



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

Relazione sulla performance 2016



1. PREMESSA	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI.....	13
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	19
ALLEGATO 1. FASCE DI VALUTAZIONE PER INDICATORI BUDGET 2016.....	22
ALLEGATO 2. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2016 PER STRUTTURA.....	25



1. Premessa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, in coerenza con gli strumenti istituzionali di programmazione, anche finanziaria e di bilancio, ha adottato il Piano della Performance per il triennio 2014 – 2016, aggiornandolo annualmente per i successivi anni 2015 e 2016. Il Piano infatti, quale documento programmatico a valenza pluriennale e di collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa, è declinato annualmente ai fini della coerenza ed integrazione tra indirizzi strategici istituzionali nazionali e regionali, che si modificano annualmente, ed obiettivi aziendali. Con l'adozione del Piano, l'Azienda ha avviato un percorso di effettivo orientamento ai risultati, per il miglioramento organizzativo e dei servizi erogati, rendendo più trasparente il proprio operato agli stakeholder.

La presente Relazione sulla Performance 2016 vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2016 rispetto agli obiettivi prefissati, derivanti dalle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali. Tale Relazione è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è costituita.

La misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni può consentire un continuo miglioramento dei risultati delle diverse strutture e persone, premiando quelle virtuose e di eccellenza nonché riducendo gli sprechi e le inefficienze. Misurare permette alle persone che lavorano nelle organizzazioni di comprendere i propri punti di forza e di debolezza attivando quindi il cambiamento e riducendo la tendenza ad accontentarsi di risultati soddisfacenti, ricercando continuamente di migliorarsi. Misurare consente di governare al meglio l'azienda e le strutture che la compongono in quanto il solo fatto che i fenomeni siano misurati porta ad individuare le criticità, ad adottare azioni correttive e quindi a migliorare la performance delle strutture stesse. Ogni sistema di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento ed innovazione.

La misurazione e valutazione della performance è un processo fondamentale per:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare nonché i risultati conseguiti;
- migliorare il sistema di comunicazione degli obiettivi aziendali;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- motivare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici.

Sono ormai diversi anni che in sanità si sta cercando di passare da sistemi di valutazione dell'economicità e dell'efficienza a sistemi di valutazione dell'efficacia e dell'equità e, più in generale, della performance in ottica multidimensionale. La principale difficoltà sta nel fatto che non sempre esistono standard di riferimento anche se si stanno diffondendo a livello nazionale diversi sistemi di misurazione della performance. Tra questi l'AOU Careggi fa riferimento principalmente a due: il Bersaglio del MES – elaborato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ed il Programma Nazionale Esiti di AGENAS, che definiscono indicatori e standard di riferimento verso i quali potersi confrontare. E sono proprio tali sistemi di indicatori che l'azienda Careggi ha adottato nel proprio percorso di budget, ormai da una decina di anni per gli indicatori MES, dal 2016 per gli indicatori PNE. I primi, in un'ottica multidimensionale, abbracciano diversi aspetti: clinici e sanitari, economici e finanziari, di capacità di perseguimento delle strategie regionali, di valutazione interna ed esterna; i secondi sono indicatori di esito delle cure e rappresentano strumenti di supporto per auditing clinici ed organizzativi al fine di migliorare l'efficacia e l'equità delle cure.

La Relazione descrive i risultati raggiunti per ciascuno dei tre livelli:

- a. la **performance organizzativa dell'Azienda** rispetto alla valutazione che fa annualmente il MES attraverso il Bersaglio; ai risultati del Piano Nazionale Esiti; alla nuova valutazione CRISP-MES.
- b. la **performance organizzativa delle strutture aziendali** rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il percorso di budget;



c. la **performance individuale** del personale dipendente dell'Azienda.

2. Performance organizzativa dell'Azienda

La valutazione della performance dell'azienda è effettuata innanzitutto dal MES (Laboratorio management e sanità) che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il Bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati, secondo il modello di balance scorecard, nelle seguenti 5 dimensioni per la AOU:

- Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali,
- valutazione sanitaria,
- valutazione esterna,
- valutazione interna,
- valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa.

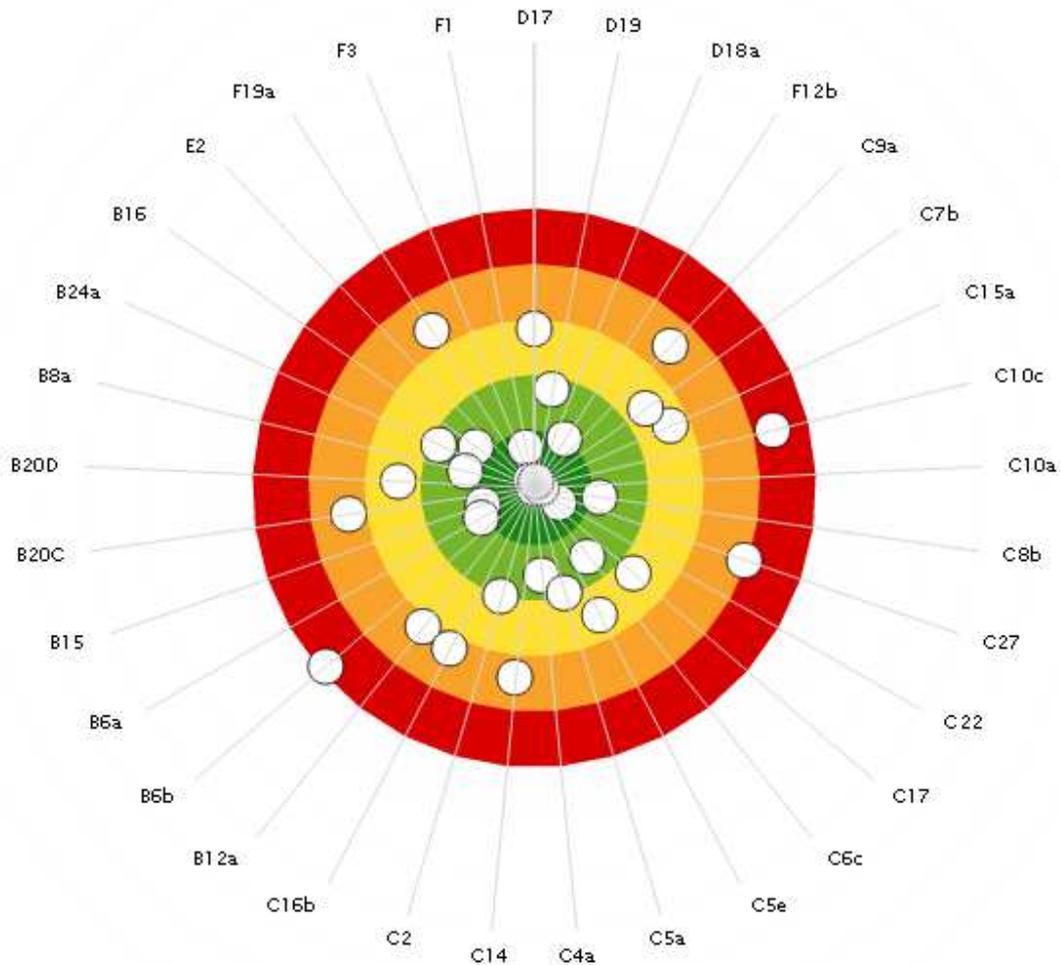
Tale sistema di valutazione risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle proprie aziende sanitarie a confronto con quella delle altre regioni, nonché a confronto tra loro all'interno della stessa regione.

All'inizio dell'anno viene definito per ciascuna azienda un valore atteso per ciascun indicatore del Bersaglio che deve durante l'anno avvicinarsi il più possibile a tale valore. Per la valutazione finale delle performance dell'azienda il MES elabora il valore dei diversi indicatori o gruppi di indicatori posizionandoli in 5 fasce:

- performance ottima: fascia verde scura
- performance buona: fascia verde chiaro
- performance media: fascia gialla
- performance scarsa: fascia arancione
- performance molto scarsa: fascia rossa

Si riporta la valutazione per l'anno 2016 fatta dal **MES tramite il Bersaglio per l'AOU Careggi**.

Aou Careggi 2016



Codice indicatore	Indicatore	Valutazione
E2	% assenza	5,00 ●
D18a	Dimissioni_volontarie	4,87 ●
C10a	Performance_Chirurgia_Oncologica	4,87 ●
F3	Equilibrio_patrimoniale_finanziario	4,86 ●
C22	Terapie_Intensive	4,45 ●
F1	Equilibrio_economico_reddituale	4,26 ●
B15	Capacità attività di ricerca	4,07 ●
F12b	Efficienza_prescrittiva_farmaceutica	3,95 ●
B6a	Donazioni organi	3,92 ●
C8b	__ Integrazione ospedale territorio	3,81 ●
B8a	Gestione dati	3,74 ●
B16	Comunicazione e_partecipazione_del_cittadino	3,72 ●
C6c	Rischio_Clinico____	3,42 ●
C4a	Appropriatezza chirurgica	3,42 ●
D19	Valutazione_utenti Ricovero_ospedaliero_ordinario	3,20 ●
B24a	Sanità digitale	3,14 ●
C5a	Qualità_di_processo	3,03 ●
C2	Efficienza attività di_ricovero	2,97 ●
C17	Riabilitazione	2,65 ●
B20D		2,57 ●
C7b	Materno Infantile assistenza_al parto	2,54 ●
C5e	Ricoveri_ripetuti	2,42 ●
C15a	Salute mentale	2,30 ●
D17	Valutazione utenti_Materno_Infantile	2,14 ●
B12a	Mobilità sanitaria	1,82 ●
C16b	Percorso Emergenza_Urgenza	1,75 ●
B20C	Tempi attesa	1,66 ●
F19a	Costo medio per punto Drg	1,64 ●
C14	Appropriatezza medica	1,57 ●
C9a	Appropriatezza_prescrittiva_farmaceutica	1,48 ●
C27	Efficienza Chirurgia_Vascolare	1,00 ●
C10c	Tempi_attesa_chiurgia_oncologica	0,60 ●
B6b	Sistema trasfusionale	0,09 ●

