come già avviato nell'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

<b>Febbraio 2019</b>	Prima valutazione, da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione, del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e divulgazione Responsabili di Struttura.
<b>Marzo 2019</b>	I Responsabili di Struttura presenteranno alla Direzione Aziendale le proprie deduzioni per obiettivi non raggiunti
<b>Aprile 2019</b>	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. La novità, come per altro già esplicito precedentemente, introdotta nel processo di budgeting anno 2018 è la suddivisione degli obiettivi per responsabilità, ovvero nella scheda della dirigenza ci sarà la suddivisione per gli obiettivi del direttore o responsabile di struttura e la sua equipa dirigente, mentre in quella del comparto la divisione sarà tra coordinatore/i, equipa infermieristica (comprendendo in essa cnhe ostetriche, tacnici di laboratorio e di radiologia e riabilitatori) e OSS/ausiliari.

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.

ALLEGATO ..... A ..... ALLA DIREZIONE  
13 DIC 2018 0106 PAG. N. 45

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

L'Azienda Ospedaliera di Perugia, tramite l'Ufficio Controllo di Gestione ha definito 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 precedentemente 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 procedere alla propria autovalutazione. Terminata questa fase 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 contradditorio, ogni dipendente sarà inserito nell'apposita fascia di valutazione e si darà seguito alla relativa retribuzione di risultato.

Negli allegati vengono riportati gli obiettivi da assegnare alla dirigenza (allegato 2), al comparto (allegato 3) e ai dipartimenti (allegato 4). Tutti gli obiettivi sono comunque integrabili con le proposte delle strutture che nel processo di budget anno 2018 erano state inserite come obiettivo con scadenza di invio entro e non oltre 31/10/2018 e modificabili in fase di negoziazione – condivisione tra Direzione Aziendale e Strutture.

Infine nell'allegato 5 viene riportata la metodologia di calcolo degli obiettivi dell'anno 2019.

**Il Responsabile Ufficio di Supporto Tecnico  
Amministrativo al Controllo di Gestione**

Dr. Fabrizio Ruffini  
*Fabrizio Ruffini*

ALLEGATO 9 ALLA DELIBERAZIONE  
13 DIC 2018 N 106 PAG. N 1

## ALLEGATO 2

### OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2018 – DIRIGENZA

**Miglioramento qualità professionale**

OBETTIVO	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-Apicele
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 (30/05/2019-15/09/2019-20/12/2019)	Tutte le Strutture-Apicele
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 dei processi organizzativi e dell'Health Technology Assessment	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
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 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

ALLEGATO ..... 9 ..... ALLA DELIBERAZIONE  
 13 DIC 2018 ..... 9/106 ..... pag. n. 2

**Miglioramento qualità professionale**

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Implementare il Cruscotto Aziendale Direzionale	Collaborazione alla costruzione di cruscotti dedicati ai servizi	Messa a regime dei cruscotti dedicati ai servizi	Radiologia 1, Radiologia 2, Neuroradiologia, Medicina Nucleare, Fisica Sanitaria, Servizio di Patologia Clinica ed Ematologia, Microbiologia, Anatomia Patologica, Citoologia ed Istologia Diagnostica, Servizio Immunotrasfusionale, Ufficio Controllo di Gestione, Ufficio Servizi Informatici
Migliorare il processo di budgeting aziendale	Proporre almeno due obiettivi di struttura per il processo di budgeting anno 2020 da inviare all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	Invio dei almeno due obiettivi entro il 30/09/2019	Tutte le Strutture
Migliorare il processo di valutazione della performance aziendale	Partecipazione al corso di formazione, organizzato dall'Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico in collaborazione con la Formazione e Qualità e Direzione Affari Generali dei valutatori	Partecipazione al corso di Formazione	Tutte le Strutture, Ufficio Controllo di Gestione e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico, Formazione e Qualità, Direzione Affari Generali

## Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'appropriatezza del ricovero in Osservazione Breve	Monitorare l'attività delle Osservazione Brevi	Tasso Utilizzo $\geq 80\%$ (Pronto Soccorso e Internistica)	SC Pronto Soccorso, 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 $\geq 70\%$ (Pediatrica)	SC Clinica Pediatrica
Migliorare l'appropriatezza del ricovero in Osservazione Breve	Monitorare l'attività delle Osservazione Brevi	Riduzione, rispetto all'anno 2018, 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 2018 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, Anesthesia e Rianimazione 1, Anestesia e Rianimazione 1, Neonatologia e Utin, Cardiochirurgia)
Migliorare l'appropriatezza del ricovero	Contenere la % di ricoveri oltre soglia anno 2018	% di ricoveri oltre soglia $\leq$ valore anno 2018	Tutte le Strutture con degenza ordinaria (tranne SC Ematologia e TMO, SC Oncoematologia Pediatrica, SC Medicina Nucleare, SC Unità Spinale, Unità di Degenza Psichiatrica, Anesthesia e Rianimazione 1, Anestesia e Rianimazione 1, Neonatologia e Utin, Nuerofisiopatologia, Chirurgia Pediatrica, Clinica Dermatologica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Plastica e Ricostrettiva, Breast Unit)
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero medico	Mantenimento della degenza media	Valore della degenza media $\leq$ valore anno 2018	SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Medicina del Lavoro, SC Geriatria, SC Pneumologia e Utin, SC Clinica Neurolologica, SC Gastroenterologia, SC Nefrologia e Dialisi, SC Medicina Interna, SC Medicina Vascolare e d'Urgenza

## Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
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 2018	SC Gastroenterologia, SC Geriatria, SC Malattie Infettive, SC Nefrologia e Dialisi
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 2018	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 2018	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 >= 2018	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

OBBIETTIVO	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 2018	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 2018	Tutte le SC Chirurgiche e SC Pronto Soccorso
Ottimizzare il percorso nascita	Aumento % di parti fisiologici rispetto anno 2017	% parti fisiologici >=% anno 2018	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	<=15%	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

## Miglioramento appropriatezza organizzativa

ALLA DELIBERAZIONE  
2 DIC. 2018 N. 2406 PAG. 11

OBETTIVO	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 2018	SC Clinica Urologica
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente psichiatrico	Degenza media outliers	Valore atteso=<anno 2018	Unità di Degenza Psichiatrica
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente psichiatrico	% ricoveri outliers pazienti con patologie psichiatriche	Valore atteso=<anno 2018	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 2018	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 2018	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente chirurgo vascolare	Degenza media ricoveri per rivascularizzazione carotidea: endoarterectomia carotidea (CEA)	Valore atteso=<anno 2018	SC Chirurgia Vascolare
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente chirurgo vascolare	Degenza media ricoveri per rivascularizzazione carotidea: stent carotideo (CAS)	Valore atteso=<anno 2018	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 2018	Sc Medicina Vascolare e d'Urgenza

## Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBETTIVO	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 2018	SC Cardiochirurgia, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Ematologia e TMQ, SC Oncoematologia Pediatrica, 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 2018	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 31/01/20 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 2018	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 2018	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 2018	SC Pronto Soccorso
Corretta tempistica della compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera	Numero mensile di Schede di Dimissione Ospedaliera compilate entro 25 giorni su totale Schede di Dimissione Ospedaliera mensili	>=70%	Tutte le Strutture (escluse Radioterapia Oncologica, Clinica Odontoiatrica)

## Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBETTIVO	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 cardiochirurgici	C32.3.2.1 % attrazione extra-regione per DRG cardiochirurgici – MES	Valore atteso >= anno 2018	SC Cardiochirurgia
Migliorare l'appropriatezza e il percorso del paziente ricoverato per infarto miocardico acuto	Mantenimento della % di deceduti (solo quelli della struttura) con diagnosi principale di IMA/totale dimessi con diagnosi principale di IMA	<=2%	SC Cardiologia
Incrementare la casistica di alta complessità	% di dimessi ordinari con DRG di alta specialità/dimessi ordinari	Valore atteso >= anno 2018	SC Ematologia e TMO, SC Clinica Ortopedica e Vascolare, SC Neurochirurgia, SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Chirurgia Toracica
Attuare il piano aziendale del Piano Regionale Cronicità sul percorso insufficienza cardiaca cronica	Numero pazienti presi in carico pre dimissione/dimessi dalla struttura con scompenso cardiaco (DRG 127)	Valore atteso >=50%	SC Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare
Attuare il piano aziendale del Piano Regionale Cronicità sul percorso insufficienza cardiaca cronica	Numero riammissioni a 15,30.180,365 giorni	Valore atteso <=anno 2018	SC Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare

## Miglioramento gestione della sicurezza e rischio clinico

ALLEGATO 9	OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
1.3. DIC 2019	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
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 30/06/2019	Tutte le Strutture
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle infezioni correlate all'Assistenza(I.C.A.)	Costituzione della rete dei referenti		Individuazione di un dirigente medico referente per ogni Struttura con invio entro il 30/04/2019 all'Ufficio Controllo di Gestione	Tutte le Strutture
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle infezioni correlate all'Assistenza(I.C.A.)	Formazione della rete dei referenti		Partecipazione ai corsi di formazione	Tutte le Strutture
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle infezioni correlate all'Assistenza(I.C.A.)	Corso di Formazione sul lavaggio delle mani	100% degli operatori formati		Tutte le Strutture

## Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASEGNAZIONE
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 classi di C e D	% interventi chirurgici programmati (Classe C e D) effettuati entro i tempi previsti (180 e 365 giorni)	>=70%	Tutte le strutture chirurgiche

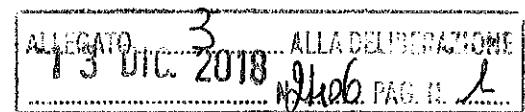
**Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso**

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la riduzione dei tempi di degenza	Rispetto dei tempi di referazione 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 CMS "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 2 ALLA DELIBERAZIONE  
1.3.01.2018. N. 2466 PAG. N. 14

### Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso

OBETTIVO	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 30/06/2019 - 15/12/2019	Tutte le Strutture
Diminuire il numero di dimissione volontarie	% dimissioni volontarie su totale ricoveri	Valore atteso<=anno 2016	SC Clinica Neurologica, SC Gastroenterologia, SC Medicina del Lavoro, SC Medicina Interna, SC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, SC Geriatria
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
Migliorare l'informativa all'utenza relativa alla struttura	Realizzare una infografica, in collaborazione con Formazione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico -Ufficio Controllo di Gestione, esplicativo della attività della Struttura	Individuazione di un referente entro il 31/03/2019	Tutte le strutture - Apicale
Migliorare l'infomativa all'utenza relativa alla struttura	Realizzare una infografica, in collaborazione con Formazione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico -Ufficio Controllo di Gestione, esplicativo della attività della Struttura	Partecipazione alla riunione di presentazione del progetto del referente	Tutte le strutture
Migliorare l'infomativa all'utenza relativa alla struttura	Realizzare una infografica, in collaborazione con Formazione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico -Ufficio Controllo di Gestione, esplicativo della attività della Struttura	Invio del progetto all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 30/06/2019	Tutte le strutture



## ALLEGATO 3

### OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2018 – COMPARTO

## Miglioramento qualità professionale

OBBIETTIVO	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
Migliorare il processo di budgeting aziendale	Proporre almeno un obiettivo di struttura per il processo di budgeting anno 2020 da inviare all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	Invio dei almeno un obiettivo entro il 30/09/2019	Tutte le Strutture
Migliorare il livello di cultura manageriale in Azienda attraverso la conoscenza dei processi organizzativi e dell'Health Technology Assessment	Partecipazione al workshop, organizzato dall'Ufficio Controllo di Gestione in collaborazione con la Formazione e Qualità del Coordinatore e di almeno due unità del comparto	Partecipazione al workshop	Tutte le Strutture, Ufficio Controllo di Gestione e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Formazione e Qualità
Migliorare il processo di valutazione della performance aziendale	Partecipazione al corso di formazione, organizzato dall'Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico in collaborazione con la Formazione e Qualità e Direzione Affari Generali dei valutatori	Partecipazione al corso di Formazione	Tutte le Strutture, Ufficio Controllo di Gestione e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico, Formazione e Qualità, Direzione Affari Generali
Implementare il processo di internal auditing aziendale relativamente alle rimanenze di reparto	Partecipazione al corso organizzato dal Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico, Direzione Farmacia Ospedaliera, Ufficio Controllo di Gestione, Contabilità e Bilancio in collaborazione con la Formazione e Qualità	Partecipazione al corso di Formazione	Tutte le Strutture, Ufficio Controllo di Gestione e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico, Formazione e Qualità, Direzione Farmacia Ospedaliera, Direzione Contabilità e Bilancio

