

ACCORDO DI FINALIZZAZIONE ANNUALE DELLE RISORSE DI RISULTATO PER L'ANNO 2012 E 2013 PER L'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA

A seguito della certificazione resa dal Collegio Sindacale il 5 febbraio 2014 sul testo di "Ipotesi di accordo di finalizzazione annuale delle risorse di risultato per l'anno 2012 e 2013 per l'Area della Dirigenza Medica" sottoscritto il 4 dicembre 2013, che di seguito si riporta integralmente:

"Premesso che nel predetto accordo risulta evidenziato che "..... L'azienda ha erogato degli acconti percepiti...." si rileva che la prassi di erogare degli acconti sulla retribuzione di risultato si pone in contrasto con quanto previsto dagli articoli 4 e 18, comma 2, della L. 150/2009 nonché con gli articoli 9 e 10 del CCNLL 2006-2009. Inoltre il collegio sollecita l'azienda a mettere in atto tutti gli strumenti necessari al fine di arrivare in tempi rapidi ad un allineamento, anche nei relativi accordi sindacali, alle norme sopraccitate. Il collegio raccomanda infine che tutte le erogazioni relative al salario accessorio di risultato siano sempre precedute da una valutazione dei risultati raggiunti mediante l'impianto di un sistema coerente con quanto previsto dalla L. 150/09 e dai relativi CCNLL sia per la dirigenza sia per il comparto ai sistemi valutativi. Pertanto, fermo restando quanto rilevato, il collegio esprime il proprio nulla osta all'accordo sindacale della dirigenza medica del 4 dicembre 2013 sotto la condizione che l'azienda proceda al recupero delle somme erogate in acconto"

e preso atto che l'Azienda procederà a quanto posto come condizione dal Collegio Sindacale, in data odierna ha avuto luogo presso la sede dell'AOUC l'incontro

TRA

La delegazione di parte pubblica, composta da:

Responsabile della delegazione dott.ssa Maria Teresa Mechi	<u>firmato</u>
Componente della delegazione dott. Paolo Cordioli	<u>firmato</u>
Componente della delegazione dott.ssa Paola Lombardi	<u>firmato</u>
Componente della delegazione dott. Fabrizio Niccolini	<u>firmato</u>

e le seguenti **Organizzazioni**:

<u>Organizzazioni Sindacali</u>	
ANAAO ASSOMED	<i><u>firmato</u></i>
CIMO ASMD	<i><u>firmato</u></i>
AAROI	<i><u>firmato</u></i>
CGIL MEDICI	<i><u>firmato</u></i>
CISL MEDICI	
FASSID	<i><u>firmato</u></i>
FESMED	<i><u>firmato</u></i>
ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI	<i><u>firmato</u></i>
FM aderente UIL FPL	<i><u>firmato</u></i>

Al termine della riunione le parti sopraccitate hanno sottoscritto l'accordo in oggetto indicato, nel testo che segue.

Firenze, 28/02/2014

ACCORDO DI FINALIZZAZIONE ANNUALE DELLE RISORSE DI RISULTATO PER L'ANNO 2012 E 2013 PER L'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA

Le parti hanno preso atto della determinazione dei fondi contrattualmente previsti alla luce della normativa vigente, con particolare riguardo alle previsioni contenute nella Legge n. 122/2010, determinazioni formalizzate con provvedimento del Direttore Generale n. 570 del 1 agosto 2013 avente ad oggetto: *“Determinazione definitiva dei fondi contrattuali dell'area della Dirigenza Medica anno 2012”* (**Allegato n. 1**).

La consistenza complessiva dei fondi contrattuali per l'anno 2012 ammonta a complessivi € 17.859.922,57 così suddivisa nei singoli fondi:

- Art. 9 CCNL 6/05/2010 “Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa” € 13.668.626,65;
- Art. 10 CCNL 6/05/2010 “Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro” € 2.526.445,64;
- Art. 11 CCNL 6/05/2010 “Fondo per la retribuzione di risultato per la qualità della prestazione individuale” € 1.664.850,28.

Per quanto sopra, le parti confermano l'utilizzo delle risorse residue del fondo di risultato, ai fini incentivanti per l'attività svolta e i risultati ottenuti relativamente all'anno 2012, già validati da parte dell' Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) - (**Allegato 2**), confermando la griglia già approvata nell'accordo del 17/11/2010 da utilizzarsi per l'erogazione unicamente del saldo (confermando l'entità degli acconti percepiti sia nel valore che in rapporto alla presenza in servizio).

RETRIBUZIONE DI RISULTATO	
INCARICO	PUNTEGGIO
A B	1,9
Strutture semplici dipartimentali	1,75
C - D E	1,5
G F	1,3
H I EQUIP.	1

Le parti condividono che l'erogazione del saldo dovrà avvenire secondo le modalità operative utilizzate a tale fine negli anni precedenti e che di seguito si puntualizzano :

- Il saldo sarà erogato ai dirigenti medici a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro esclusivo, che hanno effettivamente svolto attività di servizio presso l'Azienda, arrotondando a mese intero il periodo di servizio di gg 16.
- La quantificazione della quota, rapportata al punteggio collegato alla lettera di incarico, come rappresentato nella griglia sopra indicata, tiene conto dell'eventuale variazione dell'incarico intervenuta in corso dell'anno 2012.
- La quantificazione della quota sarà rapportata alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi dei DAI, secondo le determinazioni dell'O.I.V.
- Il saldo non sarà erogato a coloro che risultano in debito orario di 50 ore al 31.12.2012 e di 30 ore al 31.03.2013.
- Il saldo sarà ridotto in presenza di giorni di malattia, con le stesse modalità con cui si riduce l'acconto mensile (31gg -1 mese, 61 gg- 2 mesi etc.)

Si stabilisce inoltre che, sempre in conformità a quanto previsto nell'anno precedente, il valore punto , quale base di calcolo del premio incentivante, è quantificato in € 1.000.

Le parti prendono atto che le risorse residue del fondo di cui all'art. 11 CCNL 6/05/2010 ammontano complessivamente ad € 799.808,86, al netto della quota indisponibile riferita ai cessati 2011.

Nella considerazione che i residui del fondo della retribuzione di risultato comunque non sono sufficienti alla totale copertura della spesa ipotizzata per il saldo, che in via presuntiva si calcola in € 900.000, si concorda di utilizzare, a tale scopo anche gli importi residuali degli altri fondi, fino a compensazione della spesa.

Si dà atto che l'erogazione del saldo, esperite le procedure di verifica e controllo, avverrà con le competenze stipendiali del mese di gennaio 2014.

Le parti concordano che le modalità operative di erogazione del saldo sopra descritte restano valide anche per l'anno 2013, mentre si impegnano a rivedere i criteri in essere per l'anno 2014.

Relativamente all'anno 2013 le parti prendono atto che l'Azienda, per effetto del progressivo sviluppo del processo di budgeting, procederà alla valutazione dei risultati a livello di singola SOD.

Per L'Azienda

Dr.ssa M. T. Mechi firmato

Dr. P. Cordioli firmato

Dr.ssa P. Lombardi firmato

Dr. F. Niccolini firmato

Per le OO.SS. Dirigenza Medica

ANAAO ASSOMED firmato

CIMO ASMD firmato

AAROI firmato

CGIL MEDICI firmato

FASSID firmato

FESMED firmato

ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI firmato

FED. MED. ader.te alla UIL FPL firmato

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE GENERALE

n° 570 del 1/8/2013

Oggetto:

DETERMINAZIONE DEFINITIVA DEI FONDI CONTRATTUALI DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA DELL'ANNO 2012.