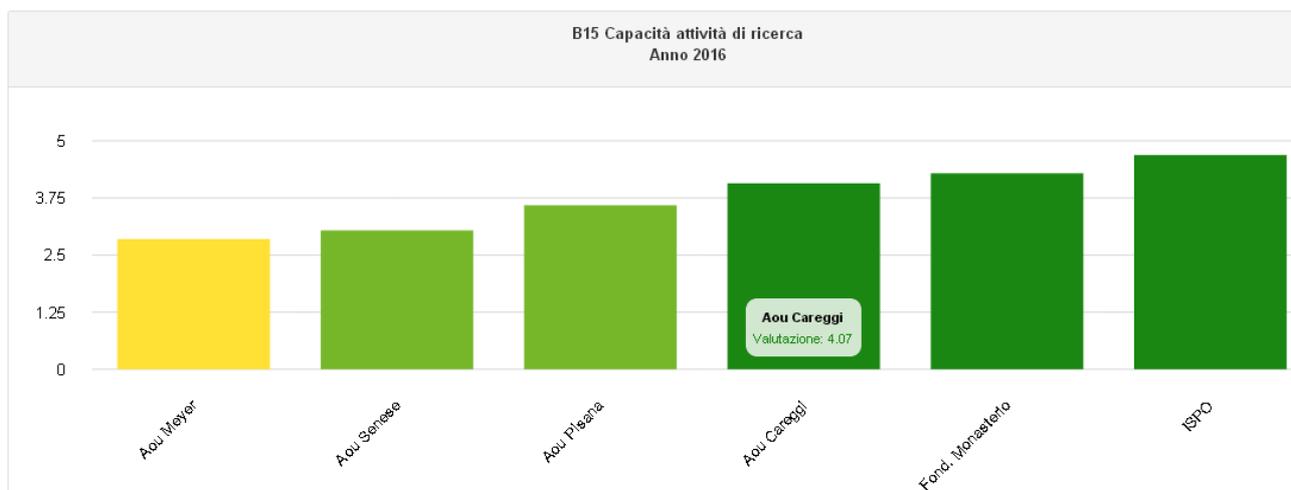
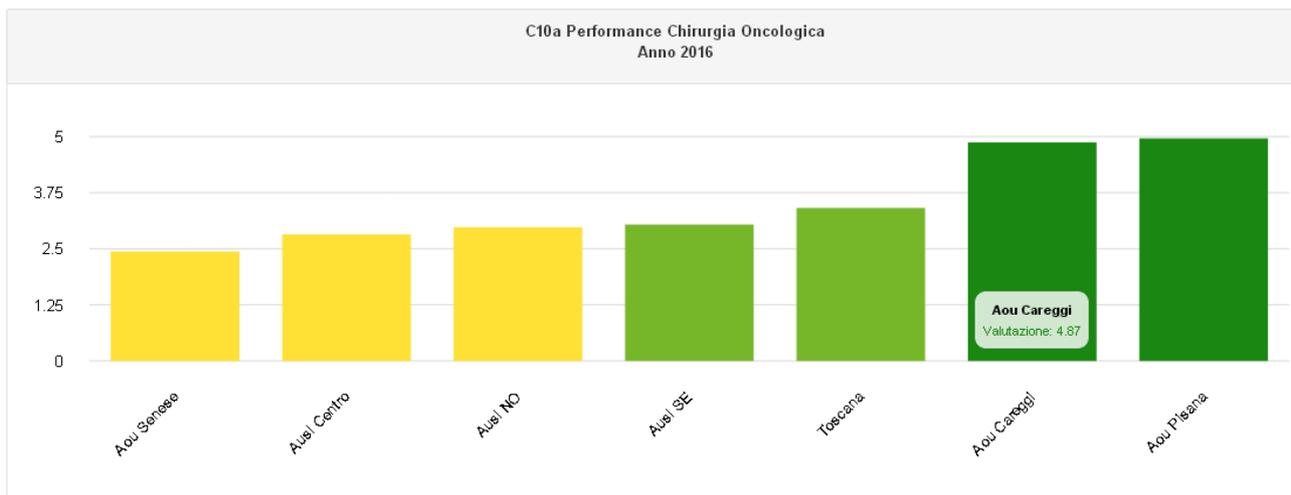
Il Bersaglio, ovvero la rappresentazione grafica della totalità degli indicatori che compongono il sistema regionale di valutazione, ha evidenziato come l'azienda abbia perseguito nell'anno 2016 buoni risultati complessivi dal punto di vista organizzativo e gestionale ed ottime performance in molte dimensioni misurate nel confronto con le altre aziende.

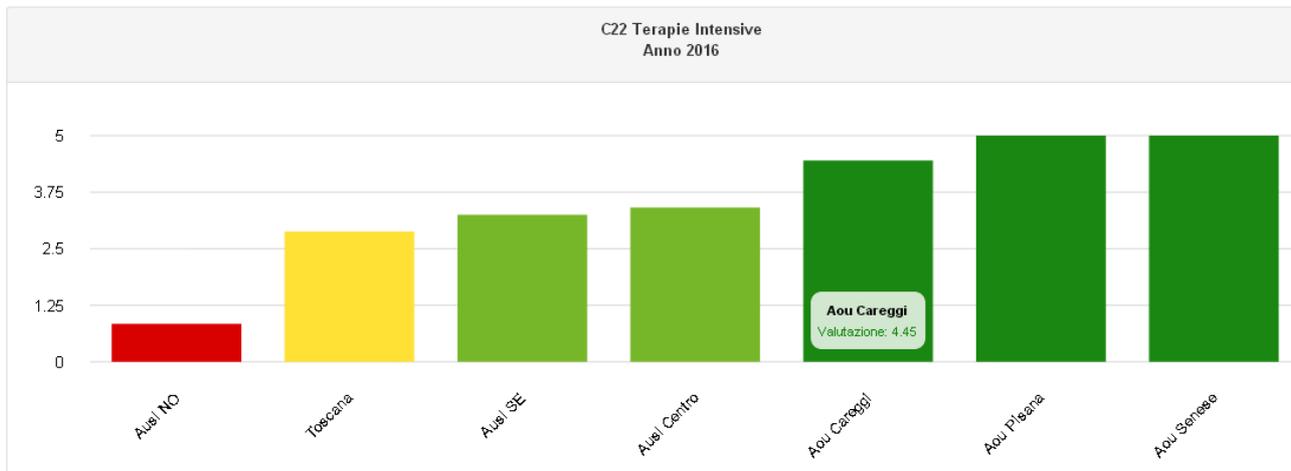
Da una visione complessiva del Bersaglio la maggior parte degli indicatori o gruppi di indicatori valutati (punti bianchi) si collocano infatti nelle fasce vicine al centro mentre risultano pochi gli indicatori posizionati sulle fasce esterne.

Più nello specifico gli indicatori collocati nel bersaglio nella fascia rossa sono 2, nella fascia arancione 7, nella fascia gialla 7, nella fascia verde chiaro 10, nella fascia verde scuro 7. Più della metà della totalità degli indicatori, il 52%, ha quindi performance buona/ottima, il 21% performance media, il 27% performance da migliorare.

Nonostante sussistano ancora margini di miglioramento per una parte degli indicatori, i risultati 2016 confermano sostanzialmente il trend positivo avviato in questi anni, evidenziando infatti un continuo miglioramento della performance complessiva. L'azienda raggiunge infatti risultati di eccellenza in diversi ambiti quali: performance chirurgica oncologica, capacità attività di ricerca, equilibrio economico reddituale, equilibrio patrimoniale finanziario, terapie intensive, dimissioni volontarie, % assenze.

Nei grafici riportati di seguito si riporta l'andamento di alcuni di tali indicatori.



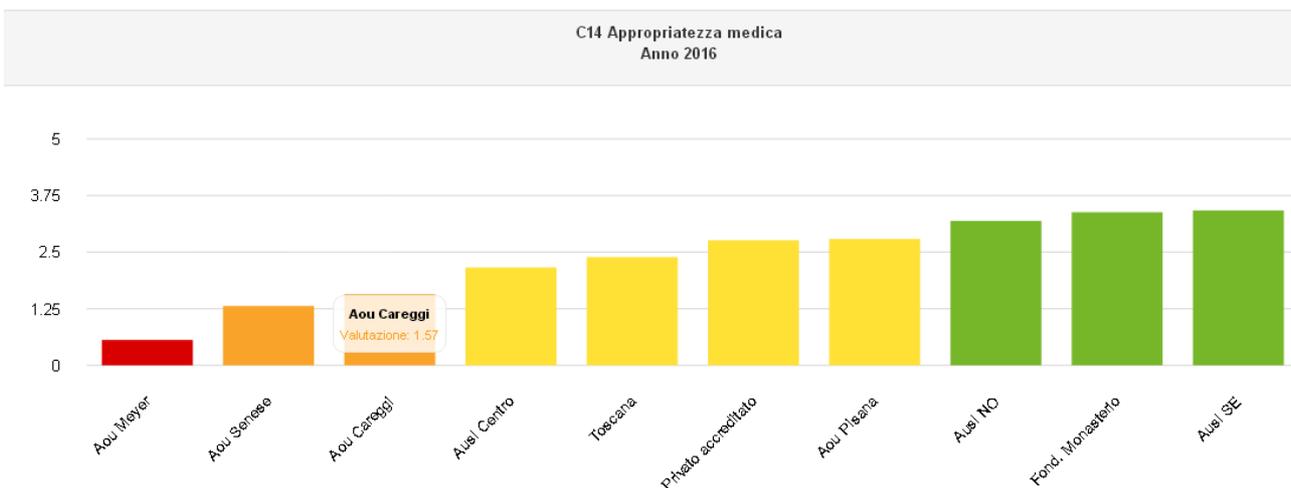


Gli ambiti nei quali sussistono invece margini di miglioramento sono: appropriatezza medica in particolare nei ricoveri di dh medico con finalità diagnostica; tempi attesa chirurgia oncologica; percorso dell'emergenza urgenza; mobilità sanitaria; appropriatezza prescrittiva farmaceutica; sistema trasfusionale (rispetto al quale siamo misurati come ASL Centro).
Nei grafici riportati di seguito si riporta l'andamento di alcuni di tali indicatori.