ANALISI INIZIALE  
3  
2018  
DIC  
13  
ALLEGATO 1

## Miglioramento qualità professionale

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Implementare la procedura aziendale di inserimento del personale neo assunto	Monitoraggio adesione della procedura aziendale di inserimento neo-assunto valutato esclusivamente nelle strutture con personale di nuova assunzione	Realizzazione/partecipazione di n.1 audit per valutazione adesione procedura entro il 31/12/2019	Tutte le Strutture
Implementare la procedura aziendale per la gestione delle lesioni da pressione	Rilevare semestralmente il numero di lesioni da pressione nella Struttura di appartenenza	Numero schede paziente compilate nel giorno indice / pazienti presenti nella struttura nel giorno della rilevazione >=80%	Tutte le strutture di degenza a eccezione dell'area materno infantile
Implementare la procedura aziendale per la gestione delle lesioni da pressione	Indagine annuale di incidenza sulle strutture indicate	Numero lesione presenti per struttura/anno	Unità Spinale Unipolare, Unità di Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Post-Cardiochirurgica
Implementare la procedura aziendale per la gestione delle lesioni da pressione	Realizzare Gruppi di miglioramento sull'adesione procedura aziendale per la gestione delle lesioni da pressione	Partecipazione >= 90% nei 3 incontri di 2 ore per ogni struttura per un totale di 240 infermieri ed Oss coinvolti	Clinica Neurologia, Neurofisiopatologia, Pneumologia e UTIR, Medicina Interna e Vascolare d'Urgenza – Stroke Unit, Gastroenterologia, Oncologia Medica, Nefrologia e Dialisi, Malattie Infettive, Neurochirurgia
Implementare la procedura aziendale per la gestione delle lesioni da pressione	Costituire un team di esperti aziendali per la gestione delle lesioni da pressione	Relazione con invio dell'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/12/2019	Servizio Infermieristico Technico Sanitario Riabilitativo Ostetrico.
Innovare i modelli organizzativi infermieristici	Consolidamento dell'adozione del modello primary nursing	N. pazienti presi in carico con modalità primary nursing / totale pazienti ricoverati in ogni semestre >=90%	Unità Spinale Unipolare, Nefrologia e Dialisi, Unità di Degenza Psichiatrica, Oncoematologia Pediatrica, Oncologia Medica, Ematologia e TMO
Innovare i modelli organizzativi infermieristici	Consolidazione dell'adozione del modello primary nursing	Somministrazione e valutazione della qualità percepita da parte dell'utente interno ed esterno tramite questionari. Invio della relazione all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/12/2019	Unità Spinale Unipolare, Nefrologia e Dialisi, Unità di Degenza Psichiatrica, Oncoematologia Pediatrica, Oncologia Medica, SC Ematologia e TMO

## Miglioramento qualità professionale

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Innovare i modelli organizzativi infermieristici	Adozione del modello primary nursing	Avvio del progetto formativo per i pazienti affetti da patologie neoplastiche e con interventi di chirurgia maggiore	Chirurgia Generale, Clinica Urologica
Innovare i modelli organizzativi infermieristici		Avviare gruppi di miglioramento su aspetti clinici, organizzativi ed assistenziali in tutte le strutture assistenziali e nell'area dipartimentale di Diagnostica di laboratorio e diagnostica di Immagini e nell'area della riabilitazione	Partecipazione >= 90% N. 3 incontri di 2 ore per ogni struttura per il personale del comparto e OSS
Integrare le competenze infermieristiche per la gestione del paziente con problemi respiratori che necessitano di trattamento in UTIR	Formazione sul campo con rotazione del personale infermieristico nell'area di Pneumologia e UTIR	n. 3 giornate/anno in UTIR per tutto il personale infermieristico con invio della relazione all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/12/2019	Tutte le Strutture
Migliorare la procedura del parto in acqua a tutto il personale e promuoverla alle partorienti		Migliorare la conoscenza da parte del personale sulla procedura e realizzare una brochure informativa da diffondere nei Servizi territoriali	Elaborazione brochure, realizzazione di un audit con invio della relazione all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/12/2019
			SS.CC. di Ostetricia e Ginecologia