PROPOSTA N° **601**

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

PUBBLICAZIONE PER ESTRATTO

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:

PROPONENTE: U.O. B2E AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE IL DIRIGENTE : DR.SSA PAOLA LOMBARDI

VISTO IL RESPONSABILE DI AREA

DA INVIARE A :

COLLEGIO SINDACALE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

ESTAV CENTRO

GIUNTA REGIONALE

DA TRASMETTERE A:

B2E AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

B5B CONTABILITÀ GENERALE E FINANZA

PUBBLICATO DAL **1/8/2013**

ESECUTIVO DAL 17/8/2013

AL 16/8/2013

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato il decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 100 del 31 maggio 2013 Azienda Ospedaliero – Universitaria Careggi. Nomina del Direttore Generale;

Visti gli art. 9, 10 e 11 del CCNL 6/05/2010 per il personale della dirigenza Medica e Veterinaria riguardanti rispettivamente il Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di struttura complessa, il Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro e il Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale;

Visto il provvedimento del Direttore Generale n. 174 del 11/03/2013 con cui è stato determinato in via provvisoria l'ammontare dei fondi contrattuali dell'area della dirigenza medica per l'anno 2012;

Premesso che il D.L. n. 78/2010, convertito in L. 122/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", all'art. 9 comma 2 bis, dispone *"A decorrere dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio"*;

Dato atto che le riduzioni previste dalla prima parte dall'art. 9 comma 2 bis del D. L. 78/2010, sono quantificate in € 334.678,00 per non superare la consistenza complessiva delle risorse dell'anno 2010;

Tenuto conto che, in applicazione delle disposizioni contenute nel documento del 10 febbraio 2011 della Conferenza delle Regioni e Province Autonome, integrato e modificato con successivo documento del 13 ottobre 2011, la riduzione del personale in servizio avvenuta nel corso dell'anno 2011, pari a 14 unità, avrebbe comportato un effetto di trascinamento nell'anno 2012;

Rilevato che, conseguentemente a quanto sopra esposto, è stata data informazione alle OO. SS. che nella costituzione definitiva dei fondi per l'anno 2012 sarebbe stata disposta una diminuzione delle risorse pari a € 175.697,18;

Vista la nota del 15/7/2013 con la quale le OO. SS. della dirigenza medica contestano la suddetta riduzione, sostenendo che l'effetto di trascinamento non può trovare applicazione in quanto le 14 unità di personale cessate nel corso del 2011 sono state reintegrate nel 2012 ed altresì incrementate in modo tale da determinare un aumento del personale in servizio di 18 unità;

4

Valutata l'opportunità di non procedere, in via prudenziale, alla riduzione dei fondi contrattuali e di accantonare l'importo di € 175.697,18, rendendolo temporaneamente indisponibile;

Con il parere positivo del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza;

Visti:

- la L.R.T. 40/2005 e s.m.i.
- l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi emanato con provvedimento del Direttore Generale n. 116 del 27 marzo 2007 e s.m.i.

DISPONE

Per le motivazioni espresse in narrativa:

1) di determinare, in applicazione della normativa contrattuale vigente, nonché del D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, l'ammontare complessivo dei **fondi contrattuali anno 2012** nell'importo di **€ 17.859.922,57**, come dettagliato nell'allegato A), quale somma dei fondi di seguito specificati e analiticamente rappresentati negli allegati B), C), D), uniti al presente atto quale parte integrante e sostanziale:

- Art. 9 CCNL 6/5/2010 "Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa" **€ 13.668.626,65**;
- Art. 10 CCNL 6/5/2010 "Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro" **€ 2.526.445,64**;
- Art. 11 CCNL 6/5/2010 "Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale" **€ 1.664.850,28**;

2) di procedere, in via prudenziale, all'accantonamento dell'importo di € 175.697,18, rendendolo temporaneamente indisponibile;

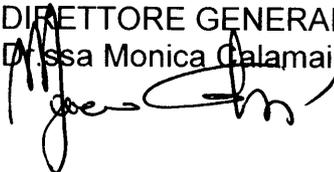
3) di trasmettere il presente atto alla Regione Toscana per eventuali valutazioni in merito;



- 4) di disporre l'invio del presente provvedimento al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Monica Calamai

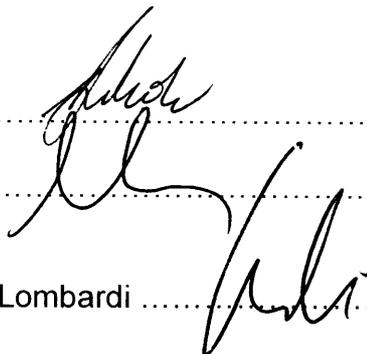


Per parere

Il Direttore Amministrativo Dr. Paolo Cordioli

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Il dirigente proponente Dr.ssa Paola Lombardi



Elenco degli allegati

Allegato A) Riepilogo fondi dirigenza medica;

Allegato B) Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa;

Allegato C) Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro;

Allegato D) Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale.

ALLEGATO A)**RIEPILOGO FONDI DIRIGENZA MEDICA****ANNO 2012**

Fondi costituiti alla data del 31.12.2011	17.655.248,16
- risparmi R.I.A. personale cessato nell'anno 2011	0,00
+ risparmi RIA personale cessato nell'anno 2011 intera annualità	116.737,14
+ risparmi RIA personale cessato nell'anno 2012 pro quota	30.872,68
+ risparmi ASSEGNO PERSONALE personale cessato nell'anno 2012 pro quota	6.183,78

IMPORTO FONDI COSTITUITI IN BASE ALLE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI PER L'ANNO 2012**17.809.041,76**

Riduzione riferita alla prima parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, per ricondurre l'importo dei fondi dell'anno 2011 a quello dell'anno 2010

-334.678,00

IMPORTO FONDI ANNO 2010 AL NETTO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE	17.474.363,76
IMPORTO FONDI ANNO 2012 AL NETTO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE	17.809.041,76
DIFFERENZA FRA ANNO 2010 E ANNO 2012	-334.678,00
RIDUZIONE PRIMA PARTE ART.9, COMMA 2BIS, DL78/10 ANNO 2012	-334.678,00

IMPORTO FONDI ANNO 2012 AL NETTO DELLA RIDUZIONE DI CUI SOPRA**17.474.363,76**

Risorse di cui all'art. 52 c. 5 lett. b) del CCNL 8/6/2000 - 1% monte salari anno 1997

IMPORTO CHE NON SI CONSOLIDA NEI FONDI DELL'ANNO 2012

385.558,81

A) VERIFICA DELL'ENTITA' NUMERICA DI RIDUZIONE DEL PERSONALE NELL'ANNO 2012

DIRIGENZA MEDICA

N. DIP. 01/01/2012	833
N. DIP. 31/12/2012	851
DIFFERENZA	18

B) ESSENDO LA DIFFERENZA POSITIVA NON OCCORRE PROCEDERE CON L' ULTERIORE RIDUZIONE DEL FONDI

Riduzione riferita alla seconda parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, relativa alla riduzione del personale in servizio

0,00

IMPORTO FONDI ANNO 2012**17.859.922,57**

ALLEGATO B)

FONDO PER L'INDENNITA' DI SPECIFICITA' MEDICA, RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO TRATTAMENTO E INDENNITA' DI STRUTTURA COMPLESSA

FONDO ART. 9 C.C.N.L. 6/5/2010

ANNO 2012

Fondo costituito alla data del 31.12.2011	13.849.511,05
- risparmi R.I.A. personale cessato nell'anno 2011	0,00
+ risparmi RIA personale cessato nell'anno 2011 intera annualità	116.737,14
+ risparmi RIA personale cessato nell'anno 2012 pro quota	30.872,68
+ risparmi ASSEGNO PERSONALE personale cessato nell'anno 2012 pro quota	6.183,78

IMPORTO FONDO COSTITUITO IN BASE ALLE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI PER L'ANNO 2012

14.003.304,65

Riduzione riferita alla prima parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, per ricondurre l'importo del fondo dell'anno 2012 a quello dell'anno 2010

-334.678,00

IMPORTO FONDO ANNO 2010	13.591.695,70
IMPORTO FONDO ANNO 2012	14.003.304,65
DIFFERENZA FRA ANNO 2010 E ANNO 2012	-411.608,95
PRO QUOTA RIA 2010 NON RIPORTATA AL FONDO PRODUTTIVITA' 2011	76.930,95
RIDUZIONE PRIMA PARTE ART.9, COMMA 2BIS, DL78/10 ANNO 2012	-334.678,00

IMPORTO FONDO ANNO 2012 AL NETTO DELLA RIDUZIONE DI CUI SOPRA

13.668.626,65

A) VERIFICA DELL'ENTITA' NUMERICA DI RIDUZIONE DEL PERSONALE NELL'ANNO 2012

DIRIGENZA MEDICA

N. DIP. 01/01/2012	833
N. DIP. 31/12/2012	851
DIFFERENZA	18

B) ESSENDO LA DIFFERENZA POSITIVA NON OCCORRE PROCEDERE CON L' ULTERIORE RIDUZIONE DEL FONDO

Riduzione riferita alla seconda parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, relativa alla riduzione del personale in servizio

0,00

IMPORTO FONDO ANNO 2012

13.668.626,65

ALLEGATO C)

