



DOCUMENTO DI DIRETTIVE

Linee operative per il Budget 2015-2016

Indice

1.	Presentazione: gli obiettivi 2015 - 2016	pag	3
2.	L'attrazione	pag	6
3.	Il sistema degli indicatori	pag	8
	3.1 I risultati 2013 del Programma Nazionale Esiti		
	3.2 I risultati 2013 del Progetto Bersaglio		
	3.3 Gli indicatori monitorati nella Scheda di Budget 2015		
4.	La degenza media	pag	16
5.	La Week Surgery	pag	19
6.	Le Sale Operatorie	pag	20
	6.1 La Torre di Controllo		
7.	Le liste d'attesa	pag	23
	7.1 Il registro dei ricoveri ospedalieri		
	7.2 L'attività specialistica ambulatoriale		
	7.3 Le prestazioni traccianti		
	7.4 Le classi di priorità		
	7.5 La rilevazione dei tempi		
8.	Umanizzazione, qualità e sicurezza	pag	29
	8.1 La sicurezza del Paziente		
	8.2 Sicurezza e qualità dell'attività amministrativa		
9	La Scheda di Budget per le Unità Operative	pag	32
10	La Scheda di Budget per i Direttori dei Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI)	pag	37
11	Gli obiettivi assegnati al Personale del Comparto	pag	38
12	La valutazione della Performance	pag	38
13	Dipartimenti ad Attività Integrata: i criteri di valutazione	pag	39
14	Tempi e modalità del Processo di Budget 2015	pag	42

1. Presentazione: gli obiettivi 2015-2016

Il modello di programmazione sanitaria che il nostro paese ha adottato è tipicamente "a cascata": le indicazioni del Ministero della Salute, di norma contenute nei *Piani Sanitari Nazionali* e nei *Patti per la Salute*, vengono riprese a livello regionale, integrate alla luce delle specifiche condizioni socio-demografiche, e quindi diffuse capillarmente alle aziende sanitarie.

I macro-obiettivi individuati dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, costituiscono le grandi direttrici lungo le quali si muove la programmazione regionale per assegnare gli obiettivi annuali alle Aziende Sanitarie.

Con la DGRV n. 2525 del 23/12/2014 la Regione Veneto ha individuato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie del Veneto per l'anno 2015, sintetizzati in sei aree fondamentali.

Ogni area è suddivisa in vari obiettivi e conseguenti indicatori di performance. Gli obiettivi, inseriti in una griglia di pesature, ricalcano le priorità definite a livello regionale:

DGRV n 2525/2014: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2015

	Punti disponibili
A) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e programmazione dell'organizzazione degli uffici	6
A.3 Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 PSSR 2012-2016	6
B) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate	3
B.1 Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale, come indicato dai documenti dell'Osservatorio Prezzi (OPRVE)	1
B.2 Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende	1
B.3 Applicare le nuove politiche di Assicurazione	1
C) Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi	26
C.3 Appropriatelyzza delle cure ospedaliere	7
C.4 Ottimizzazione della Rete Oncologia ed attivazione delle Breast Unit	1
C.5 Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	2
C.6 Aumento dell'efficienza nell'impiego delle Sale Operatorie	4
C.7 Organizzazione dell'Attività Chirurgica	2
C.8 Indicatori di Appropriatelyzza Prescrittiva	3
C.9 Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	7
D) Equilibrio Economico	30
D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi	20
D.2 Equilibrio Economico-Finanziario	10
E) Liste d'Attesa	8
E.1 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	7
E.2 Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	1
F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario	7
F.1 Adempimenti Questionario LEA	1
F.2 Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)	1
F.4 Qualità dei flussi informativi relativi ai beni Sanitari	1
F.7 Completezza e Tempestività del flusso SDO	4
	80

Balza subito all'occhio come la pesatura maggiore sia stata assegnata agli obiettivi legati al governo dei costi e al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, unitamente a quelli relativi al funzionamento dei servizi, in maniera da garantire i livelli essenziali di assistenza.

In continuità con gli anni precedenti, al fine di valutare l'appropriatelyzza delle cure ospedaliere, l'attività in Pronto Soccorso e l'attività chirurgica, oltre a monitorare l'attività utilizzando un panel di indicatori del *Programma Nazionale Esiti* (PNE, Agenas), la Regione adotta anche altri indicatori derivanti dal *Percorso*

di Monitoraggio degli Indicatori di Qualità dell'Assistenza Sanitaria (Progetto Bersaglio), coordinato dal Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa (cd *Network Regioni*).

Per tenere sotto controllo i costi, la Regione ha poi determinato, con una DGRV di poco successiva (n. 2718 del 29/12/2014), i limiti di costo nell'ambito del Personale, dell'Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e in Distribuzione Diretta, dei Dispositivi Medici e dei Dispositivi Medici Diagnostici in vitro.

DGRV n 2718/2014: Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015: assegnazione provvisoria delle risorse per l'erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei livelli di costo anno 2015

	TETTO 2014	PreConsuntivo 2014	TETTO 2015
costo del personale	228.050.000	228.050.000	229.800.000
prodotti farmaceutici	75.007.843	77.471.155,96	90.657.921
dispositivi medici	47.777.480	48.552.755,35	52.200.000
dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	14.122.347	13.917.574,34	14.250.000

I valori sono stati calcolati dalla Regione tenendo conto del trend dei consumi generali e per categoria terapeutica, dei costi per dimesso rilevati nelle singole strutture, e successivamente standardizzati per cluster di strutture omogenee per case-mix. Questo vale per la spesa dei ricoveri, mentre per quella ambulatoriale la previsione 2015 tiene conto solamente del trend regionale dei consumi per categoria terapeutica.

Per quanto riguarda invece il costo del personale e quello dei dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD), la Regione assegna alla nostra Azienda dei limiti di costo sovrapponibili a quelli dell'anno 2014.

Positivo l'incremento a carico dei dispositivi medici, che si tradurrà in un incremento del budget assegnato per il potenziamento di alcune attività chirurgiche.

Per quanto riguarda i farmaci, il tetto che ci è stato assegnato comprende la quota di farmaci che sino al 2014 veniva acquistata dall'Ulss 20 (circa 10 milioni di euro), e che dal 2015 viene acquisita direttamente dalla nostra azienda. Tuttavia, per tutto il 1° trimestre 2015 tali farmaci continueranno ad essere acquistati dall'Ulss 20: si ipotizza quindi che il tetto di spesa verrà ridimensionato di circa 2.800.000 euro.

Il tetto dei farmaci, ricalcolato al netto della quota in carico all'Ulss 20, è quindi pari a 87.858.083 euro: l'incremento rispetto alla spesa 2014 (comprensiva della quota ASL) è di 4.352.000 euro, che corrisponde al +5,2%.