## Miglioramento appropriatezza organizzativa

OBIETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare la documentazione del processo assistenziale attraverso l'adozione documentazione infermieristica informatizzata su piattaforma Galileo	Realizzare gruppi di miglioramento con l'equipe infermieristica delle Strutture informatizzate per focalizzare azioni di riferimento sulla corretta compilazione	N. 3 incontri di 2 ore per ogni Struttura con invio della relazione all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 31/12/2019	Medicina Interna Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit, Ematologia e TMQ, SC Oncologia Medica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, SC Clinica Urologica, Malattie Infettive, Nefrologia e Dialisi, Chirurgia Generale, Week Surgery – Breast Unit, Day Surgery Multidisciplinare, Unità Spinale Unipolare, Unità di Degenza Infermieristica, Unità di Degenza Psichiatrica, Unità di Degenza Psichiatrica, Oncoematologia pediatrica.
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
Migliorare il processo di controllo della dotazione organica aziendale	Implementazione del cruscotto aziendale relativo alla dotazione organica del Comparto in collaborazione con l'Ufficio Controllo di Gestione, l'Ufficio Sistemi Informatici e la Direzione del Personale	Invio della relazione per quanto di competenza sullo stato di avanzamento del progetto entro il 31/12/2019 all'Ufficio Controllo di Gestione	Servizio Infermieristico Tecnico Sanitario Riabilitativo Ostetrico, Ufficio Controllo di Gestione, Ufficio Sistemi Informatici e Direzione del Personale
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 Sanitario Riabilitativo Ostetrico
Progetto dimissione protetta			

MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA			
OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare la presa in carico delle donne nel parto fisiologico di basso rischio ostetrico	Monitoraggio dell'attività di sala parto attraverso la compilazione corretta del partogramma	20% dei parto a completa gestione ostetrica/ totale dei travagli classificati all'ingresso a basso rischio ostetrico	Ostetricia e Ginecologia, Clinica Ostetrica Ginecologica, Area Comune Materno Infantile Sala Parto e Day Surgery
Rilevazione della presenza degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie per le attività di tirocinio professionalizzante	Elaborazione di un form per la rilevazione della presenza degli studenti	Report annuale da consegnare entro il 31/12/2019 e invio da parte delle Strutture del form al Servizio Infermieristico Tecnico Sanitario Riabilitativo Ostetrico 31/10/2019	Servizio Infermieristico Tecnico Sanitario Riabilitativo Ostetrico e tutte le Strutture
Migliorare il processo di gestione delle rimanenze da reparto	Invio del modello di rilevazione delle giacenze di reparto alla Direzione Farmacia entro il 10/01/2019	Invio del modello entro i tempi previsti	Tutte le strutture- coordinatore
Implementare il Progetto Informatizzato di Gestione del Posto Letto	Ammissione in ADT WEB contestuale a ammissione fisica del paziente	Ammissione contestuale di almeno il 90% degli ammessi – per le rianimazioni il target è fissato al 50%	Tutte le strutture
Implementare il Progetto Informatizzato di Gestione del Posto Letto	Dimissione in ADT WEB contestuale a dimissione fisica del paziente	Dimissione contestuale di almeno l'80% degli ammessi – rianimazioni il target è fissato al 60%	Tutte le strutture