FONDO PER IL TRATTAMENTO ACCESSORIO LEGATO ALLE CONDIZIONI DI LAVORO

FONDO ART. 10 C.C.N.L. 6/5/2010

ANNO 2012

Fondo costituito alla data del 31.12.2011

2.526.445,64

IMPORTO FONDO PER L'ANNO 2012

2.526.445,64

Riduzione riferita alla prima parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, per ricondurre l'importo del fondo dell'anno 2011 a quello dell'anno 2010

0,00

IMPORTO FONDO ANNO 2010	2.526.445,64
IMPORTO FONDO ANNO 2012	2.526.445,64
DIFFERENZA FRA ANNO 2010 E ANNO 2012	0,00
RIDUZIONE PRIMA PARTE ART.9, COMMA 2BIS, DL78/10 ANNO 2011	0,00

IMPORTO FONDO ANNO 2012 AL NETTO DELLA RIDUZIONE DI CUI SOPRA

2.526.445,64

A) VERIFICA DELL'ENTITA' NUMERICA DI RIDUZIONE DEL PERSONALE NELL'ANNO 2012

DIRIGENZA MEDICA:

N. DIP. 01/01/2012	833
N. DIP. 31/12/2012	851
DIFFERENZA	18

B) ESSENDO LA DIFFERENZA POSITIVA NON OCCORRE PROCEDERE CON L' ULTERIORE RIDUZIONE DEL FONDO

Riduzione riferita alla seconda parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, relativa alla riduzione del personale in servizio

0,00

IMPORTO FONDO ANNO 2012

2.526.445,64

ALLEGATO D)

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA'
DELLE PRESTAZIONE INDIVIDUALE

FONDO ART. 11 C.C.N.L. 6/5/2010

ANNO 2012

Fondo consolidato alla data del 31.12.2011

1.279.291,47

IMPORTO FONDO PER L'ANNO 2012

1.279.291,47

Riduzione riferita alla prima parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, per ricondurre l'importo del fondo dell'anno 2011 a quello dell'anno 2010

0,00

IMPORTO FONDO ANNO 2010 AL NETTO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE	1.356.222,42
IMPORTO FONDO ANNO 2012 AL NETTO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE	1.279.291,47
IMPORTO FONDO ANNO 2011 DA METTERE A CONFRONTO CON FONDO ANNO 2010	1.279.291,47
DIFFERENZA FRA ANNO 2010 E ANNO 2011	-76.930,95
DIFFERENZA DA PORTARE IN DIMINUZIONE DELLA RIDUZIONE DEL FONDO FASCE	-76.930,95

IMPORTO FONDO ANNO 2012 AL NETTO DELLA RIDUZIONE DI CUI SOPRA

1.279.291,47

Risorse di cui all'art. 52 c. 5 lett. b) del CCNL 8/6/2000 - 1% monte salari anno 1997

IMPORTO CHE NON SI CONSOLIDA NEL FONDO DELL'ANNO 2012

385.558,81

A) VERIFICA DELL'ENTITA' NUMERICA DI RIDUZIONE DEL PERSONALE NELL'ANNO 2012

DIRIGENZA MEDICA

N. DIP. 01/01/2012	833
N. DIP. 31/12/2012	851
DIFFERENZA	18

B) ESSENDO LA DIFFERENZA POSITIVA NON OCCORRE PROCEDERE CON L' ULTERIORE RIDUZIONE DEL FONDO

Riduzione riferita alla seconda parte dell'art.9, comma 2 bis, D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, relativa alla riduzione del personale in servizio

0,00

IMPORTO FONDO ANNO 2012

1.664.850,28



VERBALE n. 7/2013

Oggi 03 ottobre 2013 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi si riunisce l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), costituito ex art. 14 del D.Lgs. 150/2009 con provvedimento del Direttore Generale n. 556 del 24.07.2013, modificato, per sostituzione di un componente, con provvedimento del Direttore Generale n. 637 del 20.09.2013, convocato per la data odierna con nota del Direttore Amministrativo.

Sono presenti:

Per l'O.I.V., il Prof. Stefano Manetti, componente con funzioni di Presidente dell'Organismo, la Dott.ssa Laura Cioni, componente, il Prof. Alessandro Viviani, componente;
per l'Azienda Ospedaliera Careggi, il Dott. Paolo Cordioli, Direttore Amministrativo. Prendono parte la Dott.ssa Ilaria Carli, collaboratore amministrativo professionale esperto dell'U.O. Controllo di Gestione, la Dott.ssa Eliana Gallo, collaboratore amministrativo professionale esperto dell'U.O. Amministrazione del Personale. Partecipa all'incontro in qualità di segretaria verbalizzante il collaboratore amministrativo professionale Giuliana Ceccarelli dell'U.O. Amministrazione del Personale.

Alle 14,00, riscontrata la presenza di tutta la componente, la seduta viene dichiarata aperta.

Argomento all'ordine del giorno:

- verifica dei risultati del budget 2012
- verifica dei risultati dei progetti affidati all'area comparto.

Il Direttore Amministrativo apre la seduta introducendo la presentazione della sintesi dei risultati del budget 2012 sia per quanto attiene le strutture sanitarie, sia per quelle amministrative e tecniche. Spiega che l'elaborazione dei dati costituenti le schede riepilogative delle strutture sanitarie è stata effettuata per Dipartimento ad Attività Integrata (DAI), non per singola struttura afferente allo stesso, mentre per le strutture afferenti al Dipartimento Direzione Sanitaria, essendo per loro natura di supporto ai dipartimenti di produzione e tenendo conto degli indirizzi della Direzione, è stato ritenuto di potere quantificare la valutazione su un valore pari all'88%, corrispondente alla performance media dei dipartimenti di linea. Introduce altresì, l'argomento relativo alla verifica dei progetti affidati al comparto.

Di seguito la Dott.ssa Carli, ricordando che la valutazione è stata fatta per DAI in considerazione delle modalità di negoziazione di budget, che è sempre avvenuta tra la Direzione Aziendale e i Direttori dei singoli dipartimenti, passa ad illustrare le schede di ogni singolo DAI. Relaziona che ad ogni direttore di DAI è stato mostrato il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo presente nella scheda di budget dipartimentale, sia a fini conoscitivi che per permettere di effettuare eventuali osservazioni e controdeduzioni. La percentuale di raggiungimento varia da un minimo del 78% ad un massimo del 98% con una media dell'88%. Premette che la valutazione si fonda su indicatori MES e aziendali. Rende evidente che il raggiungimento degli obiettivi è differenziato tra i diversi DAI; richiama l'attenzione sui Dipartimenti Diagnostica per immagini e Laboratorio,



che si pongono all'interno dell'organizzazione come strutture c.d. di servizi in ragione delle specifiche attività loro, i quali hanno raggiunto nel 2012 una percentuale maggiore rispetto ai restanti dipartimenti.

Di seguito viene illustrata la sintesi dei risultati raggiunti dalle strutture amministrative, tecniche, di quelle afferenti allo Staff della Direzione Generale e delle SOD afferenti al Dipartimento Direzione Sanitaria.

Chiude l'argomento il Direttore Amministrativo che rende note alcune specificità del sistema di budget fino ad oggi perseguito, come ad esempio la diversa assegnazione del personale che vede i dirigenti assegnati alle strutture e il personale di comparto alle c.d. aree di attività; informa che per il 2013 la valutazione potrà essere effettuata anche a livello di SOD. Per il 2014 la volontà della Direzione è di intraprendere un percorso che vedrà coinvolti sia i Direttori di DAI che quelli di SOD e dei collaboratori professionali sanitari (capo sala) delle singole Aree di Attività. Informa infine, che per il 2014 le schede di budget saranno implementate su una piattaforma informatica che permetterà di monitorare, anche mensilmente, il budget.

Si passa alla illustrazione dei progetti aziendali che vedono coinvolti il personale del comparto. I progetti sottoposti a verifica per il 2012 sono 5. Tutti i progetti tendono a premiare condizioni di lavoro particolari e disagiate, coniugate al raggiungimento di determinati obiettivi. L'erogazione dei premi ai singoli operatori coinvolti avviene sulla base di puntuali criteri di assegnazione, ad esempio quello relativo al numero di assenze dal servizio durante l'anno di riferimento.

I componenti dell'Organismo di Valutazione esaminata la documentazione relativa agli argomenti affrontati, prendono atto dell'evoluzione dinamica del processo di budget 2012 e del percorso che l'Azienda sta impostando per il 2013 e 2014, quindi, verificata la completezza del processo di valutazione dei risultati raggiunti nel 2012 approvano all'unanimità gli atti presentati, prendendo atto dei progetti area comparto.