C14 Appropriatozza medica

- C14.2a Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA) 2,81 x 1.000
- C14.2b Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica -
- C14.2.1 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti 13,92 %
- C14.2.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici 39,77 %
- C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014) 82,86 %
- C14.4 % di ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012) 2,27 %
- C14.5 Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti 65,52 x 1.000

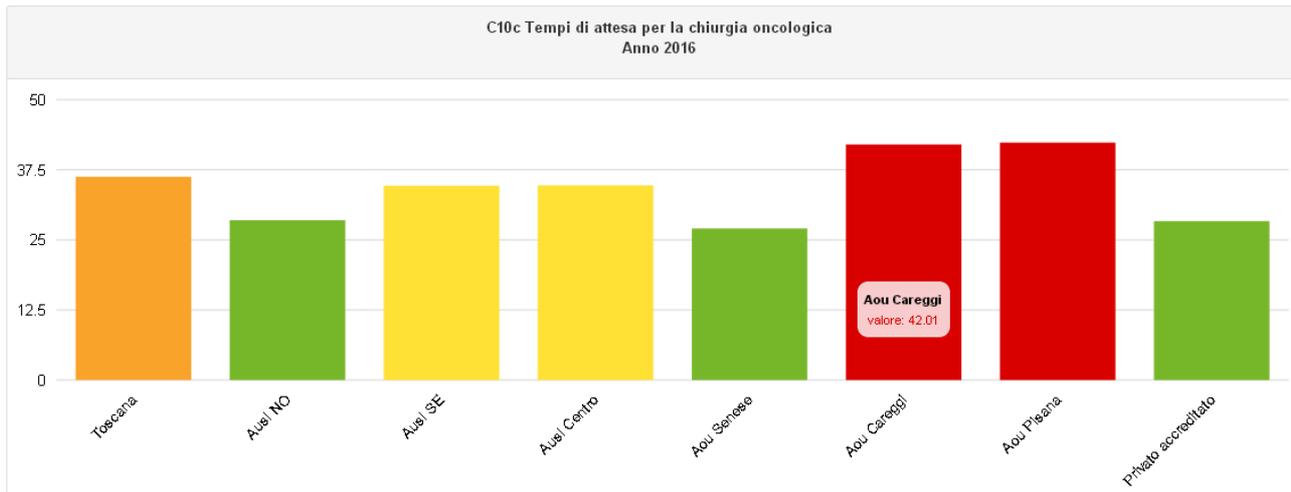
Gli indicatori in corsivo sono di osservazione per l'anno selezionato.



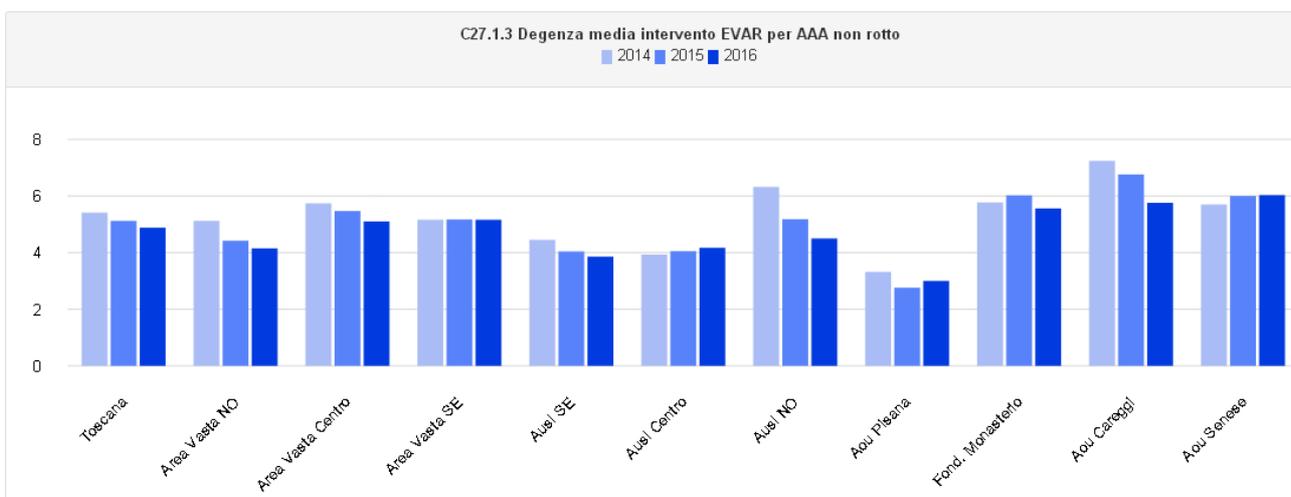
C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica 42,01 - ●

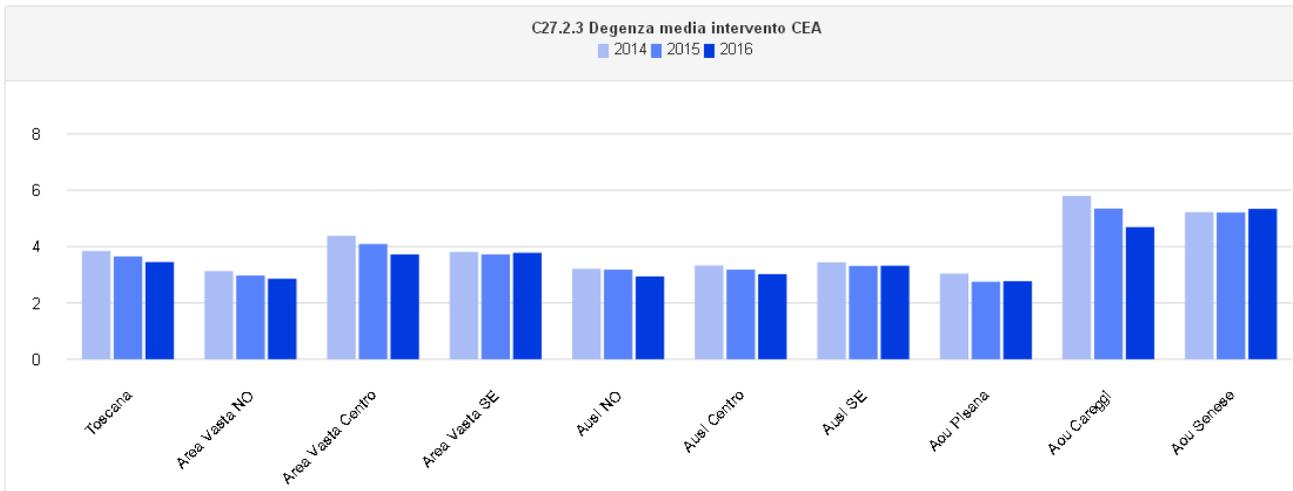
- C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella 40,68 Giorni ●
- C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata 53,17 Giorni ●
- C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon 34,22 Giorni ●
- C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto 50,97 Giorni ●
- C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone 24,72 Giorni ●
- C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero 40,65 Giorni ●

Gli indicatori in corsivo sono di osservazione per l'anno selezionato.



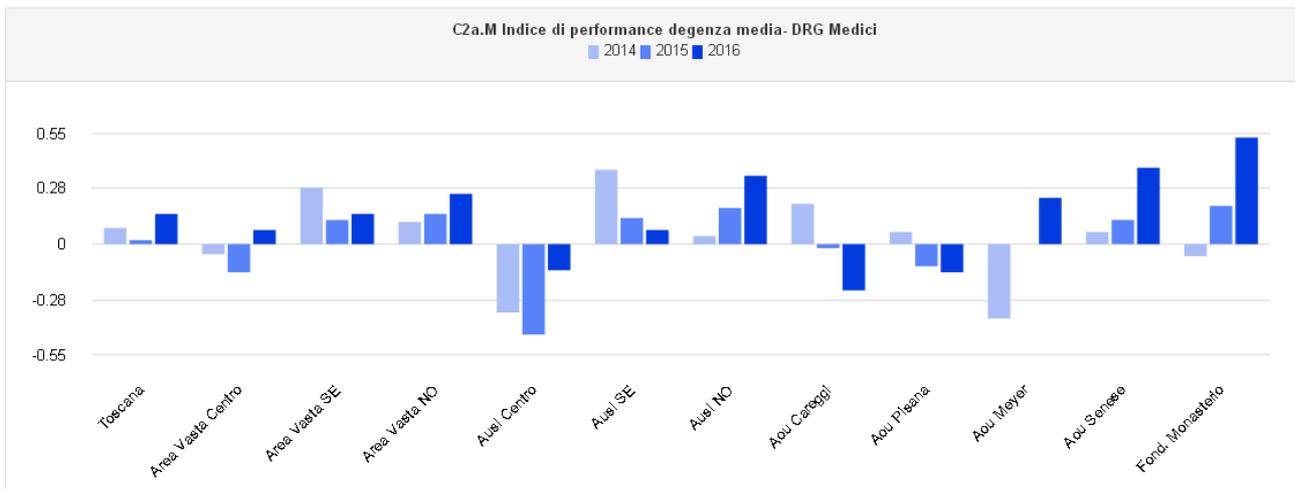
Per quanto concerne l'efficienza della chirurgia vascolare l'indicatore (relativo alla degenza media di 4 tipologie di intervento) nel 2016 si è riallineato ai valori attesi registrando un notevolissimo miglioramento anche se ciò non si evidenzia dal bersaglio (colorazione arancione) in quanto calcolato su 3 anni. Di seguito si riporta come si è ridotta la degenza media per 2 degli interventi di chirurgia vascolare considerati nell'indicatore (intervento EVAR per AAA non rotto e intervento CEA).