Le previsioni formulate dal nostro Servizio Farmacia sulla base degli elementi disponibili indicano che il tetto di spesa presumibilmente sarà insufficiente.

Anche ipotizzando un incremento per le aree ad altissimo costo e per patologie croniche di circa il 7% (dato verosimilmente sottostimato, in considerazione del trend di aumento dei pazienti e della recente immissione in commercio di nuovi farmaci), si dovrà considerare che nel 2015 sarà necessario acquistare immunoglobuline ev dal mercato per insufficiente fornitura da Piano Sangue (circa 500.000 euro) e che la previsione regionale non tiene conto di tutta l'area relativa ai farmaci per la cura dell'ipertensione polmonare per la quale, a seguito della commercializzazione di nuovi farmaci ad altissimo costo, si stima un incremento di circa 700.000 euro.

Infine, va precisato che i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C (sofosbuvir e sineprevir) non sono compresi nel tetto di spesa: la Regione infatti deve ancora comunicare il tetto che verrà assegnato all'AOUI per queste categorie; le nostre previsioni di spesa per l'anno 2015 sono di circa 22.000.000 euro.

La nostra Azienda ha individuato i propri grandi obiettivi strategici per il prossimo triennio, pubblicati nel **Piano della Performance 2015-2017** (Delibera DG n 35/2015), così sintetizzabili:

AOUI Verona:

obiettivi strategici

2015 – 2017

- garantire i livelli di **eccellenza clinica** e consolidare il proprio **ruolo di centro hub** sia nel contesto provinciale sia in quello regionale e nazionale
- ridefinire il **profilo degli ospedali** riorganizzando le attività erogate nelle due sedi, anche alla luce del nuovo Piano Attuativo approvato dalla Regione Veneto
- consolidare l'organizzazione per **intensità di cura** ed aumentare **efficacia ed efficienza del proprio sistema** attraverso:
 - o il miglioramento delle performance chirurgiche
 - o la riduzione della degenza media dei ricoveri
 - o il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in campo diagnostico e terapeutico
 - o il potenziamento dei percorsi di cura, dei percorsi di presa in carico e dei percorsi di dimissione per i pazienti con le principali patologie cronico-degenerative (pazienti oncologici, pazienti diabetici, continuità riabilitativa ortopedica, trattamento dell'ictus)
 - o lo sviluppo di attività assistenziali alternative al ricovero
 - o la revisione dei protocolli di accesso e trasferimento dei pazienti che ricorrono al Pronto Soccorso, ed incremento della funzione di filtro
 - o il miglioramento delle performance registrate sul panel di indicatori del Programma Nazionale Esiti (Agenas) e del Progetto Bersaglio
 - o il contenimento dei tempi di attesa, in coerenza con il bisogno di accesso alle principali prestazioni LEA, sia chirurgiche che ambulatoriali
 - o il completamento dell'informatizzazione della cartella clinica (prescrizione/somministrazione farmaci e utilizzo della grafica integrata informatizzata)
 - o mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del **rischio clinico**
- garantire **azioni di contrasto al dolore** nei pazienti ricoverati, attraverso: l'aggiornamento dei protocolli e delle linee-guida di trattamento del dolore post-operatorio, il monitoraggio dei consumi di farmaci antidolorifici, la valutazione del dolore, la formazione del personale
- completare i **progetti edilizi** avviati :a Borgo Trento: Ospedale Donna e Bambino, a Borgo Roma: costruzione del Blocco Nord e ristrutturazione del Monoblocco

Attraverso questo Documento di Direttive, che rappresenta lo strumento di raccordo tra gli atti di programmazione pluriennale ed il sistema di budget, i grandi obiettivi strategici esplicitati nel Piano della Performance vengono declinati in obiettivi operativi per il **biennio 2015-2016**. Appare evidente come la combinazione tra vincoli regionali e strategie prettamente aziendali produca un parterre di obiettivi particolarmente numeroso, e ciò nonostante gli sforzi della Direzione Aziendale volti a semplificare al massimo il processo e a ridurre l'impatto sull'operatività quotidiana delle Unità Operative.

La Direzione Aziendale ha individuato come **prioritarie** alcune **aree strategiche** sulle quali verterà il processo di Budget per il biennio 2015-2016, e sulle quali verranno condotte anche le valutazioni dei Direttori di Dipartimento.

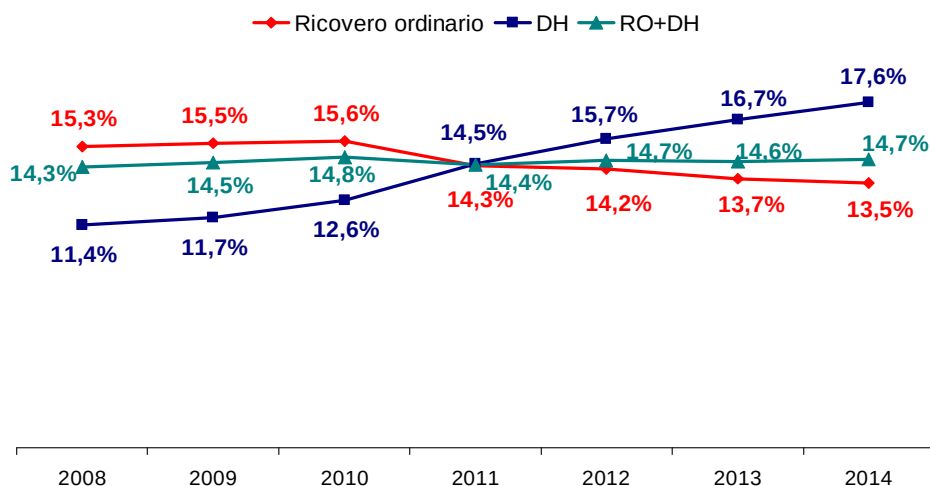
Su queste quattro aree, verso le quali dovranno convergere gli sforzi di tutti, la Direzione sta già pianificando una serie di interventi volti alla riorganizzazione dei processi ed al miglioramento della performance complessiva.