Viene concordata la data del prossimo incontro per il giorno 14 novembre 2013 alle ore 14,00, durante il quale sarà affrontato l'argomento relativo alla impostazione del sistema di budget per l'anno 2014, e, a seguire, sarà illustrata la piattaforma aziendale messa nella rete intranet.

Alle ore 16,00 la seduta ha termine.

Letto, firmato e sottoscritto:

Per AOUC:

Il Direttore Amministrativo, Dott. Paolo Cordioli

Per l'O.I.V.:

Presidente, Prof. Stefano Manetti

Componente, Dott.ssa Laura Cioni

Componente, Prof. Alessandro Viviani

DAI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO FINALE OBIETTIVI BUDGET 2012
DAI ORTOPEDIA	78
DAI NEUROSCIENZE	80
DAI LABORATORIO	97
DAI CUORE E VASI	82
DAI SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE	82
DAI MATERNO INFANTILE	86
DAI ORGANI DI SENSO	90
DAI DEA	92
DAI BIOMEDICINA	87
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	98
DAI ONCOLOGIA	88
AGENZIA REG. MEDULLOLESI	98
MEDIA	88

**VERIFICA BUDGET 2012
DAI ORTOPEDIA**

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso obiettivi	raggiungimento %	raggiungimento punti
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	8,3%	6,5%	incremento	-21,3%	5	0%	0
		Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		10,6%	4,0%	165,0%	5	50%	2,5
Governore della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	% drg medici dimessi da reparti chir: DH	21,9%	8,9%	26,0%	-66%	3	100%	3
			governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	1,41	1,53	0,16	859%	3	0%	0
				degenza media pre-operatoria	1,56	1,21	1	21%	3	75%	2,25
				% fratture femore operate entro 2 gg	34%	66%	45%	47%	3	100%	3
				% dh con finalità diagnostica	49%	46%	17%	172%	2	0%	0
				% RO medici brevi	46%	42%	19,12%	118%	2	0%	0
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	6,4%	5,5%	3,52%	56%	3	75%	2,25		
		Governore dell'attività	governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici	3.137	3.514	mantenimento/ incremento	12,0%	3	100%	3
			appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	0,0%	2	0%	0
				non LEA medici	808	594	diminuzione	-26,5%	3	100%	3
governo volume attività ambulatoriale	n. prest. amb. per pz esterni in compensazione		92.753	83.739	mantenimento/ incremento	-9,7%	3	50%	1,5		
Governore delle risorse	25	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	159.008	62.231	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-60,9%	4	100%	4
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	5.770	4.420	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-23,4%	4	100%	4
			adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	1.350	1.150	mantenimento consumi UP/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-14,8%	3	100%	3
			prescrizione secondo indicazioni terapeutiche riconosciute	albumina		982/1347 (72,9%)	95% prescrizione per indicazioni terapeutiche riconosciute (sez a b e c del modulo richiesta)	-22,1%	3	0%	0
			riduzione spesa per l'uso degli antimicrobici iniettabili ad alto costo	ambisome, candidas, ecalta, mycamine	62.978	47.272	riduzione costi 10%	-24,9%	3	100%	3
			rispetto indicazione regionale per i fattori di crescita della serie bianca	gcsf filgrastim (biosimilare)		9/9UP (100%)	UP > 70 % filgrastim (biosimilare)	30%	4	100%	4
			rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare		95%	UP > 50%	45%	4	100%	4
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M		15 totali (1,7 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5
			implementazione delle buone pratiche pertinenti			22 totali (2,4 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5
						63%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato)			100%	SI	5	100%	5

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

78

**VERIFICA DI BUDGET 2012
DAI NEUROSCIENZE**

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	4,30%	1,90%	incremento	-55,81%	5	0%	0
			corretta codifica SDO	% drg non definiti		5,20%	4,00%	30,00%	5	75%	3,75
Governore della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	-0,19	-0,14	0,16	-186%	5	100%	5
			governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	degenza media pre-operatoria	1,62	1,57	1	57%	3	50%	1,5
				% dh con finalità diagnostica	53,62%	34,38%	17%	102%	3	0%	0
				% RO medici brevi	14,01%	12,18%	19,12%	-36%	5	100%	5
				% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	4,35%	5,94%	3,52%	69%	4	75%	3
		Governore dell'attività	governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici	1.322	1.259	mantenimento/ incremento	-4,8%	4	100%	4
			appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT			NV	
				non LEA medici	585	664	diminuzione	13,5%	3	50%	1,5
				governo volume attività ambulatoriale	valore prest. amb. per pz esterni in compensazione	674.164	643.079	mantenimento/ incremento	-4,6%	3	75%
			Governore delle risorse	25	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	8.446	10.595	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	25,4%
appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	6.640				4.520	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-31,9%	4	100%	4
adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	610				790	mantenimento consumi UP/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	29,5%	3	0%	0
riduzione spesa per l'uso degli antimicrobici iniettabili ad alto	ambisome, candidas, ecalta , mycamine	59.902				22.850	riduzione costi 10%	-61,9%	5	100%	5
rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare					15/17 UP (88,24%)	UP > 50%	38,24%	5	100%	5
uso secondo indicazioni terapeutiche approvate	immunoglobuline vena					8566/8713 (98%)	> 90% UP uso per indicazioni terapeutiche approvate (vedi modulo di richiesta ig vena)	8,00%	5	100%	5
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M	21 totali (2,1 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5	
					60 (6 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5	
			implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		79%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato)			100%	SI	5	100%	5

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

80

**VERIFICA BUDGET 2012
DAI LABORATORIO**

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	Valori attesi	LAB GEN		DIAGN GEN		MICROB		TRASFUS		SIEROL		SIC QUAL		ACCOGLIENZA		DAI				
					peso	% ragg.	peso	% ragg.	peso	% ragg.	peso	% ragg.	peso	% ragg.	peso	% ragg.	peso	% ragg.	peso	% ragg.			
Area di miglioramento	contributo al monitoraggio	produzione di reportistica per assorbimento prestazioni per interni	verifica livello di estrazione dei dati di attività	Miglioramento di attribuzione delle attività alle rispettive SOD dipartimentali	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	15	100%	10	100%			
			% laboratori collegati via Web con strutture richiedenti	Incremento	5	100%			15	100%			5	100%							5	100%	
	Miglioramento organizzativo	Unificazione Area Attività Infettivologica	Stesura e approvazione Progetto di unificazione	Riorganizzazione delle risorse strumentali e del personale							15	100%	15	100%							5	100%	
			Pubblicazione elenco esami su sito Internet aziendale	Elenco dipartimentale pubblicato	Miglioramento orientamento dell'utenza	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%							10	100%
Innovazione	Attivazione percorso Biobanca	Percorso di formazione del personale dedicato e inizio attività; organizzazione gruppo referenti a livello dipartimentale	N. campioni archiviati	10	70%	20	70%	10	70%	10	70%	5	70%					10	70%	10	70%		
Governo della produzione	Governo della produzione strategica e suo orientamento alla mission	Produzione di un elenco di prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza della richiesta	elenco	almeno 1 test	10	100%			5	100%	10	100%	5	100%			10	100%	5	100%			
			n. programmi VEQ attivi											25	100%							100%	
			n. laboratori che aderiscono a programmi di VEQ												20	100%							100%
		Implementazione analiti/prestazioni sottoposti a VEQ (partecipazione a programmi VEQ)	% di analiti/prestazioni sottoposti a VEQ	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%					10	100%
		Diffusione dei protocolli clinici	Incontri	5	100%			5	100%	5	100%	10	100%	10	100%	10	100%	20	100%	10	100%		
		Consulenza genetica pre-test	n. consulenze/esami pazienti					10	100%														100%
Governo delle risorse	Rispetto delle risorse assegnate in base alle attività	Mantenimento/miglioramento del rapporto tra costi e valore della produzione	costo medio a prestazione	mantenimento	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	10	100%	5	100%			
	Miglioramento produttività	Mantenimento/miglioramento del rapporto attività e ore lavorate	piani di lavoro / modello organizzativo di SOD Utilizzo di Telelavoro	presentazione e manutenzione dei piani di lavoro / modello organizzativo per il 2012 Contratti di telelavoro attivati	5	100%	20	100%	10	100%	5	100%	5	100%	5	100%	10	100%	10	100%			
		Coordinamento e gestione POCT aziendale	Attivazione rete informatica dei controlli di qualità			10	100%															100%	
Governo clinico ed accreditamento	Autorizzazione ed accreditamento	Rispetto del cronoprogramma	milestones di progetto	Calendario visite di certificazione	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%			
		Requisito accreditamento ME 2.2.1	Rispetto dei tempi di risposta concordati con i reparti campione	> 90%	5	100%			5	100%	5	100%	5	100%							5	100%	
Conformance al sistema aziendale	Miglioramento registrazione informatica dell'attività	Rappresentazione del Dipartimento all'interno e all'esterno dell'AOUC	Adozione modelli uniformi di rappresentazione	Referti / Carta istestata / Modulistica	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	15	100%	5	100%			
	Sviluppo del processo di budget	Negoziante interna con le SOD	Incontri di negoziazione/monitoraggio	almeno un incontro di negoziazione e 3 di monitoraggio	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%			