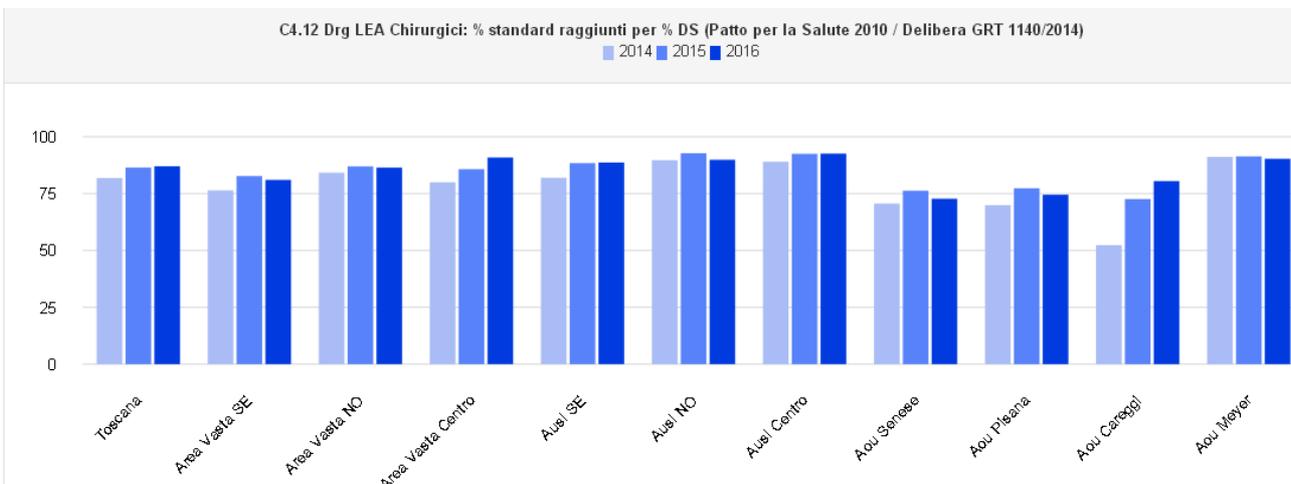
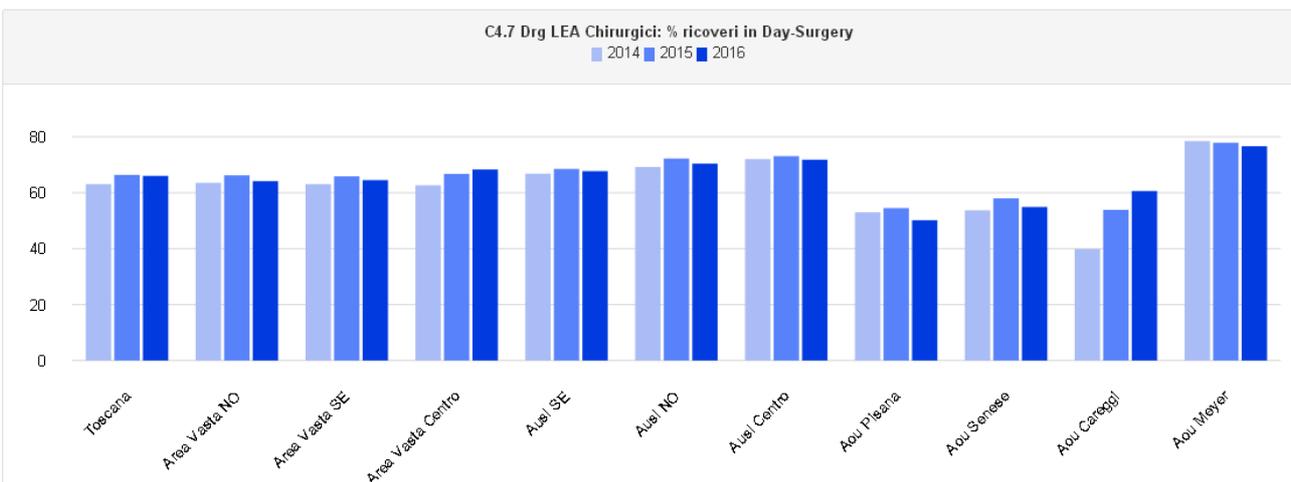
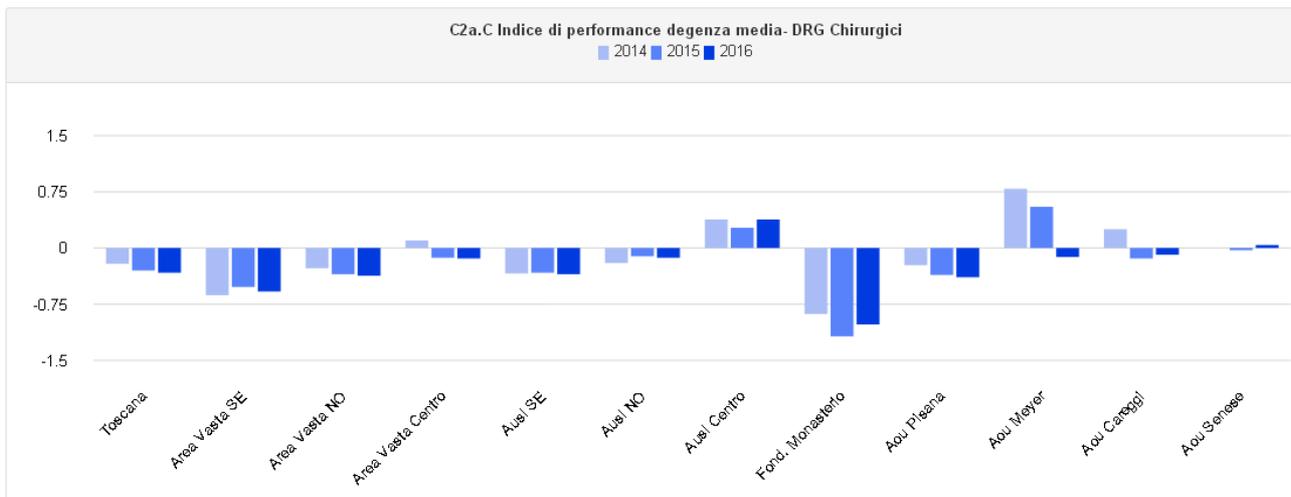


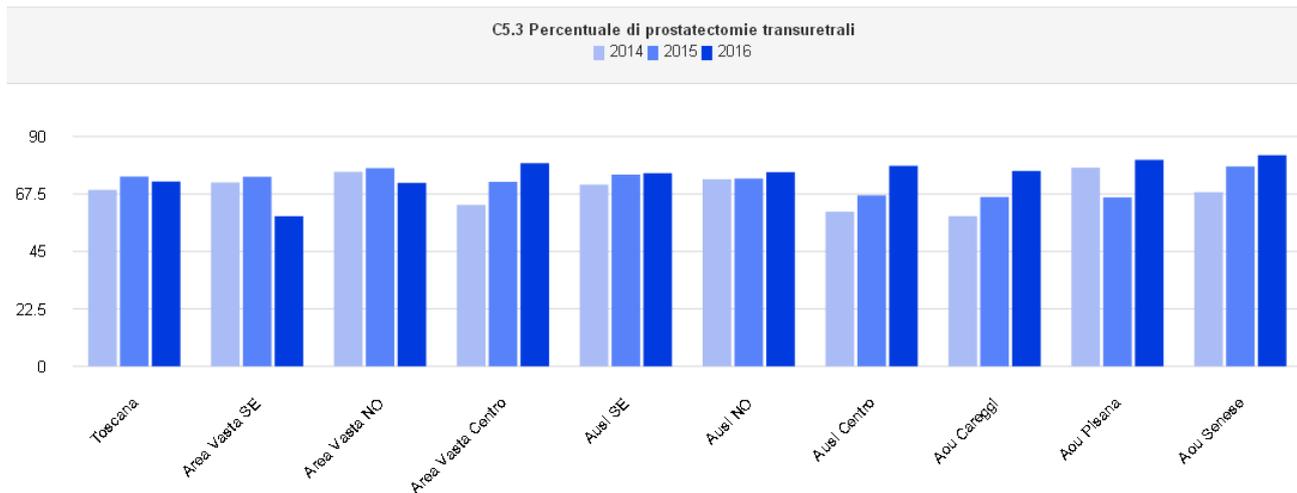


Notevoli miglioramenti sono stati registrati nel triennio anche per altri indicatori quali l'indice di performance di degenza media, sia relativamente ai drg medici che chirurgici, la % di ricoveri in day surgery relativamente ai drg LEA chirurgici (incrementati del 20%) nonché la % di standard raggiunti in DS (incrementati di quasi 30 punti percentuali), la % prostatectomie transuretrali (incrementate di circa 20 punti percentuali).