2. L'Attrazione

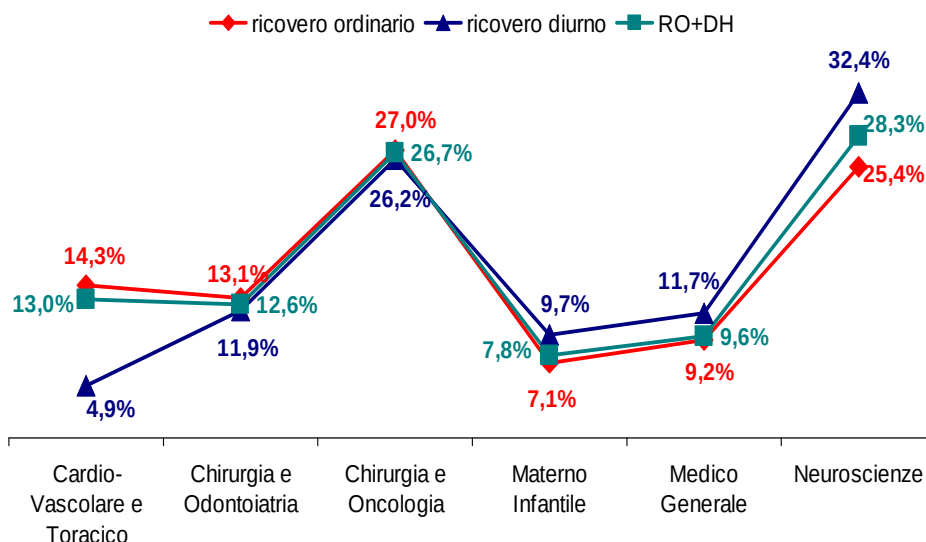
Il potenziamento della nostra capacità di attrazione è uno degli obiettivi forti anche per il Budget 2015. Collegato strettamente ad altri bersagli, quali la stabilizzazione del ruolo di centro *hub* della nostra azienda all'interno del contesto regionale, il suo raggiungimento deve rappresentare una sfida per tutte le Unità Operative.

AQUI, trend attrazione fuori Regione

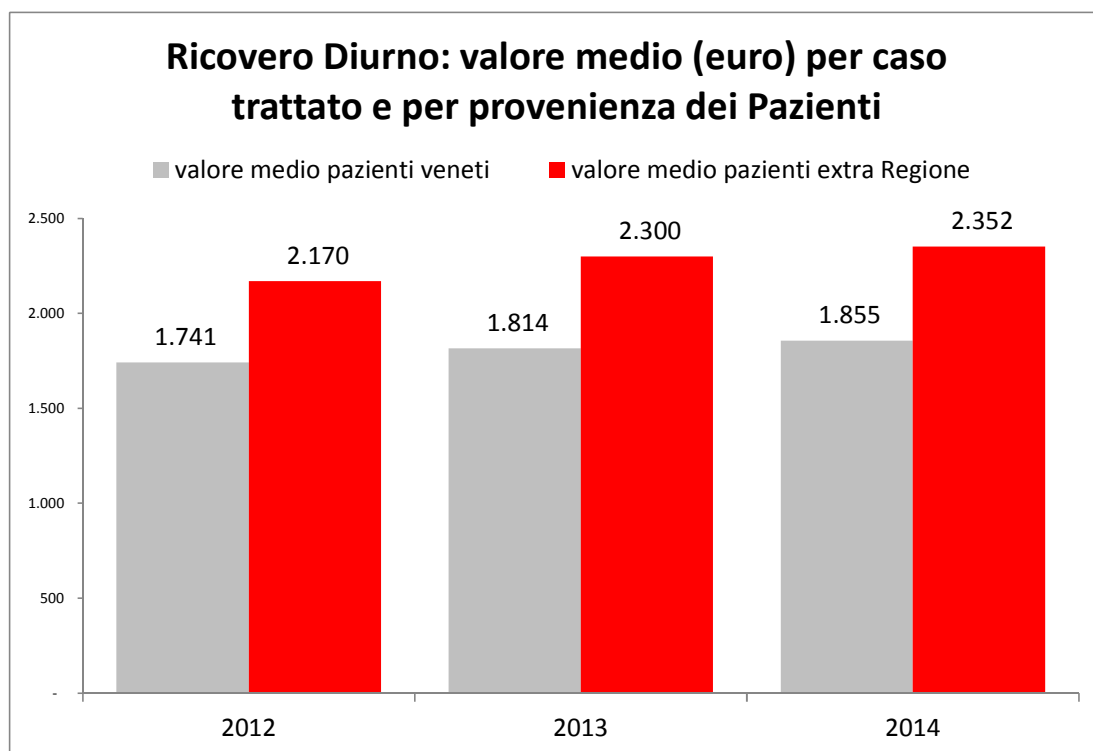
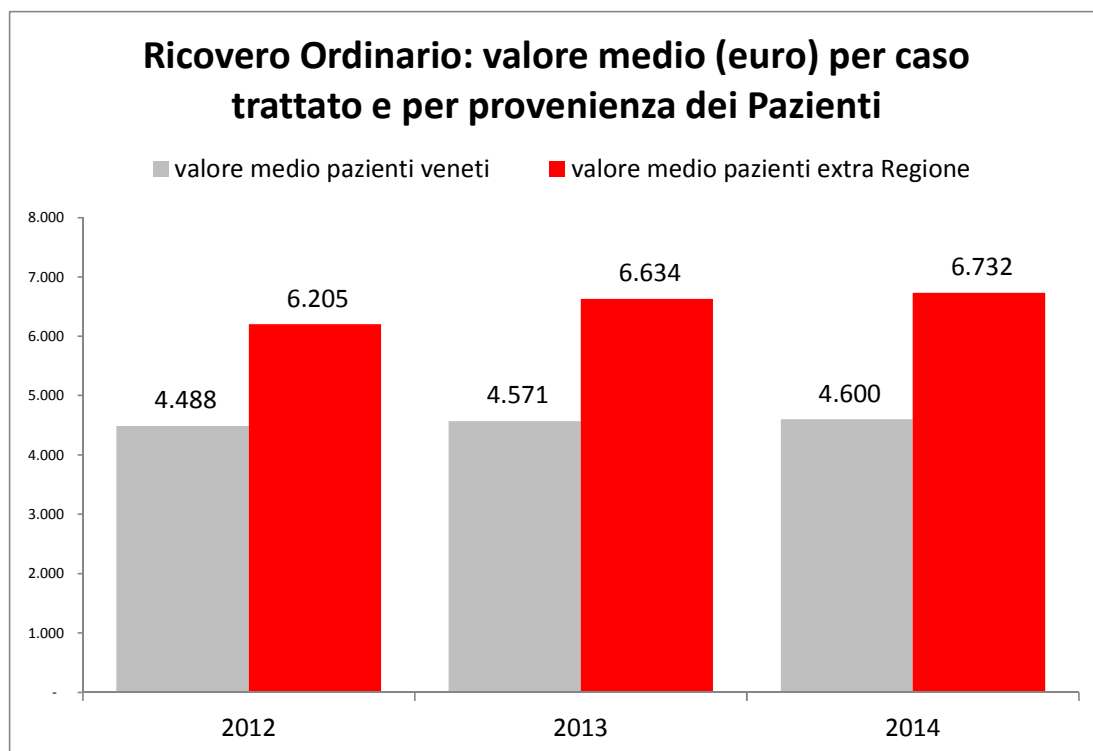


Analizzando i dati di attrattività degli ultimi sette anni emerge un quadro di sostanziale stabilità: la percentuale di casi proveniente da fuori regione registra infatti un valore complessivo (ricovero ordinario + ricovero diurno) assestato attorno al 14%. Il trend apparentemente negativo a carico del ricovero ordinario è in gran parte dovuto allo spostamento in regime diurno di molti casi, fenomeno auspicato nell'ambito delle azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza erogativa sviluppate dalla nostra azienda a partire dal 2006.