**VERIFICA DI BUDGET 2012
DAI CUORE E VASI**

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	0,80%	0,30%	incremento	-62,5%	5	0%	0
		Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		3,0%	4%	-1,0%	5	100%	5
Governore della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	-0,54	-0,51	0,16	-417%	3	100%	3
				% dh con finalità diagnostica	3,5%	2,1%	17%	-88%	3	100%	3
				% drg medici dimessi da reparti chir: DH	11,9%	6,7%	26%	-74%	3	100%	3
				% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	2,5%	2,4%	2,53%	-6%	3	100%	3
		governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	degenza media pre-operatoria	1,65	1,70	1	70%	2	25%	0,5	
			% interventi di riparazione valvola mitrale	61,0%	73,3%	64%	15%	3	100%	3	
			% RO medici brevi	23,6%	23,0%	19,12%	20%	3	75%	2,25	
		Governore dell'attività	governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici	2.813	2.799	mantenimento/ incremento	-0,5%	3	100%	3
			appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	0%	2	0%	0
				non LEA medici	777	650	diminuzione	-16,3%	3	100%	3
governo volume attività ambulatoriale	valore prest. amb. per pz esterni in compensazione	3.626.777	3.780.081	mantenimento/ incremento	4,2%	2	100%	2			
Governore delle risorse	25	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	115.136	55.830	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-51,5%	2	100%	2
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	8.800	7.360	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-16,4%	2	100%	2
			adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	1.120	1.010	mantenimento consumi UP/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-9,8%	2	100%	2
			prescrizione secondo indicazioni terapeutiche riconosciute	albumina		3798/4102 (93%)	95% prescrizione per indicazioni terapeutiche riconosciute (sez a b e c del modulo richiesta)	-2%	2	75%	1,5
			riduzione spesa per l'uso degli antimicotici iniettabili ad alto costo	ambisome, candidas, ecalta , mycamine	216.962	305.002	riduzione costi 10%	40,6%	2	0%	0
			rispetto indicazione regionale per i fattori di crescita della serie bianca	gcsf filgrastim (biosimilare)		43/43 UP (100%)	UP > 70 % filgrastim (biosimilare)	30%	2	100%	2
			rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare		911/1082 UP (84%)	UP > 50%	34,00%	3	100%	3
			rispetto indicazione regionale sulla via di somministrazione degli antibiotici	levofloxacina		4495/7643 UP (58%)	>55% up via orale	3,00%	3	100%	3
			adesione indicazioni regionali uso statine	simvastatina e atorvastatina		25782/26174 UP (99%)	98% UP simvastatina e atorvastatina	1%	3	100%	3
			adesione indicazioni regionali uso dei sartani	losartan e valsartan		8085/8589 UP (94%)	98% UP losartan e valsartan	-4%	2	75%	1,5
			rispetto indicazione regionale uso filgrastim	filgrastim biosimilare		43/43 UP (100%)	> 90 % UP	10%	2	100%	2
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M	8 (0,4 per SOD)	1 audit per SOD	42%	5	50%	2,5	
					10 (0,5 per SOD)	2 M&M per SOD	26%	5	25%	1,25	
			implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		68%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato)			100%	SI	5	100%	5

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

82

VERIFICA BUDGET 2012											
DAI SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE											
Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	2%	3%	incremento	69%	5	25%	1,25
		Tempestività e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		6%	4%	48%	5	75%	3,75
Governore della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	% RO medici brevi	9,1%	9,7%	19,12%	-49%	4	100%	4
			governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	1,25	0,52	0,16	222%	3	25%	0,75
				degenza media pre-operatoria	1,18	1,31	1	31%	3	75%	2,25
				% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	3,6%	3,0%	3,52%	-15%	3	100%	3
				% dh con finalità diagnostica	44,1%	35,6%	17%	110%	3	0%	0
		% drg medici dimessi da reparti chir: DH	71,0%	64,0%	26%	146%	3	0%	0		
		Governore dell'attività	governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici	869	867	mantenimento/incremento	0%	4	100%	4
			appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	NV			
				non LEA medici	967	826	diminuzione	-15%	4	100%	4
		governo volume attività ambulatoriale	valore prest. amb. per pz esterni in compensazione	5.382.524	5.415.093	mantenimento/incremento	1%	3	100%	3	
Governore delle risorse	25	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	335.372	157.814	riduzione consumi 30%/90% UP utilizzo modulo richiesta	-53%	2	100%	2
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	293.092	126.412	mantenimento consumi UP/95% UP utilizzo modulo richiesta	-57%	2	100%	2
			adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	122.848	154.354	mantenimento consumi UP/90% UP utilizzo modulo richiesta	26%	2	0%	0
			prescrizione secondo indicazioni terapeutiche riconosciute	albumina		8806/10452 (84%)	95% prescrizione per indicazioni terapeutiche riconosciute (sez a b e c del modulo richiesta)	-11%	2	25%	0,5
			riduzione spesa per l'uso degli antimicrobici iniettabili ad alto costo	ambisome, cencidas, ecalta, mycamine	672.328	375.886	riduzione costi 10%	-44%	2	100%	2
			rispetto indicazione regionale per i fattori di crescita della serie bianca	gcsf filgrastim (biosimilare)		412/412 UP (100%)	UP > 70 % filgrastim (biosimilare)	30%	2	100%	2
			rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare		2201/4310 UP (51%)	UP > 50%	1%	2	100%	2
			rispetto indicazione regionale sulla via di somministrazione degli antibiotici	levofloxacina		7370/12968 UP (55%)	>55% up via orale	2%	2	100%	2
			adesione indicazioni regionali uso statine	simvastatina e atorvastatina		7292/7488 UP (98%)	98% UP simvastatina e atorvastatina	-0,6%	2	100%	2
			adesione indicazioni regionali uso dei sartani	losartan e valsartan		3600/3850 UP (94%)	98% UP losartan e valsartan	-4%	2	75%	1,5
			rispetto indicazione regionale uso filgrastim	filgrastim biosimilare		412/412 UP (100%)	> 90 % UP	10%	2	100%	2
			uso secondo indicazioni terapeutiche approvate	immonoglobuline vena		1256/1384 (91%)	> 90% UP uso per indicazioni terapeutiche approvate (vedi modulo di richiesta ig vena)	0,8%	3	100%	3
			Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M	47 totali (2,8 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5
130 totali (7,6 per SOD)	2 M&M per SOD	SI						5	100%	5	
implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione					68%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato).			100%	SI	5	100%	5

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

82

**VERIFICA BUDGET 2012
DAI MATERNO INFANTILE**

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso/raggiungimento	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti	
Area di sviluppo/miglioramento	25	Riorganizzazione aziendale	partecipazione/ adesione al progetto di riorganizzazione	cronoprogramma			rispetto del cronoprogramma	SI	15	100%	15	
		Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	1,8%	2,1%	incremento	17%	5	25%	1,25	
		Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		3,4%	4%	-0,6%	5	100%	5	
Governore della produzione	35	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	% dh con finalità diagnostica	9,3%	0,0%	17%	-100%	3	100%	3	
				% cesarei depurato		20,67%	15%	38%	4	0%	0	
				% RO medici brevi	26,7%	23,7%	19,12%	24%	3	75%	2,25	
				% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	4,9%	0,0%	3,52%	-100%	3	100%	3	
				indice di performance di degenza media	0,78	0,55	0,16	246%	3	25%	0,75	
		Governore dell'attività	governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	degenza media pre-operatoria (solo su drg ginecologici)	1,23	1,13	1	13%	3	100%	3	
				governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici	2.118	2.159	mantenimento/ incremento	2%	4	100%	4
				appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	80%	4	80%	3,2
					non LEA medici	385	412	diminuzione	7%	4	75%	3
				governo volume attività ambulatoriale	n. prest. amb. per pz esterni in compensazione	74.155	86.069	mantenimento/ incremento	16%	4	100%	4
Governore delle risorse	5	Appropriatezza dei consumi	appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	1.480	1.500	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	1,4%	3	75%	2,25	
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	teicoplanina	4.415	4.461	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	1,0%	2	75%	1,5	
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M		12 totali (1,7 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5	
						24 totali (3,4 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5	
					implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		72%	mantenimento 50%	SI	5	100%
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5	
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5	
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5	
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz.)			100%	SI	5	100%	5	