Nei grafici riportati di seguito si riporta l'andamento nel triennio 2014-2016 per l'azienda AOU Careggi nonché per ciascuna azienda sanitaria Toscana di tali indicatori.







A partire dal 2014 per le **AOU del Network delle Regioni** è stato sperimentato un ulteriore **modello di valutazione**, quello del **CRISP** (Centro di ricerca universitario per i servizi di pubblica utilità dell'università degli studi di Milano-Bicocca), al fine di confrontare e valutare l'efficacia dell'attività svolta. La finalità principale non è quella di produrre graduatorie e classifiche tra aziende e reparti bensì quella di fornire ulteriori strumenti di supporto per il miglioramento continuo delle performance. Il confronto dell'efficacia tra reparti della medesima specialità in contesti aziendali simili quali gli ospedali universitari, consente infatti di individuare potenziali criticità da analizzare attraverso specifici audit interni sulla qualità dei dati, sull'organizzazione dei percorsi, sulle risorse a disposizione nonché sulla pratica clinica. Tale confronto, allo stesso tempo, consente di individuare best practice che meritano di essere approfondite non solo dal punto di vista della pratica clinica ma anche rispetto ai modelli organizzativi e gestionali.

L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il modello prevede 3 fasce di valutazione: rosso, giallo e verde ed è di tipo "conservativo" in quanto è costruito in modo tale che viene segnalato un risultato sia in senso positivo che negativo solo se è notevole la differenza con l'outcome atteso. Il sistema di valutazione si basa quindi su 3 livelli che hanno come obiettivo quello di evidenziare best practice o criticità da approfondire.

Si riporta di seguito la valutazione dell'AOU Careggi col metodo CRISP a livello di disciplina ed a livello di singola struttura all'interno delle diverse discipline relativa all'anno 2016. Come si evidenzia da tali tabelle le criticità sono rappresentate solo dalla mortalità totale nella disciplina della cardiologia. Tutti gli altri indicatori per qualsiasi disciplina a livello aziendale assumono infatti valutazione media od ottima.

Toscana
AOU CAREGGI - codice: 09090301

Griglia di valutazione CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.48		●	●	●
Cardiologia	-1.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	-2.09	●	●	●	●
Medicina	-1.75	●	●	●	
Neurochirurgia	-2.78	●	●	●	●
Neurologia	-1.73	●	●	●	
Ortopedia	0.51	●	●	●	●
Urologia	-0.81	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01	-0.48		●	●	●
Cardiologia	07	-1.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	04	-1.48	●	●	●	●
	07	-1.64	●	●	●	●
	17	-2.04	●	●	●	●
	02	-2.53	●	●	●	●
	01	-2.85	●	●	●	●
Medicina	10	5.68	●	●	●	
	03	-1.35	●	●	●	
	12	-1.48	●	●	●	
	07	-1.73	●	●	●	●
	01	-1.97	●	●	●	●
	15	-2.19	●	●	●	
	02	-2.95	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	-1.58	●	●	●	●
	02	-2.88	●	●	●	●
Neurologia	01	0.23	●	●	●	
	02	1.07	●	●	●	
	03	-5.08	●	●	●	
Ortopedia	06	1.11	●	●	●	●
	18	1.45	●	●	●	●
	04	-0.83	●	●	●	●
	03	-1.21	●	●	●	●
	19	-2.14	●	●	●	●
Urologia	02	-0.41	●	●	●	●
	01	-0.93	●	●	●	●
	03	-2.07	●	●	●	●

Altro strumento di valutazione delle performance organizzativa aziendale è rappresentato dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore.

Per il primo anno nel 2016 tutti gli indicatori di esito del PNE sono stati introdotti nelle schede di budget delle strutture interessate: la legge di stabilità 2016 all'art. 30 infatti afferma che le aziende sanitarie entreranno in piano di rientro non solo se non rispettano l'equilibrio economico ma anche se non rispettano i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure ed è sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area sia molto bassa (rossa) o bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali, a determinare che l'azienda sia collocata in piano di rientro.

Nonostante AGENAS non abbia ancora pubblicato i dati del PNE 2016, dal calcolo interno degli stessi indicatori, si evince come tutti gli indicatori si collochino al di sopra della media nazionale o nella media nazionale, come riportato nel successivo paragrafo.

3. Performance organizzativa delle strutture aziendali

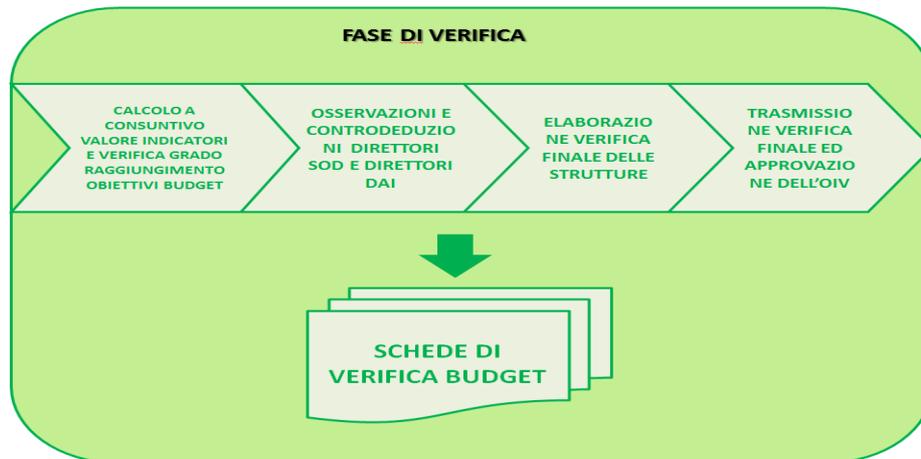
Processo di verifica budget e rappresentazione degli esiti

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati ed il Controllo Direzionale provvede ad effettuare la verifica finale dei risultati raggiunti; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, caricati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso ed i corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore.

Per ciascun indicatore sono definite delle fasce di valutazione che prevedono, a seconda dello scostamento dal valore atteso, delle diverse percentuali di raggiungimento (0%, 30%, 50%, 60%, 80%, 90%, 100%). Per gli indicatori MES e PNE le fasce di valutazione sono 5 (0%, 30%, 60%, 80% 100%) e corrispondono a quelle definite dal MES/AGENAS. In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle strutture e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento finale di ciascuna struttura può variare da 0% a 100%.

Nell'allegato 1 sono riportate le fasce di valutazione utilizzate per la verifica del budget 2016.

Le schede di budget possono essere consultate da parte di ciascun professionista in ogni momento su una piattaforma web aziendale; in corrispondenza di ogni indicatore vi è un campo Note che dà la possibilità durante l'anno ai singoli direttori di struttura di scrivere qualsiasi osservazione od annotazione ritengano utile ai fini della valutazione dell'obiettivo stesso. Quando il Controllo Direzionale termina la verifica finale viene data comunicazione a tutti di consultare ed analizzare la propria scheda budget, lasciando la possibilità a ciascuno di inviare alla direzione eventuali controdeduzioni e/o spiegazioni relativamente agli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti. Una volta acquisite tali osservazioni e, se accolte, rettificato il grado di raggiungimento degli obiettivi interessati, le schede di verifica vengono trasmesse all'OIV per l'approvazione finale e fatte sottoscrivere da ciascun direttore di struttura. Vengono quindi trasmesse all'UO Politiche del Personale e all'UO Amministrazione del personale.



Nel complesso gli obiettivi di budget a più alta valenza strategica sono stati pienamente raggiunti a livello di azienda. Gli indicatori MES, ormai presenti da anni, sono tutti in linea con i valori attesi ad eccezione dei dh medici con finalità diagnostica e dei tempi di permanenza in PS dei pazienti con codice verde e dei tempi di invio al ricovero dei pazienti con accesso dal PS. Hanno visto un continuo miglioramento gli indicatori relativi alla degenza media che continuano a migliorare negli anni, compresa la degenza media dei ricoveri per riparazione dell'aneurisma dell'aorta addominale non rotto (open o evar) e dei ricoveri per rivascolarizzazione carotidea (endoarterectomia carotidea - CEA o stent carotideo - CAS), individuate all'inizio del 2016 come indicatori critici ma che anno visto nel corso dello stesso anno un notevolissimo miglioramento allineandosi ai valori attesi. Le fratture femore operate entro 48 ore, che ha visto un notevolissimo miglioramento nel 2015, ha mantenuto una buona performance anche nel 2016 rimanendo poco sotto all'obiettivo dell'80%. La percentuale di standard chirurgici raggiunti in DS, anch'esso migliorato nel 2015, ha continuato a migliorare nel 2016 raggiungendo l'80% verso l'obiettivo dell'83%. La percentuale di prostatectomie transuretrali è incrementata di dieci punti percentuali raggiungendo l'obiettivo del 76%. Raggiungono performance ottima o media tutti gli indicatori di esito del PNE introdotti per il primo anno nel 2016 come obiettivi di budget nella maggior parte delle SOD chirurgiche ed in una parte delle SOD mediche. Nonostante AGENAS non abbia ancora pubblicato i dati del PNE 2016, dal calcolo interno degli stessi indicatori, si evince come il 77% degli indicatori si collochino nella fascia verde (sopra la media nazionale) e solo il 23% nella fascia gialla (media nazionale) mentre non ve ne sia alcuno nelle fasce arancione o rossa. Il peso medio dei ricoveri, indice della complessità della casistica trattata, incrementa di quasi il 2%. Le prestazioni ambulatoriali strategiche o di alta complessità incrementano più del 20%. Le richieste di prestazioni di laboratorio per i pazienti ricoverati, rispetto alle quali a partire dal 2014 è stato fatto un grosso lavoro sull'appropriatezza, continuano a calare riducendosi nel triennio del 40%. Gli obiettivi di appropriatezza del consumo dei farmaci e dispositivi medici, secondo le indicazioni regionali, sono stati, ad eccezione di uno, tutti raggiunti.