Attrazione da fuori Regione, anno 2014



Un altro aspetto rilevante legato all'attrattività è quello che riguarda l'indicatore "valore medio per caso trattato", espresso in euro: le figure illustrano in maniera eloquente la differenza esistente, tra pazienti provenienti da fuori Veneto e pazienti residenti in regione, in termini di remunerazione economica.



Il dato impatta in modo significativo ai fini del bilancio in aziende come la nostra, che non dispone di altre forme di finanziamento se non quelle legate all'attività svolta.

3. Il sistema degli indicatori

A partire dal 2012 la Regione Veneto ha adottato due panel di indicatori per valutare la performance delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale: quelli del Programma Nazionale Esiti (PNE) e quelli del Progetto Bersaglio (Progetto Network Regioni).

Programma Nazionale Esiti (PNE)	Progetto Bersaglio (Progetto Network Regioni)
- Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute: fornisce valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. - Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, i singoli stabilimenti ospedalieri. - PNE non è solo valutazione comparativa di esito tra strutture e per gruppi di popolazione, ma anche valutazione comparativa tra interventi (tra diversi modelli organizzativi, tra tipologie di intervento chirurgico, ecc.) e individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, tra cui i volumi di attività - Monitora 131 indicatori, suddivisi nelle seguenti aree: mortalità, ospedalizzazione, procedure chirurgiche, tempi di attesa, volumi. - In caso di "profili critici", PNE ha la facoltà di condurre approfondimenti di auditing presso le singole aziende.	- Il progetto <i>Network Regioni</i>, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, è stato avviato sperimentalmente nel 2004 nel sistema sanitario regionale della Regione Toscana. - La Regione Veneto vi ha aderito nel 2012. - L'obiettivo del Network, che vede oggi coinvolte 7 Regioni¹ e le due PA di Trento e Bolzano, è quello di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi. - Il "Network Regioni" misura i risultati delle aziende sanitarie soprattutto nell'ambito dell'appropriatezza. - Si tratta di un sistema che nel tempo è diventato uno strumento fondamentale che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale - Si basa sul monitoraggio di circa 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione.

3.1 I risultati 2013 del Programma Nazionale Esiti (Agenas)

Se gli indicatori di appropriatezza monitorati dai due programmi spesso appaiono sovrapponibili, una differenza sostanziale riguarda invece la valutazione dei volumi di attività, che per il PNE del Ministero della Salute rappresenta uno degli standard cardine dell'assistenza ospedaliera.

Il Regolamento del Ministero della Salute² definisce infatti, sia per i volumi che per gli esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, che possono consentire di definire criteri non discrezionali per la *riconversione della rete ospedaliera* (ovvero riduzione di posti letto) ed eventuali valutazioni per l'accreditamento.

Per numerose attività ospedaliere sono infatti disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

Chirurgia del Cancro:	Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica
Procedure chirurgiche:	Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artroplastica ginocchio, Colecistectomia
Processi e percorsi diagnostico-terapeutici:	Terapia Intensiva Neonatale e Maternità; Infarto del miocardio

¹ Toscana, Liguria, Piemonte, Umbria, Marche, Basilicata e Veneto

² Ministero della Salute, Bozza Decreto 21 luglio 2014, Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

Per queste, ed altre, attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici il Ministero ha definito, per il triennio 2013-2015, le seguenti **soglie minime di volume di attività** per struttura:

Interventi chirurgici per Ca mammella	100 interventi annui per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato regioni 16 dicembre 2010

e le seguenti **soglie di rischio di esito**:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria entro quattro giorni	minimo 60%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata, mortalità' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

Riprendendo fedelmente le linee ministeriali la Regione Veneto, con DGRV n. 2122/2013, prevede che "le **UOC che per due anni risultino al di sotto dei parametri ministeriali del Programma Nazionale Esiti saranno oggetto di puntuale verifica da parte della Regione**".

In questi anni la nostra azienda è già stata oggetto di approfonditi audit condotti da parte di Agenas in collaborazione con la Regione Veneto.

Appare quindi evidente la rilevanza degli obiettivi assegnati, non solo in considerazione dell'obbligo di mantenere elevato il livello quali-quantitativo della nostra performance, ma anche in considerazione delle ventilate conseguenze in caso di mancato rispetto degli standard nazionali e regionali prefissati.

L'ultima edizione (2014) dei risultati del Programma Nazionale Esiti, sui dati aggiornati al 2013, è consultabile sul sito web <http://95.110.213.190/PNEFed14>.

Rispetto ai 58 indicatori di esito/processo analizzati sulle SDO dell'anno 2013, la nostra azienda ottiene mediamente buoni risultati e solo su tre indicatori Agenas condurrà degli audit sulla qualità dei dati.

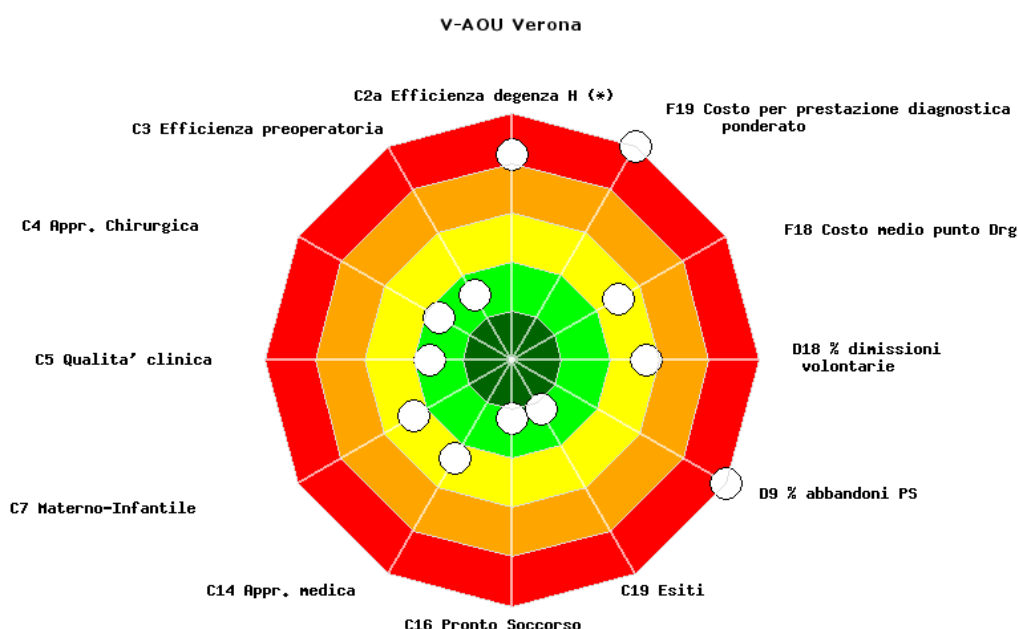
Per quanto riguarda i 50 indicatori di volume di attività valutati da PNE, la tabella a seguire riporta i nostri risultati in un interessante confronto con quelli dell'AOU di Padova.