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

86

**VERIFICA BUDGET 2012
DAI ORGANI DI SENSO**

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Peso	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti		
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria	5	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	14%	12%	incremento	-10%	5	50%	2,5		
		Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	5	corretta codifica SDO	% drg non definiti		4%	4%	3%	5	100%	5		
Governore della produzione	45	Rispetto delle performance proposte dal MES	25	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	0,01	-0,26	0,16	-265%	5	100%	5		
					degenza media pre-operatoria	0,57	0,44	1	-56%	4	100%	4		
					% dh con finalità diagnostica	1,01%	1,92%	17%	-89%	4	100%	4		
					% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	1,7%	0,6%	3,52%	-83%	4	100%	4		
		Governo dell'attività	20	governo volume attività ricoveri	20	governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	% RO medici brevi	56,5%	31,7%	19,12%	66%	4	25%	1
							% drg medici dimessi da reparti chir: DH	9,4%	5,4%	26%	-79%	4	100%	4
							RO programmati chirurgici + DH chirurgici	3.343	3.520	mantenimento/incremento	5%	5	100%	5
		approprietezza del regime ricovero	non LEA chirurgici	rispetto standard delibera RT	40%	5	40%	2						
				non LEA medici	638	455	diminuzione	-29%	5	100%	5			
		governo volume attività ambulatoriale	valore prest. amb. per pz esterni in compensazione	6.251.709	6.083.327	mantenimento/incremento	-3%	5	75%	3,75				
Governore delle risorse	10	Appropriatezza dei consumi	10	monitoraggio pz non eleggibili AIFA	lucentis e macugen			monitoraggio	SI	5	100%	5		
					monitoraggio trattamenti off label	lucentis e macugen			monitoraggio	SI	5	100%	5	
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	15	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M		13 totali (1,2 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5		
							23 totali (2,1 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5		
						implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		84,0%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	20	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5		
								90%	SI	5	100%	5		
								2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5		
								100%	SI	5	100%	5		

100

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

90

VERIFICA BUDGET 2012

DAI DEA

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti	
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	11%	12,40%	incremento	13%	5	100%	5	
		Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		2,0%	4%	-50%	5	100%	5	
Governore della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	2,5%	2,6%	3,52%	-27%	2	100%	2	
				% RO medici brevi	17,3%	18,1%	19,12%	-5%	3	100%	3	
				degenza media pre-operatoria	0,47	0,40	1	-60%	3	100%	3	
				% drg medici dimessi da reparti chir: DH	19,3%	9,9%	26%	-62%	3	100%	3	
				indice di performance di degenza media	-0,70	-0,99	0,16	-721%	3	100%	3	
				% Colectomie laparoscopiche in Day Surgery	66,3%	76,6%	61%	25%	3	100%	3	
		Governo dell'attività	governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	% Appendicectomie urgenti in Laparoscopia per donne 15-49 anni	92,1%	98,0%	80%	23%	2	100%	2	
				% dh con finalità diagnostica	22,1%	6,8%	17%	-60%	3	100%	3	
				governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici + DH chirurgici	3.861	3.904	mantenimento/ incremento	1%	2	100%	2
				appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	0%	2	0%	0
governo volume attività ambulatoriale	non LEA medici	981	952	diminuzione	-3%	2	100%	2				
		valore prest. amb. per pz esterni in compensazione	2.296.365	2.353.565	mantenimento/ incremento	2%	2	100%	2			
Governore delle risorse	25	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	137.433	71.192	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-48%	2	100%	2	
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	12960	8560	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-34%	2	100%	2	
			adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	1.700	3.060	mantenimento consumi UP/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	80%	2	0%	0	
			prescrizione secondo indicazioni terapeutiche riconosciute	albumina		2254/2424 (93%)	95% prescrizione per indicazioni terapeutiche riconosciute (sez a b e c del modulo richiesta)	-2%	2	75%	1,5	
			riduzione spesa per l'uso degli antimicotici iniettabili ad alto costo	ambisome, candidas, ecalta, mycamine	380.882	361.723	riduzione costi 10%	-5%	2	100%	2	
			rispetto indicazione regionale per i fattori di crescita della serie bianca	gcsf filgrastim (biosimilare)		341/342 UP (100%)	UP > 70 % filgrastim (biosimilare)	30%	2	100%	2	
			rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare		1126/1357 UP (83%)	UP > 50%	33%	2	100%	2	
			rispetto indicazione regionale sulla via di somministrazione degli antibiotici	levofloxacina		11640/18482 UP (63%)	>55% up via orale	8%	2	100%	2	
			adesione indicazioni regionali uso statine	simvastatina e atorvastatina		17018/17774 UP (96%)	98% UP simvastatina e atorvastatina	-2%	3	75%	2,25	
			adesione indicazioni regionali uso dei sartani	losartan e valsartan		8827/9667 UP (91%)	98% UP losartan e valsartan	-7%	2	50%	1	
			rispetto indicazione regionale uso filgrastim	filgrastim biosimilare		341/341 UP (100%)	> 90 % UP	10%	2	100%	2	
			uso secondo indicazioni terapeutiche approvate	immunoglobuline vena		548/796 (69%)	> 90% UP uso per indicazioni terapeutiche approvate (vedi modulo di richiesta ig vena)	-21%	2	0%	0	
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M	75 totali (3,1 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5		
					130 totali (5,4 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5		
			implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		79%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5	
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5	
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5	
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5	
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato)			100%	SI	5	100%	5	

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

92

VERIFICA BUDGET 2012

DAI BIOMEDICINA

Obiettivi strategici Area di sviluppo/miglioramento	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti
sviluppo/miglioramento	5	Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		5,6%	4%	40%	5	75%	3,75
Governo della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	% RO medici brevi	7,65%	10,61%	19,12%	-45%	5	100%	5
			governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	2,72	0,85	0,16	432%	5	0%	0
				% dh con finalità diagnostica	18,80%	11,33%	17%	-33%	4	100%	4
				% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	5,99%	3,01%	3,52%	-15%	4	100%	4
		Governo dell'attività	governo volume attività ricoveri	RO programmati medici	875	883	mantenimento/ incremento	1%	4	100%	4
			appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT		NV		
				non LEA medici	575	563	diminuzione	-2%	4	100%	4
governo volume attività ambulatoriale	n. prest. amb. per pz esterni in compensazione	147.202	170.589	mantenimento/ incremento	16%	4	100%	4			
Governo delle risorse	30	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	45.211	19.544	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-57%	2	100%	2
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	12.340	8.740	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-29%	2	100%	2
			adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	1.790	1.430	mantenimento consumi UP/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-20%	2	100%	2
			prescrizione secondo indicazioni terapeutiche riconosciute	albumina		882/1041 (85%)	95% prescrizione per indicazioni terapeutiche riconosciute (sez a b e c del modulo richiesta)	-10,3%	3	25%	0,75
			riduzione spesa per l'uso degli antimicrobici iniettabili ad alto costo	ambisome, candidas, ecalta, mycamine	613.076	565.722	riduzione costi 10%	-8%	3	100%	3
			rispetto indicazione regionale per i fattori di crescita della serie bianca	gcsf filgrastim (biosimilare)		2415/2495 UP (97%)	UP > 70 % filgrastim (biosimilare)	27%	2	100%	2
			rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare		208/289 UP (72%)	UP > 50%	22%	2	100%	2
			rispetto indicazione regionale sulla via di somministrazione degli antibiotici	levofloxacina		5540/8220 UP (67%)	>55% up via orale	12%	2	100%	2
			adesione indicazioni regionali uso statine	simvastatina e atorvastatina		4718/4802 UP (98%)	98% UP simvastatina e atorvastatina	0%	3	100%	3
			adesione indicazioni regionali uso dei sartani	losartan e valsartan		3080/3752 UP (82%)	98% UP losartan e valsartan	-16%	3	0%	0
			rispetto indicazione regionale uso filgrastim	filgrastim biosimilare		2415/2415 UP (100%)	> 90 % UP	2%	3	100%	3
			uso secondo indicazioni terapeutiche approvate	immunoglobuline vena		11843/12123 (98%)	> 90% UP uso per indicazioni terapeutiche approvate (vedi modulo di richiesta ig vena)	8%	3	100%	3
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M	55 totali (4,2 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5	
					95 totali (7,3 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5	
			implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		74%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	3	100%	3
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	3	100%	3
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	3	100%	3
				tempi risposta: istologico, pezzi operatori		14 gg	15 gg	-7%	4	100%	4
				tempi di risposta: citologico		tempi medi: 6,5 gg ; < 5 giorni: 28%	5 gg	-41%	4	50%	2
				tempi di risposta: biologia molecolare, fish		10,3 gg	30 gg	-67%	3	100%	3