## Miglioramento rischio clinico e sicurezza

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Implementazione della linea guida regionale sul trattamento della sepsi e shock settico	Costituzione del gruppo di lavoro aziendale ed elaborazione e procedura	Procedura elaborata	Servizio Infermieristico Technico Sanitario Riabilitativo Ostetrico e Direzione Medica
Strutturare un percorso assistenziale per le donne vittime di violenza , corretto repertamento degli elementi di prova	Elaborazione percorso	Realizzazione di 1 audit di presentazione al personale	Ostetricia e Ginecologia, Clinica Ostetrica Ginecologica
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle Infezioni Correlate all'Assistenza( I.C.A.)	Costituzione della rete dei referenti	Individuazione di un infermiere referente per ogni Struttura con invio entro il 30/04/2019 all'Ufficio Controllo di Gestione	Tutte le Strutture
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle Infezioni Correlate all'Assistenza( I.C.A.)	Formazione della rete dei referenti	Partecipazione ai corsi di formazione	Tutte le Strutture
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle Infezioni Correlate all'Assistenza( I.C.A.)	Corso di Formazione sul lavaggio delle mani	100% degli operatori formati	Tutte le Strutture
Migliorare il monitoraggio e il controllo del rischio infettivo e delle Infezioni Correlate all'Assistenza( I.C.A.)	Rilevazione annuale sul lavaggio delle mani con scheda di osservazione nelle Terapie Intensive	Elaborazione dati nelle Terapie Intensive	Unità di Terapia Intensiva e Terapia Intensiva Post Cardiochirurgica

**Miglioramento qualità percepita ed equità di accesso**

OBETTIVO	INDICATORE DI MISURAZIONE	STANDARD	ASSEGNAZIONE
Migliorare l'accoglienza dell'utente nei Servizi	Retraining del corso "gruppi di miglioramento sull'accoglienza del paziente"	Partecipazione di almeno il 90% N.1 incontro di 2 ore in ogni Struttura individuata	Clinica Neurologica, Medicina Interna e Vascolare d'Urgenza - Stroke Unit, Clinica Ortopedica e Traumatologica
Migliorare la qualità dei servizi esternalizzati	Analisi delle criticità rilevate e proposte di miglioramento attraverso le commissioni di controllo	Invio entro il 31/12/2019 del verbale di audit all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo e al Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico
Migliorare la qualità dei servizi esternalizzati	Analisi delle criticità rilevate e proposte di miglioramento attraverso audit interno e commissioni di controllo	Numero di non conformità non segnalate	Tutte le strutture
Migliorare la qualità dei servizi esternalizzati	Analisi delle criticità rilevate e proposte di miglioramento attraverso audit interno e commissioni di controllo	Invio entro il 31/12/2019 del verbale di audit oer il personale del comparto e OSS all'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo e al Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico	Tutte le strutture
Migliorare la gestione delle liste di attesa di chirurgia programmata	Redazione e diffusione del regolamento aziendale per la gestione delle liste di attesa di chirurgia programmata	Adozione del regolamento e formazione del personale di area chirurgica	Chirurgia Generale, Chirurgia Generale e d'Urgenza
Migliorare l'informativa all'utenza relativa alla struttura	Realizzare una infografica, in collaborazione con Formazione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico -Ufficio Controllo di Gestione, esplicativo della attività della Struttura	Individuazione di un referente entro il 31/03/2019	Tutte le strutture - Coordinatore
Migliorare l'informativa all'utenza relativa alla struttura	Realizzare una infografica, in collaborazione con Formazione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico -Ufficio Controllo di Gestione, esplicativo della attività della Struttura	Partecipazione alla riunione di presentazione del progetto del coordinatore e del referente	Tutte le strutture
Migliorare l'informativa all'utenza relativa alla struttura	Realizzare una infografica, in collaborazione con Formazione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico -Ufficio Controllo di Gestione, esplicativo della attività della Struttura	Invio del progetto all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 30/06/2019	Tutte le strutture

ALLEGATO 4 ALLA DELIBERAZIONE  
13 DIC 2018 N. 406 PAR. 1

## ALLEGATO 4

### OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2018 – DIPARTIMENTALI

Miglioramento dell'integrazione logistica, organizzativa, clinica e culturale

OBETTIVO	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

## Miglioramento dell'integrazione logistica, organizzativa, clinica e culturale

OBETTIVO	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 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 S ALLA DELIBERAZIONE  
13 DIC. 2018 N. 246 PAG. N. 1

## **ALLEGATO 5**

### **REGOLAMENTO CALCOLO GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNAZI**

ALLEGATO ..... 5 ..... ALLA DELIBERAZIONE  
 1.3. DIC. 2018 ..... n. 2/06. PAG. n. 2

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:

OBIECTTIVO	GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIECTTIVI				
	100%	75%	50%	25%	0%
Consumo beni sanitari	Fino a uno sforramento 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 riproportionalata 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:

<b>Indicatore</b>	Aumento della % DRG LEA chirurgici erogati in DS – MES
<b>Peso attribuito</b>	4
<b>Target</b>	>=72%
<b>Massimo</b>	72%
<b>Minimo</b>	62%
<b>Intervallo</b>	10%
<b>Peso raggiunto</b>	3,2
<b>Performance raggiunta</b>	70%
<b>Grado raggiungimento</b>	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:

<b>Indicatore</b>	<b>Modalità di calcolo</b>
Degenza media preoperatoria ricoveri programmati - MES (<= 1 giorno)	Standard 1,00 Performance Migliore <=1,00 - Performance Peggio >=2,00
Aumento della % DRG LEA chirurgici erogati in DS - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (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 Peggio (standard-3%).
Ridurre la % dei ricoveri ordinari medici da reparti chirurgici – ordinario- MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).
Ridurre la % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).
Contenere la % di ricoveri oltre soglia	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (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 <= allo standard – Performance Peggio (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 Peggio (standard+2%).
Aumentare la % di ricoveri ordinari chirurgici programmati sul totale ricoveri programmati	Standard 90,0% Performance Migliore >=90,0% - Performance Peggio <=75,0%
Aumentare la % di ricoveri ordinari chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard-5%).
Aumentare la % ricoveri chirurgici totali sul totale dei ricoveri totali	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard-5%).
Aumentare la % colecistectomie laparoscopiche in day surgery o regime ordinario 0-1 giorno - MES	Standard 50,0% Performance Migliore >=50,0% - Performance Peggio <=40,0%
Aumentare% colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario con degenza post operatoria <=3 giorni - PNE	Standard 70,0% Performance Migliore >=70,0% - Performance Peggio <=67,0%
Aumento % di parti fisiologici rispetto anno 2017	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard-5%).
Diminuzione % tagli cesarei primari	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).
Contenimento % parti cesarei depurati (NTSV) - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).

Indicatore	Modalità di calcolo
Contenimento episiotomie (NTSV) entro i valori network - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).
Contenimento % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).
Aumento % fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione – MES	Standard 70,0% Performance Migliore >=70,0% - Performance Peggio <=60,0%
Aumento % prostatectomie transuretrali - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard-5%).
Aumento % prostatectomie computer assistite sul totale prostatectomie - MES	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard-5%).
Mantenimento della degenza media pazienti outliers con patologie psichiatriche	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+5%).
% ricoveri outliers pazienti con patologie psichiatriche	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (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 Peggio (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 Peggio (standard+10%).
Contenimento degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia carotidea (CEA)	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+10%).
Contenimento degenza media ricoveri per rivascolarizzazione carotidea: stent carotideo (CAS)	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+10%).
Miglioramento % trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (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 Peggio (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 Peggio (standard-5%).
Migliorare % di attrazione extraregione per DRG cardiochirurgici	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard-5%).
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella (Classe A) - MES	Standard 30 giorni Performance Migliore <=30 giorni - Performance Peggio >=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 Peggio >=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 Peggio >=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 Peggio >=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 Peggio >=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 Peggio >=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 Peggio <=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 Peggio <=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 Peggio <=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 Peggio <=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 Peggio <=75,0%
Riduzione % dimissioni volontarie su totale ricoveri	Standard stabilito nella scheda: Performance Migliore uguale allo standard – Performance Peggio (standard+80%).
numero mensile di Schede di Dimissione Ospedaliera compilate entro 25 giorni su totale Schede di Dimissione Ospedaliera mensili	Standard 85,0% Performance Migliore >=85,0% - Performance Peggio <=65,0%



Stemma 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 06156 PERUGIA  
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: [www.ospedale.perugia.it](http://www.ospedale.perugia.it)

## UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 9106 DEL

13 DIC. 2018

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato  
CONSTA DI FOGLI 48 inclusi il presente ed inclusi gli allegati

Perugia, 13 DIC. 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,

13 DIC. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO  
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

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

13 DIC. 2018

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il \_\_\_\_\_

per la durata di 15 giorni.

Perugia,

13 DIC. 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