PNE 2014, indicatori di volume di attività

anno 2013	AOU Verona	AOU Padova
INDICATORE	N	N
IMA: volume di ricoveri	600	766
PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	208	278
STEMI: volume di ricoveri	283	345
N-STEMI: volume di ricoveri	215	338
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	102	83
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	523	687
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	68	83
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	8	14
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	297	188
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	615	343
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	360	478
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	208	248
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	159	247
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	998	981
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	92	73
Ictus ischemico: volume di ricoveri	490	371
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	53	71
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	10	43
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	9	42
BPCO: volume di ricoveri	386	397
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	704	853
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	469	575
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	235	278
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	469	574
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	121	247
Parti: volume di ricoveri	2.895	3472
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	639	396
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	89	59
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	125	33
Sostituzione di ginocchio: volume di ricoveri	69	50
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	122	254
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	50	67
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	189	35
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	163	205
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	16	45
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	155	362
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	417	128
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	20	20
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	184	172
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	100	98
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	30	51
Intervento chirurgico per TM retto: volume di interventi	33	63
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	181	596
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	58	73
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	355	252
Tonsillectomia: volume di ricoveri	182	216
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	35	6
Prostatectomia: volume di ricoveri	171	108
Intervento chirurgico di Isterectomia	293	286
AIDS: volume di ricoveri	3	16

3.2 I risultati 2013 del Progetto Bersaglio - Programma Network Regioni

I buoni risultati complessivi ottenuti dalla nostra azienda, riferiti al 2013 e pubblicati nel novembre 2014, sono riassunti graficamente nel cosiddetto "bersaglio", utilizzato dal Network per offrire una valutazione di sintesi sugli indicatori:



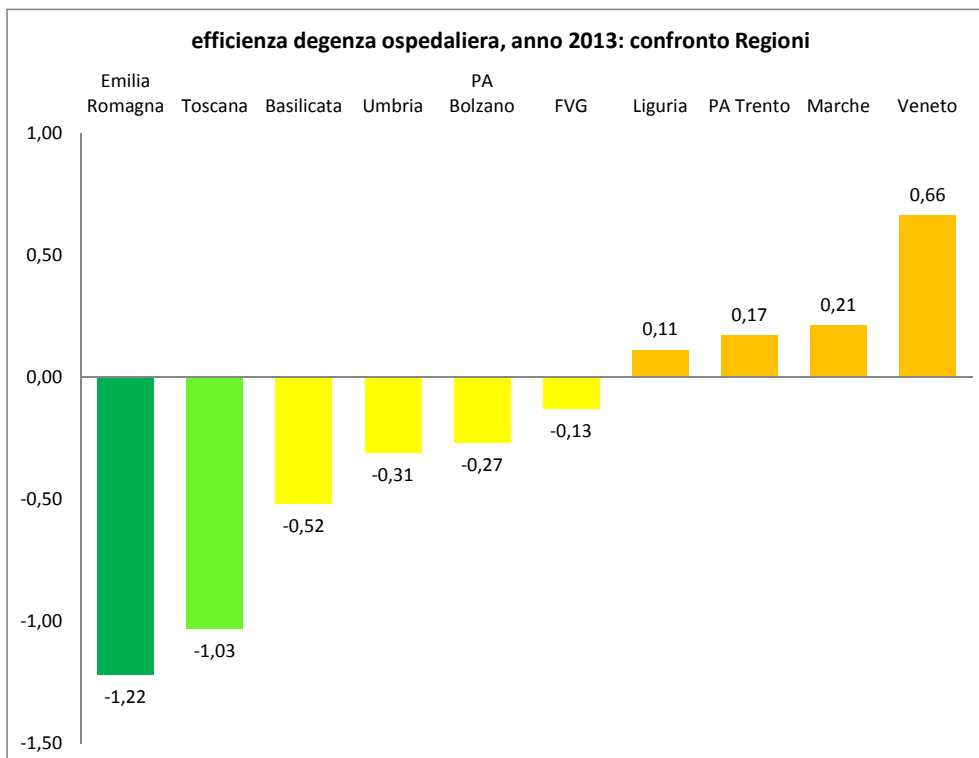
In altri termini, la nostra azienda ha ricevuto le seguenti valutazioni:

Performance buona	• efficienza pre-operatoria • appropriatezza chirurgica • qualità clinica • esiti • pronto soccorso
Performance media	• materno infantile • appropriatezza medica • % di dimissioni volontarie • costo medio per punto DRG
Performance scarsa	• efficienza della degenza • % di abbandoni da Pronto Soccorso • costo per prestazione diagnostica ponderato

L'efficienza della degenza è stata valutata attraverso l'indicatore *Indice di performance di Degenza Media* (IPDM), che confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata per la stessa tipologia di ricovero all'interno del Network Regioni.

In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede ad erogare le prestazioni: ad un basso valore di IPDM (ovvero ad un minor numero di giorni di degenza) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse.

L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture messe a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.



Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 0.75 ■

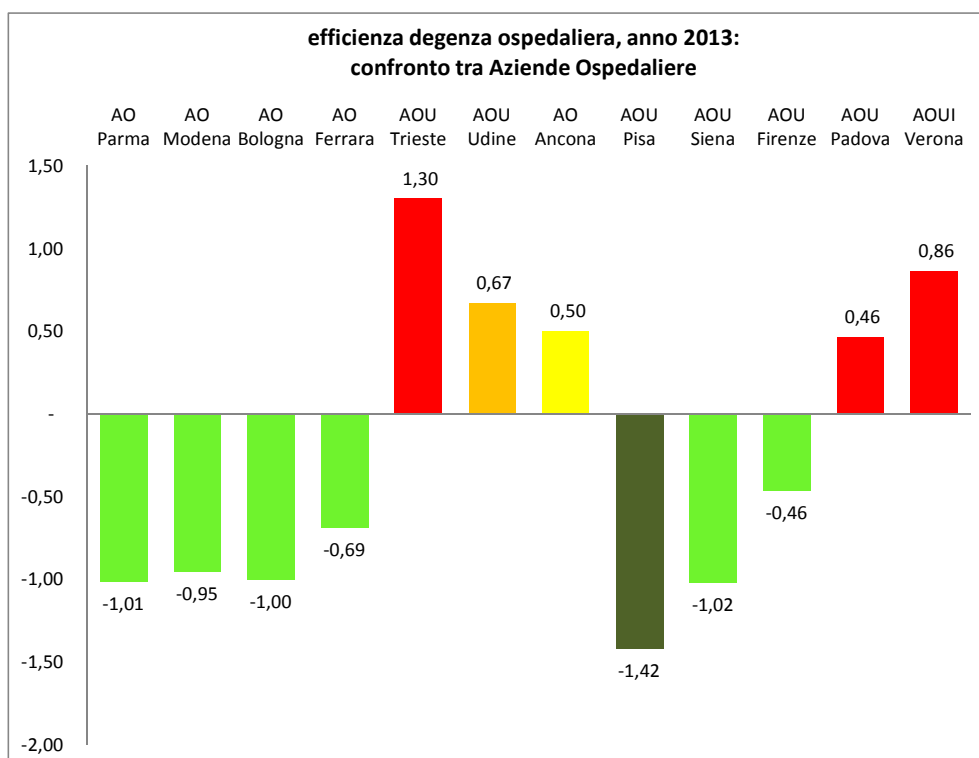
Valutazione scarsa 0.75 - 0.10 ■

Valutazione media 0.10 - -0.55 ■

Valutazione buona -0.55 - -1.20 ■

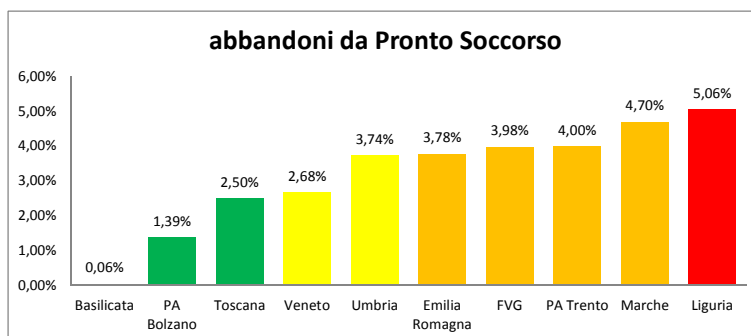
Valutazione ottima < -1.20 ■

Il valore mediano di IPDM all'interno del Network è risultato pari a -0,35; il valore della Regione Veneto risulta essere il più elevato (+0,66) mentre la nostra azienda, con un valore pari a +0,86, ha ricevuto una valutazione "pessima". Il grafico sottostante mette a confronto i risultati delle sole Aziende Ospedaliere presenti nelle Regioni afferenti al Network



La **% di abbandoni da Pronto Soccorso** è un indicatore che fornisce informazioni sull'attivazione di una "sorveglianza" da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia.

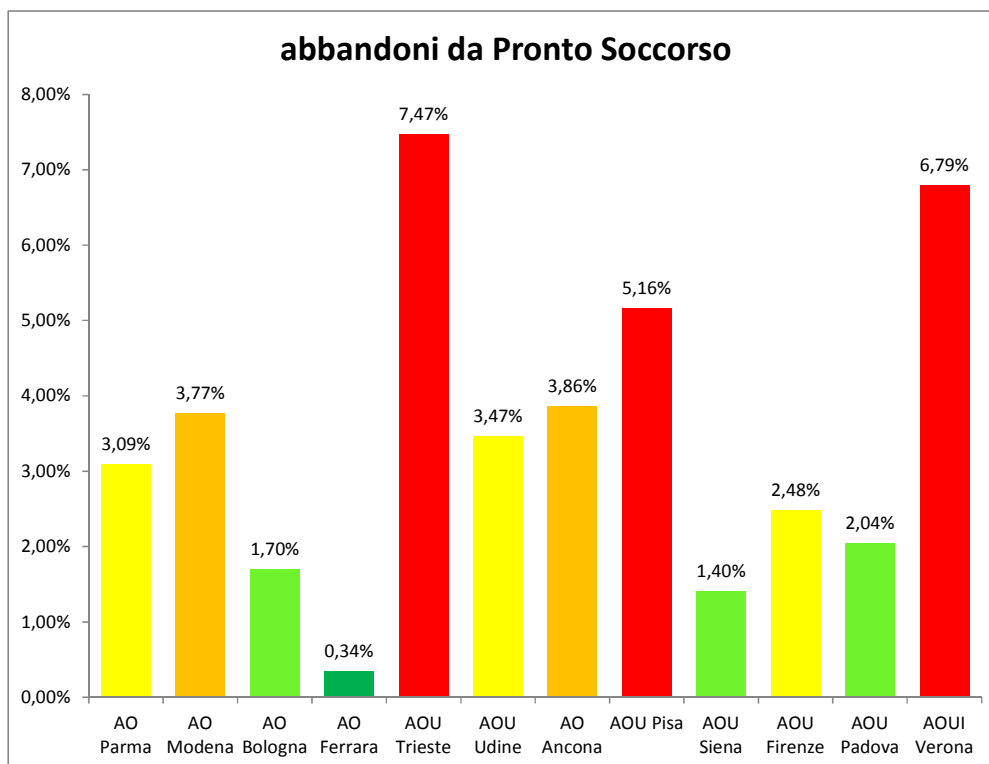
L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo il triage, senza darne preavviso al personale, ed è considerato un attendibile indicatore proxy della soddisfazione dei pazienti. Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del PS dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.



Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 5.00 ■
 Valutazione scarsa 5.00 - 3.75 ■
 Valutazione media 3.75 - 2.50 ■
 Valutazione buona 2.50 - 1.25 ■
 Valutazione ottima < 1.25 ■

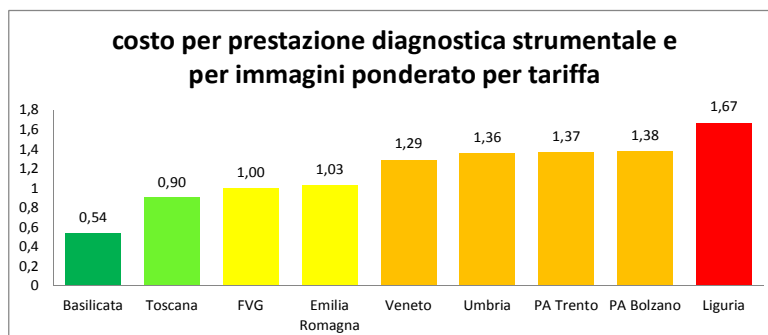
Il valore della nostra azienda nel 2013 è stato pari a 6,79%, a fronte di una percentuale regionale di 2,68% e di un valore mediano di confronto, all'interno del Network Regioni, pari a 3,12%.