Nella tabella sottostante si riporta l'andamento dei principali indicatori trasversali, che hanno coinvolto la maggior parte delle strutture ovvero degli indicatori specifici che riguardano solo poche strutture ma che hanno un'importanza strategica per l'azienda.

AOU CAREGGI - SCHEDA BUDGET GEN-DIC. 2016
SOD/UO AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI (CdR 090903)

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE SO	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS VAL ATTESO	% RAGGIUNGIMENTO	
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	3	< -.12	-0.09	0,03	80
		IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	3	< .04	-0.27	-0,31	100
		IND1574	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIPARAZIONE ANEURISMA AORTA ADDOMINALE NON ROTTO, OPEN	1	< 10.7	9.38	-1,32	100
		IND1575	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIPARAZIONE ANEURISMA AORTA ADDOMINALE NON ROTTO, EVAR	1	< 6.1	4.31	-1,79	100
		IND1576	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA: ENDOARTERECTOMIA CAROTIDEA (CEA)	1	< 5.35	3.55	-1,8	100
		IND1577	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA: STENT CAROTIDEO (CAS)	1	< 2.88	2.44	-0,44	100
	CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA	IND583	MES: DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI > 1GG	3	< 1	.79	-0,21	100
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	IND1312	MES: PERC PZ. CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	1	> 75 %	63	-12	60
		IND1313	MES: PERC. PZ. CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	1	> 80 %	67	-13	30
		IND1314	MES: PERC. PZ CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA < 4 ORE	1	> 85 %	67	-18	30
		IND1315	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	1	> 92 %	70	-22	0
IND1317		MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	1	< 2.3 %	2.52	0,22	100	
APPROPRIATEZZ A CHIRURGICA	QUALITA' CLINICA	IND589	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	1	> 80 %	76.35	-3,65	80
	INCREMENTO GESTIONE LEA CHIR. IN REGIME DS	IND1910	MES: % STANDARD LEA CHIRURGICI RAGGIUNTI IN DS	3	> 83 %	80.44	-2,56	80
	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	2	> 80 %	77.86	-2,14	80
		IND1341	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	2	> 76 %	76.3	0,3	100
APPROPRIATEZZ A MEDICA	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	IND582	MES: SCOST. PERC. NUMERO RICOVERI PER DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	3	-5 %	-14.2	-9,2	100
	CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	IND584	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	3	< 5 %	24	19	30
APPROPRIATEZZ A MEDICA	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	IND1570	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	3	< 1.69 %	1.78	0,09	100
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI BREVI	IND581	MES: PERC. RICOVERI MEDICI BREVI	3	< 15 %	8.6	-6,4	100

ESITO	MIGLIORAMENTO ESITI	IND1337	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	2	< 1.5 %	1.69	0,19	60
		IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2	< 6 %	4.5	-1,5	100
		IND1338	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2	< 1.5 %	2.32	0,82	60
		IND1344	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	2	< 6 %	5.4	-0,6	100
		IND1345	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEM	2	< 8 %	5.8	-2,2	100
		IND1339	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	2	< .5 %	.9	0,4	60
		IND1222	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2	< 2 %	3.9	1,9	80
		IND1223	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2	< 1 %	3.2	2,2	60
		IND993	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	2	< 1 %	.66	-0,34	100
		IND1362	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	2	< 1.5 %	1.2	-0,3	100
		IND1360	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2	< 3 %	2.5	-0,5	100
		IND1220	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	2	< 1 %	.8	-0,2	100
		IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	2	< 5 %	3.1	-1,9	100
		IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	2	< 9 %	8.1	-0,9	100
		IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2	< 5 %	2.8	-2,2	100
		IND1581	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA < 3gg	2	> 80 %	89.1	9,1	100
		IND1580	MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	2	> 92 %	87.28	-4,72	80

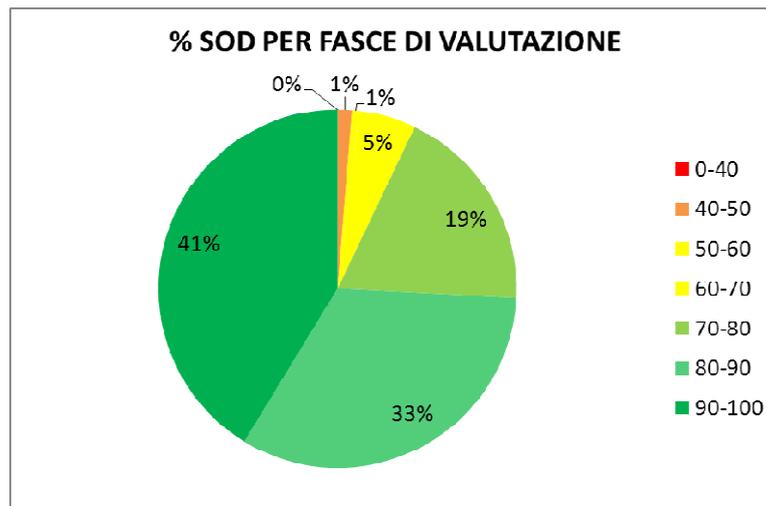


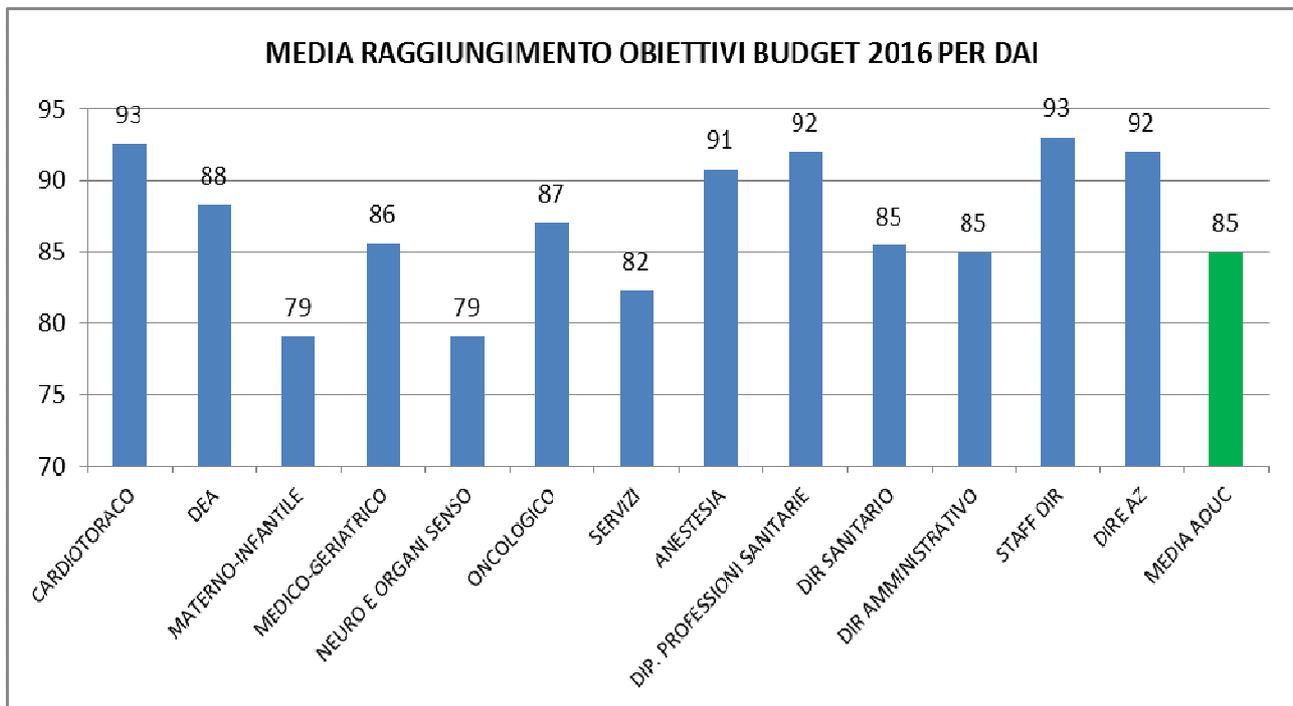
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		PE SO	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS VAL ATTESO	% RAGGIUNGIMENTO
COMPLESSITA' CASISTICA	INCREMENTO PESO MEDIO	IND1323	SCOST. PERC. PESO MEDIO RIC. ORDINARI	3	+ 2 %	1.79	-0,21	90
CORRETTA REGISTRAZIONE FLUSSI/ DOCUMENTAZIONI E SANIT.	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO	IND505	PERC. DRG NON DEFINITI	3	< 4 %	.6	-3,4	100
GOVERNO DELLA CASISTICA	INCREMENTO PRESTAZIONI STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'	IND1014	SCOST. PERC. N. PRESTAZIONI EROGATE STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'	2	+ 5 %	24	19	100
APPROPRIATEZZA A PREST. RICHIESTE DIAGN. IMMAGINI E LABORATORIO	APPROPRIATEZZA PREST. RICHIESTE DI DIAGN. DI LABORATORIO	IND1007	SCOST. PERC. COSTO PREST RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/ VALORE RIC. ORD. (vs 2013)	3	-50 %	-40.8	9,2	80
APPROPRIATEZZA A CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	IND1015	SCOST. PERC. COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	3	-10 %	-49.4	-39,4	100
	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND1022	SCOST. PERC. COSTO ANTIFUNGINI INIETTABILI PER GG DEGENZA	3	-10 %	-32.9	-22,9	100
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLEC. SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	IND1020	SCOST. PERC. COSTO EBPM PER GG DEGENZA	1	-5 %	2.2	7,2	0
	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	IND1021	SCOST. PERC. COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	1	-10 %	-26	-16	100
	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	IND1034	PERC. FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE	1	< 2 %	.7	-1,3	100
	DRUG-DAY	IND1301	% PRESCRIZIONI SECONDO CALENDARIO DEFINITO PER FARMACI SOGGETTI A DRUG-DAY	1	= 100 %	96	-4	80
	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE	IND1033	UP FARMACO INFILIXIMAB BIOSIMILARE/ TOT. UP FARMACO INFILIXIMAB BIOSIMILARE + ORIGINATOR	1	> 95 %	94	-1	100
APPROPRIATEZZA A CONSUMO DISPOSITIVI	APPROPRIATEZZA UTILIZZO CATETERISMO VESCICALE	IND599	PERC CONSUMO CATETERI FOLEY IN LATTICE SILICONATO/ TOTALE CATETERI FOLEY	3	> 80 %	60	-20	80