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

87

**VERIFICA BUDGET 2012
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

Aree di miglioramento	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	Valori attesi	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti	
Governo della produzione	Omogeneità risultati diagnostici, ottimizzati (best practice) e aderenti ai quesiti clinici (appropriatezza)	Riproducibilità e confrontabilità esami TC	Definizione protocolli diagnostici per patologia condivisi	Aggiornamento Protocolli Dipartimentali per Esecuzione Indagini TC	Presenza dei protocolli Dipartimentali per Esecuzione Indagini TC	5	100%	5	
		Definizione percorsi diagnostico-terapeutici condivisi	Elaborazione di linee guida condivise per pazienti afferenti alla Radiodiagnostica d'Emergenza	Aggiornamento Documento sul percorso diagnostico dei pazienti con ARDS	Presenza Documento	1	100%	1	
				Aggiornamento Documento sul percorso diagnostico dei pazienti con sospetta Embolia Polmonare	Presenza Documento	1	100%	1	
				Aggiornamento Documento sul percorso diagnostico dei pazienti politraumatizzati	Presenza Documento	1	100%	1	
				Aggiornamento Documento sul percorso diagnostico delle pazienti in gravidanza	Presenza Documento	1	100%	1	
	Omogeneità presa in carico dei pazienti interni (Centralizzazione della programmazione delle indagini diagnostiche)	Definizione Agende Unificate per Metodiche con carichi di lavoro condivisi	Diffusione Aziendale dell'applicativo di richiesta via WEB delle indagini di diagnostica per immagini (EOTW)	Numero di Agende Create su Applicativo RIS	80% delle Diagnostiche Dipartimentali gestite attraverso Agende Elettroniche RIS	5	100%	5	
				Sopralluogo e verifica inserimento applicativo su PC Aziendali delle singole SOD	100% SOD connesse con EOTW su SOD complessive di degenza	3	100%	3	
				Formazione Utenti	100% SOD connesse con EOTW su SOD complessive di degenza	3	100%	3	
				Uniformità preparazioni	Definizione preparazioni omogenee condivise	Presenza Documenti Dipartimentali per Preparazione all'esecuzione di indagini di diagnostica per immagini	5	80%	4
		Omogeneità presa in carico dei pazienti afferenti al Dipartimento di Diagnostica per Immagini	Definizione Agende Unificate per Metodiche con carichi di lavoro condivisi	Attivazione e gestione percorsi di prenotazione diretta pazienti provenienti da ambulatori AQUC	Numero di Agende Create su Applicativo RIS	80% dell'attività diagnostica gestita attraverso agende RIS centralizzate	3	100%	3
					Gestione Agende Prenotazione Diretta Ambulatorio Oncologia Medica	Prenotazione Diretta Attivata	1	100%	1
					Gestione Agende Prenotazione Diretta Ambulatorio Radioterapia	Prenotazione Diretta Attivata	1	100%	1
					Gestione Agende Prenotazione Diretta Ambulatorio DH Radioterapia e Farmacologia Oncologica	Prenotazione Diretta Attivata	1	100%	1
					Gestione Agende Prenotazione Diretta Ambulatorio Ortopedia	Prenotazione Diretta Attivata	3	100%	3
					Gestione Agende Prenotazione Diretta GOM ORL	Prenotazione Diretta Attivata	1	100%	1
					Gestione Agende Prenotazione Diretta Ambulatorio Ematologia	Prenotazione Diretta Attivata	1	100%	1
					Gestione Agende Prenotazione Diretta GOM Neuro-oncologico	Prenotazione Diretta Attivata	3	100%	3
					Gestione Agende Prenotazione Diretta Traumatologia Maxillo facciale	Prenotazione Diretta Attivata	3	100%	3

				Gestione Agende Prenotazione Diretta GOM GASTROENTERICO	Prenotazione Diretta Attivata	3	100%	3
				Gestione Agende Prenotazione Diretta Ortopedia Oncologica	Prenotazione Diretta Attivata	3	100%	3
			Dimissioni protette	corretta gestione delle prestazioni da erogare in regime di dimissione protetta	Corretta gestione del flusso da EOTW	4	100%	4
			Uniformità preparazioni	Definizione e aggiornamento preparazioni omogenee condivise	Presenza Documenti Dipartimentali per Preparazione all'esecuzione di indagini di diagnostica per immagini	5	80%	4
Miglioramento delle performance diagnostiche in rapporto alle risorse disponibili		Monitoraggio Tempi di Risposta per pazienti afferenti al Pronto	Valutazione statistica dei tempi di attesa radiologica (arrivo richiesta-firma referto) per codice / metodica /	Produzione di Report Dipartimentali da RIS	Monitoraggio	2	100%	2
		Monitoraggio Tempi di Risposta per pazienti interni	Valutazione statistica dei tempi di attesa radiologica (arrivo richiesta-firma referto) per codice / metodica /	Produzione di Report Dipartimentali da RIS	Mantenimento standard tempi di risposta	2	100%	2
		Monitoraggio Tempi di Risposta per pazienti esterni oncologici	Valutazione statistica dei tempi di attesa radiologica (arrivo richiesta-firma referto) per codice / metodica /	Produzione di Report Dipartimentali da RIS	Monitoraggio	2	100%	2
Governo delle risorse	Appropriatezza dei consumi	Riduzione spesa per Documentazione Esami	Riduzione Utilizzo Documentazione su Pellicola	Spesa Annuale per Pellicole Radiografiche	Riduzione del 50% della spesa 2012 vs storico 2010	8	100%	8
		Controllo spesa per MDC iodati	Contenimento spesa unitaria per grammo di Iodio	Costo unitario grammo Iodio	Partecipazione al processo	3	100%	3
			Riduzione volumi utilizzo mezzo di contrasto a parità di prestazioni eseguite su TC ad elevata	Volume Utilizzato / Prestazioni contrastografiche (Valore Pesato)	Riduzione del 20% rispetto al 2010	3	100%	3
	Gestione Risorse Strumentali	Definizione Carichi di Lavoro Massimi Teorici per Diagnostica	Aggiornamento Documento Dipartimentale Carichi di Lavoro in funzione apertura nuove diagnostiche	Documento Dipartimentale Carichi di Lavoro	Presenza Documento Dipartimentale	3	100%	3
		Monitoraggio % Utilizzo Diagnostiche	Rilievo Statistico Dati RIS - Orari Ufficiali	Rapporto Volume Diagnostica / Volume teorico massimo	Monitoraggio	3	100%	3
	Gestione Risorse Professionali	Definizione carichi di lavoro standard per radiologo/metodica/unità	Aggiornamento Documento Dipartimentale Carichi di Lavoro	Documento Dipartimentale Carichi di Lavoro	Presenza Documento Dipartimentale	3	100%	3
		Monitoraggio Attività Oraria Media Personale Medico	Rilievo Statistico Dati RIS	Rapporto Volume di Attività Pesato / Ore Lavorate	Monitoraggio	3	100%	3
		Contenimento dei costi per l'attività PIC	Uniformazione costi attività incentivante alla tariffa negoziata per polo alta produttività	Spesa Annuale per Attività PIC / Volume Prestazioni erogate (Valore pesato)	Almeno = 1	3	100%	3
		Contenimento costo unitario prestazioni rispetto al valore teorico nomenclatore tariffario	Monitorare il costo medio per esame diagnostico prodotto	Rapporto Prodotto / Costo	Monitoraggio	3	100%	3
Governo clinico ed accreditamento	Autorizzazione ed accreditamento	Rispetto del cronoprogramma	Produzione Documenti Richiesti	Milestones di progetto	Presenza Documenti Richiesti	1	100%	1
Conformance al sistema aziendale		Rispetto delle procedure di inserimento dati	Tempestività e correttezza nell'inserimento dati	Aggiornamento e procedura per controllo anagrafico alla prenotazione e/o accettazione	Procedura Dipartimentale	3	100%	3
		Sviluppo del processo di budget	Negoziante interna con le SOD	Incontri di negoziazione/ monitoraggio	Effettuazione incontri	1	100%	1