L'ultimo indicatore rispetto al quale abbiamo ricevuto una valutazione "pessima" è quello relativo al **costo per prestazione diagnostica strumentale e per immagini ponderato per tariffa**, che misura il costo di produzione delle prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini.

Come nel caso dell'assistenza per acuti, le prestazioni erogate possono differire in termini di complessità e costo. Per sterilizzare gli effetti di queste variabili si è fatto riferimento non alle prestazioni erogate, ma al loro valore tariffario (regionale).

L'indicatore è quindi costruito come rapporto tra il costo dell'assistenza per attività diagnostica ed il valore tariffario delle prestazioni.



Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 1.53 ■

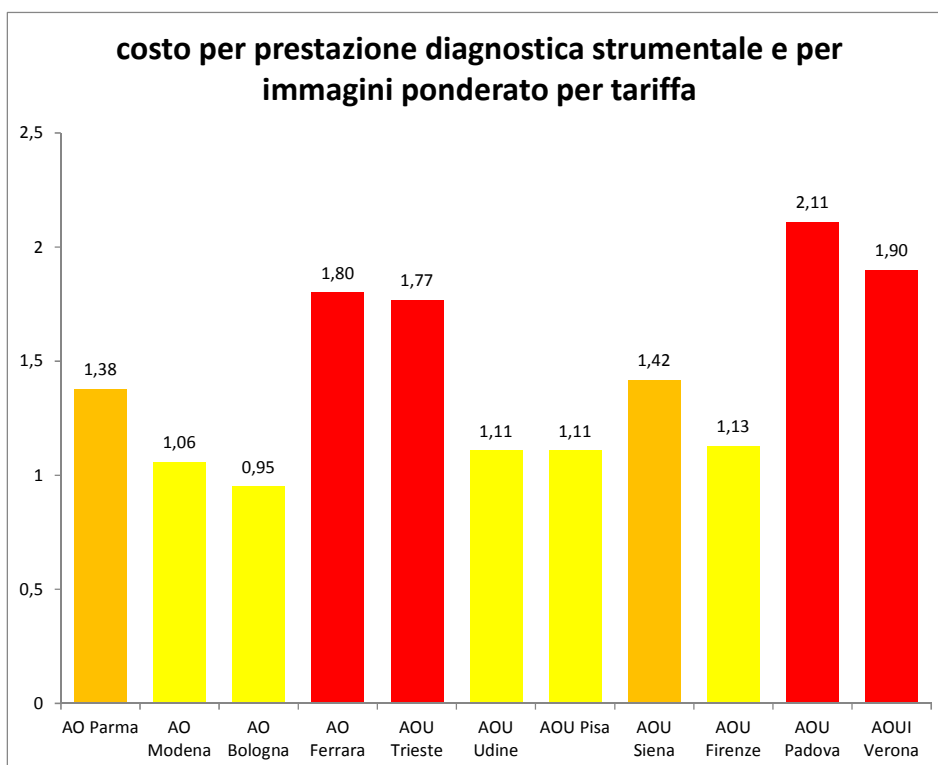
Valutazione scarsa 1.53 - 1.25 ■

Valutazione media 1.25 - 0.97 ■

Valutazione buona 0.97 - 0.69 ■

Valutazione ottima < 0.69 ■

Il valore mediano registrato all'interno del Network è pari a 1,08, il dato della Regione Veneto è 1,29, mentre la nostra azienda ha registrato un valore di 1,90.



Permangono comunque alcuni dubbi sulla bontà dei dati utilizzati dal Progetto Bersaglio per il calcolo di almeno due dei tre indicatori analizzati:

- l'indice di performance della degenza media in Veneto è risultato più elevato rispetto alle altre Regioni del Network, ma - su stessa ammissione dei ricercatori - tale indicatore è in fase di rivisitazione ed è da considerare congiuntamente al tasso di ospedalizzazione, per il quale la nostra Regione ha registrato il valore più basso, grazie alle politiche di appropriatezza perseguite dal Servizio Sanitario Regionale negli ultimi anni;
- per l'indicatore che misura il costo di produzione delle prestazioni di diagnostica per immagine e strumentale il Network non fornisce informazioni sulle basi di calcolo utilizzate. Se la fonte dovesse essere il modello ministeriale cosiddetto "modello LA", che raggruppa tutti i costi per i vari livelli di assistenza (ambulatoriale, diagnostica, pronto soccorso, ricovero...), ma che viene redatto dalle singole aziende sanitarie su basi non omogenee tra loro, l'indicatore perderebbe ovviamente ogni significato.