Le tabelle riportate di seguito evidenziano i risultati di sintesi e di dettaglio per Dipartimento e singola struttura della verifica di budget 2016. La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari all'85,5%; la mediana pari a 87,5%; la moda pari a 100%; il raggiungimento minimo è stato 43%, il massimo 100%.

Da sottolineare come gli obiettivi negoziati per l'anno 2016 siano stati molto sfidanti per gran parte delle strutture, soprattutto le SOD chirurgiche, alcune delle quali non sono riuscite nell'arco dell'anno a raggiungere la totalità degli obiettivi registrando alla fine del 2016 una performance che seppur buona non è ottimale.

VERIFICA BUDGET 2016 - RISULTATI FINALI			
fasce valutazione	N. strutture	% sul totale	
0-40	0	0%	7%
40-50	2	1%	
50-60	1	1%	
60-70	8	5%	93%
70-80	29	19%	
80-90	51	33%	
90-100	64	41%	
TOTALE	155	100%	100%





Di seguito una tabella riassuntiva dei principali indici relativi ai risultati finali delle verifiche del budget nell'ultimo triennio:

INDICI	2014	2015	2016
MEDIA AOUC	83,35	84,59	85,55
MEDIANA AOUC	85,00	86,50	87,47
MODA AOUC	100,00	100,00	100,00
DEVIAZIONE STANDARD	12,80	13,32	11,12

4. La valutazione della performance individuale

Processo di valutazione individuale e rappresentazione degli esiti

Preso atto che il Sistema di valutazione individuale necessita di progressive fasi di adeguamento per arrivare ad una sua più matura strutturazione, l'anno 2016 sottopone a valutazione della performance tutto il personale dirigente, con effetti sulla retribuzione di risultato già dal 2014, e il personale del comparto che a partire dal corrente anno entrerà a regime con il nuovo sistema di calcolo delle quote individuali di produttività in base al quale la valutazione individuale avrà effetti sulla quantificazione del saldo spettante.

Per il personale dirigente è in corso la conclusione della sperimentazione 2016 relativa alla declinazione da parte dei direttori di struttura degli obiettivi di budget in obiettivi individuali, i cui esiti saranno documentati a conclusione del percorso ideato con effetti sulla retribuzione di risultato dall'anno 2017. La valutazione degli obiettivi di budget come declinati sul singolo dirigente peserà per il 20% sulla complessiva valutazione individuale, mentre la valutazione delle competenze organizzative peserà per un altro 20%.

La valutazione individuale di tutto il personale è effettuata dai dirigenti responsabili e da altri ruoli di responsabilità.

Essa è relativa alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi come indicato nella seguente tabella:

VALUTATO	AMBITI DI VALUTAZIONE anno 2016			VALUTATORE
	Performance organizzativa	Performance individuale		
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivo individuale	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE SANITARIO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivo individuale	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARIMENTALE	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivo individuale	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
	60	20	20	
DIRIGENTI	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Comportamenti e competenze		DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA
	60	40		
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	Performance organizzativa (budget)	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90	10		
PERSONALE COMPARTO DS e D	Performance organizzativa (budget)	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90	10		
PERSONALE COMPARTO C, BS, B e A	Performance organizzativa (budget)	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90	10		
SUPPORTO METODOLOGICO	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE			DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	STRUTTURE DELLO STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE DEPUTATE			

Di seguito il percorso realizzato: a chiusura della verifica di budget del 2016, le schede di valutazione individuale predisposte (distinte per livello di responsabilità e per tipologia di incarico) sono state messe a disposizione dei valutatori, unitamente alla reportistica di supporto, mediante il coinvolgimento dei Responsabili Amministrativi e delle segreterie delle altre Aree. I valutatori di prima istanza dovranno effettuare la valutazione tramite colloqui con tutto il personale interessato. Il valutatore ed il valutato una volta concluso il percorso di valutazione sottoscriveranno le schede in tutte le sue parti apportando eventualmente osservazioni. Tali schede saranno trasmesse alle strutture competenti.

Nel processo di valutazione il valutatore, rispetto ad ogni parametro di valutazione presente nella scheda, dovrà esprimere un giudizio sintetico valorizzato, espressione dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato, secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi: non adeguato, migliorabile, adeguato, buono, eccellente.

L'indice di performance individuale complessivo risulterà dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 40/100).

Ai fini della prevista validazione complessiva, le schede di verifica individuale che alimenteranno il fascicolo personale di ciascun dipendente, come le schede di valutazione della performance organizzativa delle singole strutture, sono tenute agli atti ed a disposizione dell'OIV.

In linea con le più recenti indicazioni normative (articolo 7, comma 3, decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal D.P.R. n. 105/2016 e dal D.lgs. n. 74 del 25/05/2017) è attualmente in corso la definizione delle procedure di conciliazione attivabili dai singoli nei casi di valutazione negativa, a superamento dell'attuale meccanismo che vede nell'OIV il valutatore di seconda istanza.

Fermo restando il rispetto dei CCNL e degli Accordi integrativi vigenti, ai fini del sistema premiante il raggiungimento di un indice di performance individuale minimo (inteso come somma del valore ponderato del grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura e del valore ponderato della valutazione individuale) pari al 50% è condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva per il miglioramento dei servizi.



La valutazione della Performance individuale per il personale della dirigenza e del comparto è in corso di compimento; i risultati finali dell'anno 2016 saranno oggetto di aggiornamento della presente relazione non appena il percorso sarà concluso ai fini e per gli effetti giuridici ed economici previsti dalla normativa vigente.

Allegato 1. Fasce di valutazione per indicatori budget 2016

Per gli indicatori PNE sono state adottate ed applicate le fasce definite dal Patto di stabilità 2016:

INDICATORE PNE	VALORE ATTESO	FASCE DI RAGGIUNGIMENTO PER INDICATORI PNE BUDGET 2016				
		100	80	60	30	0
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %	< 9	9/11	11/15	15/17	> 17
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	< 8 %	< 8	8/10	10/14	14/16	> 16
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 6 %	< 6	6/9	9/14	14/18	> 18
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	< 6 %	< 6	6/8	8/12	12/14	> 14
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	< 5 %	< 5	5/7	7/12	12/16	> 16
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	< 5 %	< 5	5/7	7/12	12/16	> 16
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	< 3 %	< 3	3/5	5/9	9/11	> 11
MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IN PZ. OPERATI PER FRATTURE COLLO DEL FEMORE	< 3 %	< 3	3/5	5/9	9/11	> 11
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %	< 2	2/4	4/7	7/10	> 10
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	< 1,5 %	< 1,5	1,5/4			> 4
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	< 1,5 %	< 1,5	1,5/4			> 4
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	< 1,5 %	< 1,5	1,5/3,5		3,5/5	> 5
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	< 1 %	< 1	1/3			> 3
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %	< 1	1/3	3/6	6/8	> 8
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %	< 1	1/3	3/6	6/8	> 8
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	< 0,5 %	< 0,5	0,5/3			> 3
PNE: PERC PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO/ TOT PARTI	< 15%	< 15	15/25	25/30	30/35	> 35
PNE: PERC. PARTI CON COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO/ TOT PARTI NATURALI	< 0,20%	< 0,20	0,20/0,70			> 0,70
PNE: PERC. PARTI CON COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO/ TOT PARTI CESAREI	< 0,30%	< 0,30	0,30/1,2			> 1,2

Per quanto concerne la definizione delle fasce di raggiungimento dei valori attesi, la Regione Toscana, attraverso il MES, assegna annualmente a ciascuna azienda SSR obiettivi specifici per ciascun indicatore. Le fasce di valutazione sono tuttavia poi le stesse per tutte le aziende di tutte le regioni italiane, anche per quelle che hanno avuto una diversificata definizione dell'obiettivo. In tal modo esse risultano penalizzate da un risultato che non da atto del reale raggiungimento di quanto loro richiesto in base allo specifico contesto, quanto della distanza dall'obiettivo teorico generale. Tale effetto distorsivo, pur opportuno per esigenze di confronto nazionale, pare invece iniquo in fase di valutazione del raggiungimento da parte dell'azienda degli obiettivi assegnati. Per questo sono state adottate fasce di raggiungimento ricostruite sulla base degli obiettivi annuali assegnati specificatamente all'AOUC, riportando dunque nella fascia verde scura il valore pari all'obiettivo regionale 2016 e ricalcolando conseguentemente valore minimo ed intervalli intermedi con la stessa proporzione Mes, per ricostruire tutte le fasce di valutazione.