**VERIFICA BUDGET 2012
DAI ONCOLOGIA**

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti	
Area di sviluppo/miglioramento	10	Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30	15,1%	14,4%	incremento	-4,6%	5	50%	2,5	
		Tempestività e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		3,6%	4%	-10%	5	100%	5	
Governore della produzione	25	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media	0,00	-0,20	0,16	-223%	3	100%	3	
				degenza media pre-operatoria	1,00	0,95	1	-5%	2	100%	2	
				% Appendicectomie urgenti in Laparoscopia per donne 15-49	100%	94%	80%	18%	2	100%	2	
				% dh con finalità diagnostica	1,2%	0,8%	17%	-95%	2	100%	2	
				% drg medici dimessi da reparti chir: DH	50,3%	50,0%	26%	92%	2	0%	0	
				% Colectomie laparoscopiche in Day Surgery	32,1%	51,8%	61,22%	-15%	2	75%	1,5	
		Governore dell'attività	governo degli indicatori NON in linea con gli obiettivi regionali	% RO medici brevi	42,7%	44,2%	19,20%	130%	2	0%	0	
				% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	6,4%	7,0%	3,52%	99%	2	75%	1,5	
				governo volume attività ricoveri	RO programmati chirurgici	4.579	4.548	mantenimento/ incremento	-0,7%	2	100%	2
				appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	0%	2	0%	0
		governo volume attività ambulatoriale	n. prest. amb. per pz esterni in compensazione	4.120.622	4.261.005	diminuzione	-6,2%	2	100%	2		
Governore delle risorse	30	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	103.700	38.189	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-63,2%	3	100%	3	
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	5.430	3.030	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-44,2%	3	100%	3	
			adesione alle indicazioni di registrazione	tigeciclina	1.190	970	mantenimento consumi UP/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	-18,5%	3	100%	3	
			prescrizione secondo indicazioni terapeutiche riconosciute	albumina		2420/5042 (48%)	95% prescrizione per indicazioni terapeutiche riconosciute (sez a b e c del modulo richiesta)	143%	3	0%	0	
			riduzione spesa per l'uso degli antimicotici iniettabili ad alto costo	ambisome, candidas, ecalta, mycamine	174.600	120.685	riduzione costi 10%	-30,9%	4	100%	4	
			rispetto indicazione regionale per i fattori di crescita della serie bianca	gcsf filgrastim (biosimilare)		321/ 426 UP (75%)	UP > 70 % filgrastim (biosimilare)	5%	4	100%	4	
			rispetto indicazione regionale uso biosimilari	epo biosimilare		219/291 UP (75%)	UP > 50%	25%	3	100%	3	
			rispetto indicazione regionale sulla via di somministrazione degli antibiotici	levofloxacina		10500/13214 UP (79%)	>55% up via orale	24%	4	100%	4	
			rispetto indicazione regionale uso filgrastim	filgrastim biosimilare		321/321 UP (100%)	> 90 % UP	10%	3	100%	3	
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M		50 totali (2,8 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5	
						105 totali (5,8 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5	
			implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		75%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5	
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5	
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5	
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5	
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato)			100%	SI	5	100%	5	

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

88

VERIFICA BUDGET 2012
AGENZIA REGIONALE PER LA CURA DEL MEDULLOLESO

Obiettivi strategici	Peso	Obiettivi operativi	Azioni	Indicatori	valore 2011	valore 2012	Valori attesi	Delta vs valore atteso	Peso	raggiungimento %	raggiungimento punti
Area di sviluppo/miglioramento	20	Efficienza sala operatoria	ottimizzazione utilizzo della sala operatoria	% inizio seduta operatoria entro 8.30 (neurourologia)	24,70%	26,30%	incremento	6,5%	10	100%	10
		Tempestiva e completa codifica attività sanitarie	corretta codifica SDO	% drg non definiti		0,0%	4%	-100%	10	100%	10
Governo della produzione	30	Rispetto delle performance proposte dal MES	governo degli indicatori in linea con gli obiettivi regionali	indice di performance di degenza media (neurourologia)	-1,40	-1,62	0,16	-1115%	10	100%	10
				degenza media pre-operatoria (neurourologia)	1,03	1,04	1	4%	5	100%	5
		Governo dell'attività	governo volume attività ricoveri	gg degenza	11.709	12.526	mantenimento/ incremento	7,0%	5	100%	5
			appropriatezza del regime ricovero	non LEA chirurgici			rispetto standard delibera RT	0%	NV	0%	
				non LEA medici	48	36	diminuzione	-25,0%	5	100%	5
governo volume attività ambulatoriale	n. prest. amb. per pz esterni in compensazione	11.636	12.244	mantenimento/ incremento	5,2%	5	100%	5			
Governo delle risorse	15	Appropriatezza dei consumi	adesione linee guida profilassi	teicoplanina	2.813	5.488	riduzione consumi 30%/ 90% UP utilizzo modulo richiesta	95,1%	5	50%	2,5
			appropriatezza uso antibiotici in profilassi e terapia	meropenem	790	600	mantenimento consumi UP/ 95% UP utilizzo modulo richiesta	-24,1%	5	100%	5
			monitoraggio terapie specifiche	tossina botulinica			monitoraggio utilizzo 2012 vs 2011	SI	5	100%	5
Gestione del rischio	15	Sviluppo del modello aziendale di gestione del rischio	attività di revisione degli eventi avversi	effettuazione audit e M&M		15 totali (5 per SOD)	1 audit per SOD	SI	5	100%	5
						46 totali (15,3 per SOD)	2 M&M per SOD	SI	5	100%	5
			implementazione delle buone pratiche pertinenti	buone pratiche secondo standard di attestazione		79%	mantenimento 50%	SI	5	100%	5
Accreditamento	20	Rispetto delle performance DPG n.61/R del 24.12.2010	governo degli indicatori di performance DPG 61/2010	% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica			2 report/anno di valutazione su campione di cartelle cl. sull'uso corretto del protocollo scelto da monitorare	SI	5	100%	5
				% di nuovi inseriti valutati dopo il programma di inserimento			90%	SI	5	100%	5
				% report di valutazione della correttezza cartelle cliniche			2 report di valutazione all'anno (1/semestre) x SOD su campione di cartelle cl.	SI	5	100%	5
				% di schede proposta di interv. chir. compilate correttamente dal chirurgo (compreso cod. di priorità e setting assistenz. appropriato)			100%	SI	5	100%	5

100

100

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET 2012

98

VERIFICA DI BUDGET 2012
% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI

DAI Direzione sanitaria	ANNO 2012
SOD FARMACOLOGIA	88 (media DAI SANITARI)
SOD FARMACIA	
SOD FISICA SANITARIA	
SOD MEDICINA LEGALE	
SOD TOSSICOLOGIA FORENSE	
SOD MEDICINA DEL LAVORO	
DIREZIONE DI PRESIDIO	
UO SERVIZIO INFERMIERISTICO OSTETRICO AZIENDALE	
UO SERVIZIO TECNICO SANITARIO AZIENDALE	
HTA	
Dipartimento Amministrativa	
UO AMMINISTRAZIONE GIURIDICA DEL PERSONALE	95
UO AMMINISTRAZIONE ECONOMICA DEL PERSONALE	49
UO CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	93
UO CONTABILITA' ANALITICA E REPORTING ECONOMICO	93
UO AFFARI LEGALI	100
UO AFFARI GENERALI	86,5
UO GESTIONE ATTIVITA' LIBERA PROFESSIONE	87,5
UO SERVIZIO AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO	91,5
Dipartimento Tecnico	
UO PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO	88
UO REALIZZAZIONI	88
UO PROGETTAZIONE	89,5
UO FACILITY MENAGEMENT	88
Staff della Direzione Generale	
UO PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE	88 (media DAI SANITARI)
UO CONTROLLO DI GESTIONE	
UO SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	
UO COMUNICAZIONE INTEGRATA E URP	
UO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	
UO FORMAZIONE	
UO POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDALCALI	
SOD CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI	
UO ACCREDITAMENTO QUALITA' E MIGLIORAMENTO	
UO LABORATORIO PER LE ATTIVITA' DI STUDIO E RICERCA APPLICATA DEL CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PZ	
DIPINT	
DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE INTEGRATO	93