INDICATORE	FASCE DI RAGGIUNGIMENTO PER INDICATORI MES										
	FASCE MES					OBBIETTIVO AOUC	BUDGET 2016				
	0	30	60	80	100		0	30	60	80	100
MES: PERC. PZ CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	65	70	75	80	85	75	<57	57	63	69	75
MES: PERC. PZ. CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	70	75	80	85	90	80	<62	62	68	74	80
MES: PERC. PZ CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA < 4 ORE	70	75	80	85	90	85	<66	66	72	79	85
MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	75	80	85	90	95	92	<73	73	79	86	92
MES: % ABBANDONI DAL PS	4,66	3,5	2,33	1,17	0	3	>7,6	6,5	5,3	4,2	3,0
MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	3,52	2,85	2,17	1,49	0,81	1,69	>7,34	7,34	5,46	3,57	1,69
MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	45	55	65	75	85	80	<42	42	55	67	80
MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	55	62	69	76	83	80	<53	53	62	71	80
MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	40	52	64	76	88	76	<35	35	48	62	76
MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	27	23	19	15	11	18	<43	43	35	26	18
MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	60	65	70	75	80	92	<69	69	77	84	92
% INTERV CHIR. ONCOL. ENTRO 30 GG	40	35	30	25	20	30	>45	45	40	35	30
MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	1,10	0,38	-0,34	-1,05	-1,77	0	<1	1	0,66	0,33	0,00
MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	0,86	0,11	-0,63	-1,38	-2,12	0	<1	1	0,66	0,33	0,00
MES: % DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	10	8	6	4	2	5	<25	25	18	12	5
MES: DRG LEA CHIRURGICI:% STANDARD RAGGIUNTI IN DS	50	60	70	80	90	83	<46	46	58	71	83



Per gli indicatori di budget 2016 di definizione aziendale, le fasce di raggiungimento si differenziano invece a seconda dello scostamento del valore rilevato a fine anno da ciascun indicatore rispetto al valore atteso dell'indicatore stesso come sotto riportato. Per alcuni indicatori, prima di applicare la regola generale, viene definito un valore massimo di scostamento oltre il quale l'obiettivo non è raggiunto; limite massimo che segue il criterio riportato in tabella, o talvolta viene definito ad hoc per il singolo indicatore.

CRITERIO GENERALE	
scost. del valore rilevato dal valore atteso dell'indicatore	% raggiungimento obiettivo budget
98% - 100%	100%
85% - 98%	90%
70% - 85%	80%
55% - 70%	60%
40% - 55%	50%
20% - 40%	30%
< 20%	0%

PER ALCUNI INDICATORI: prima di applicare la regola generale viene definito un massimo scostamento oltre il quale l'obiettivo non è raggiunto	
VALORI ATTESI dell'indicatore	LIMITE MAX DI SCOSTAMENTO
VALORI > 1000	max scostamento dal VA pari a 1/7
VALORI tra 100 e 1000	max scostamento dal VA pari a 1/5
VALORI tra 51 e 99	max scostamento dal VA pari a 1/3
VALORI tra 0 e 50	max scostamento dal VA pari a 1/2

Allegato 2. Risultati verifica budget 2016 per struttura

5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA ED INTERVENTISTICA- DAI 21	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	90
5321 AREA CHIRURGICA ED INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	70
5321 AREA CHIRURGICA ED INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	91
5321 AREA CHIRURGICA ED INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	94
5321 AREA CHIRURGICA ED INTERVENTISTICA- DAI 21	1282	ARITMOLOGIA	91
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	89
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	100
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1312	CENTRO DI RICERCA TERAPIE RIGENERATIVE	100
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	100
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	100
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	87
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACICA	95
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	95
			93

5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1162	CHIRURGIA GENERALE, D'URGENZA E MININVASIVA	83
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1178	CHIRURGIA D'URGENZA E DELL'APPARATO DIGERENTE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO E FUNZIONALE	91
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1284	INTERVENTISTICA NEURO- VASCOLARE	100
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1322	CHIRURGIA GENERALE ED ENDOCRINA	92
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	73
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1141	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 2	82
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 1	90
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 3	84
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1147	INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	100
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 4	90
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	SUBINTENSIVA DI MEDICINA	97
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	78
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1254	STROKE UNIT	82
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA	96

5422 AREA MEDICA-DAI 22	1272	GASTROENTEROLOGIA CLINICA	85
			88

5123 DAI MATERNO-INFANTILE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	78
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1191	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	65
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	68
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1194	MEDICINA PRENATALE	74
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1268	GENETICA MEDICA	88
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	71
5923 AREA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1353	MEDICINA DELLA SESSUALITA' E ANDROLOGIA	87
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	89
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1218	NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	92
			79

5124 DAI MEDICO-GERIATRICO

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1153	IMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	82
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1156	REUMATOLOGIA	65
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1169	ALCOLOGIA	88
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1210	NEFROLOGIA E DIALISI	82
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1266	ENDOCRINOLOGIA	78
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	83
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1308	DIABETOLOGIA	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1309	NUTRIZIONE CLINICA	76
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	100
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1148	CONTINUITA' ASSISTENZIALE EXTRAOSPEDALIERA	77
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1196	GERIATRIA-UTIG	98
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	90
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1262	MEDICINA E CARDIOLOGIA GERIATRICA	86
			86

5125 DAI NEUROMUSCOLOSCHIELETRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1111	ORTOPEDIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	89
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	88

5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA GENERALE	63
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	77
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	70
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	79
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE UNIPOLARE	71
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	98
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1252	NEUROLOGIA 1	77
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1253	NEUROLOGIA 2	74
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1256	PSICHIATRIA	71
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	80
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	72
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	89
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	100
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1127	NEUROCHIRURGIA 2	62
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1164	NEUROCHIRURGIA 1	72
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1201	CURE INTENSIVE PER IL TRAUMA E SUPPORTI EXTRACORPOREI	96
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1234	OCULISTICA	86
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	75
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	76
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	64
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1244	AUDIOLOGIA	69
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	81
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	85
			79

5126 DAI ONCOLOGICO

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1112	ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA	74
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	83
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1161	CHIRURGIA ONCOLOGICA A INDIRIZZO ROBOTICO	91
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1167	CHIRURGIA SENOLOGICA	76
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1168	CHIRURGIA ONCOLOGICA RICOSTRUTTIVA	76
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	75
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	90
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA E CHIRURGIA ANDROLOGICA	76
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MINIINVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	74
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	92

5426 AREA MEDICA-DAI 26	1145	ONCOLOGIA MEDICA	93
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	85
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	97
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1274	RADIOTERAPIA	78
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1298	FARMACOLOGIA ONCOLOGICA	95
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1314	ONCOLOGIA TRASLAZIONALE	100
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1315	PSICONCOLOGIA	100
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1411	FISICA MEDICA	100
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1487	CORD	100
5626 AREA EMATOLOGICA	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	92
5626 AREA EMATOLOGICA	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	72
5626 AREA EMATOLOGICA	1204	EMATOLOGIA	83
5626 AREA EMATOLOGICA	1404	MALATTIE ATEROTROMBOTICHE	98
			87

5127 DAI DEI SERVIZI

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	90
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	99
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	92
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	82
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	43
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1420	LABORATORIO E DIAGNOSTICA ISTOCITOPATOLOGICA INTEGRATA	43
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1481	SICUREZZA E QUALITA	99
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	88
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1323	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	91
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1324	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA DELL'APPARATO DIGERENTE	91
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	69
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1450	RADIODIAGNOSTICA 4	87
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	89
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIODIAGNOSTICA SPECIALISTICA	85
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1453	RADIODIAGNOSTICA 5	85
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1455	RADIODIAGNOSTICA 2	84
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	83
			82

5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	82
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	92

5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIOANESTESIA E CARDIORIANIMAZIONE	89
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	87
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	95
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	90
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360		100
			91

5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3061	PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PROCESSI ASSISTENZIALI	93
5217 AREA DELLA RICERCA E SVILUPPO DISCIPLINARE	3062	RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	90
			92

5102 R1-DIRETTORE SANITARIO

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	52
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1440	MEDICINA LEGALE	71
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	83
5202 AREA SERVIZI SANITARI	3027	CRAOT	100
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	71
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	100
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	97
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCES SANITARIE	88
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3065	SUPPORTO AL GOVERNO DELL' OFFERTA AMBULATORIALE AZIENDALE	100
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	91
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1521	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E POLITICHE DEL FARMACO	87
			85

5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3011	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO	87
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	86
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	82
5206 AREA TECNICA	3014	MANUTENZIONE STRAORDINARIA	87
5206 AREA TECNICA	3066	DIREZIONE LAVORI	83
5206 AREA TECNICA	3071	SERVIZI TECNICI INTEGRATI DI AREA	88



5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO ATTIVITA' SANITARIA	89
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	85
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	82
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERA PROFESSIONE	82
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	85
			85

5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5269 AREA SVILUPPO CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E BPR	98
5269 AREA SVILUPPO CONTROLLO E QUALITA'	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	97
5269 AREA SVILUPPO CONTROLLO E QUALITA'	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	94
5270 AREA INTEGRAZIONE E COMUNICAZIONE	3041	COMUNICAZIONE	90
5270 AREA INTEGRAZIONE E COMUNICAZIONE	3018	FORMAZIONE	87
5270 AREA INTEGRAZIONE E COMUNICAZIONE	3049	SUPPORTO ALLE FUNZIONI DIREZIONALI ED INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA	93
			93

5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	descrizione SOD	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	95
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	86
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	95
			92