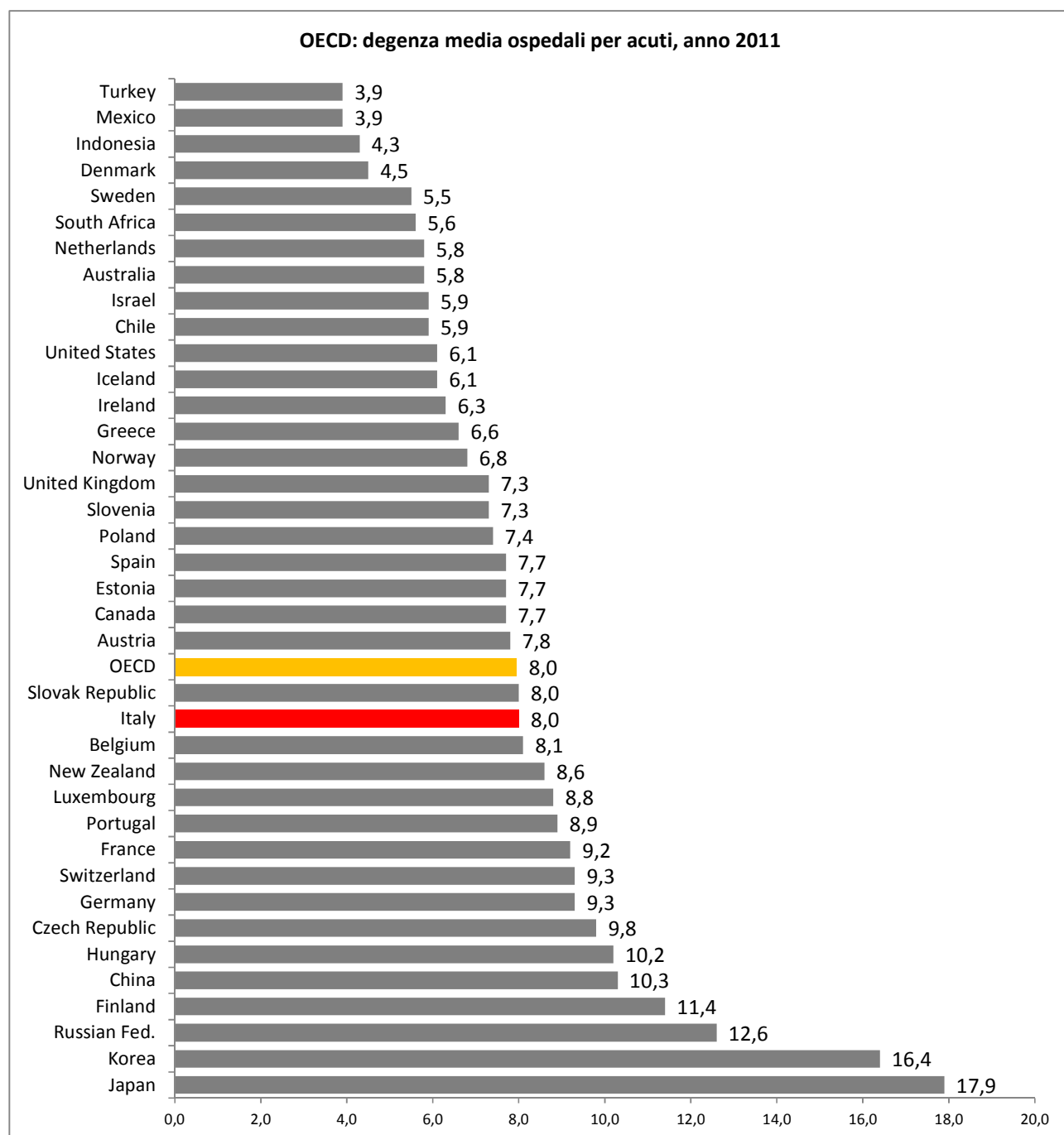
3.3 Gli indicatori monitorati nella Scheda di Budget

Rispetto alle annualità precedenti il numero di indicatori monitorati dalla Regione Veneto per l'anno 2015 si è ridotto. La tabella seguente li riassume, e riporta anche altri indicatori individuati dalla Direzione Aziendale:

Budget 2015: Indicatori	Obiettivo
A. Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e programmazione	
% di ricoveri di classe A sul totale dei ricoveri	aumento
% di pazienti provenienti da fuori Veneto	aumento
% di DRG di classe A dei pazienti provenienti da fuori Veneto	aumento
Valore medio del DRG	aumento
Degenza media	Riduzione di 1 giorno
C. Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi	
C.3 Appropriately delle cure ospedaliere	
% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	≤15%
% di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	In attesa di indicazioni
% di parti cesarei primari	<25%
% di ricoveri di alta complessità sul totale dei ricoveri urgenti	aumento
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥65 anni	≤3%
C.5 Aderenza alle disposizioni operative per l'attività di Pronto Soccorso	
% di accessi con durata di accesso in PS inferiore a 4 ore	90° percentile
C.6 Aumento dell'efficienza nell'impiego delle Sale Operatorie	
Effettuazione di almeno 1.000 interventi annui (solo ricovero ordinario) in ciascuna SO utilizzata 5 giorni la settimana	>1000 interventi
C.7 Organizzazione dell'attività chirurgica	
% di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore a 5 giorni effettuati in Week Surgery	≥40%
% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	≤15%
C.9 Sperimentazione clinica e segnalazioni ADR	
N di sperimentazioni rispetto al 2014 estratte dall'Osservatorio nazionale AIFA	> del 2014
N di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥0,005 dei ricoveri
registri AIFA: chiusura schede per farmaci con meccanismo di rimborso	Sì
E. Liste d'attesa	
E.1 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa	
Rispetto dei tempi d'attesa classe A	≥90%
Rispetto dei tempi d'attesa classe B	≥90%
Rispetto dei tempi d'attesa classe C	100%
F. Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario	
F.2 Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	
% di verbali di PS firmati rispetto al totale	100%
% di lettere di dimissione firmate (firma digitale) rispetto al totale	100%
% di referti di laboratorio, anatomia patologica, microbiologia e radiologia	100%
F.7 Completezza e tempestività del flusso SDO	
% di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	≥95% in ogni trimestre

4. La degenza media

Gli ultimi dati pubblicati dall'OECD³ rispetto alla degenza media riguardano l'anno 2011, ed offrono un confronto internazionale all'interno del quale il valore registrato dall'Italia risulta essere in linea con la media dei Paesi afferenti (dm = 8,0).

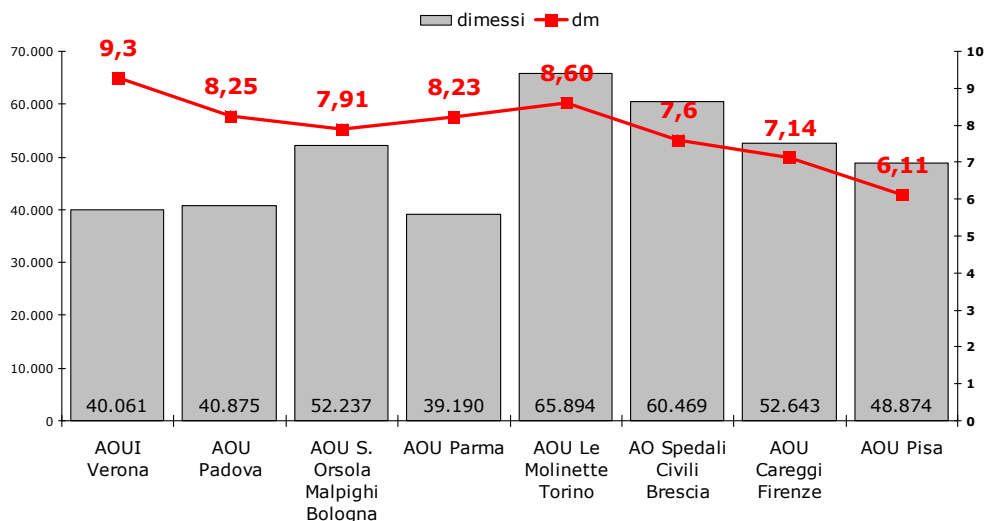


³ OECD (2013), "Average lenght of stay in hospitals", in *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-36-en

Tuttavia, restringendo ulteriormente il confronto al territorio nazionale e rapportandoci a realtà simili alla nostra, per dimensioni, volumi e tipologia di produzione e vocazione, lo scenario cambia notevolmente:

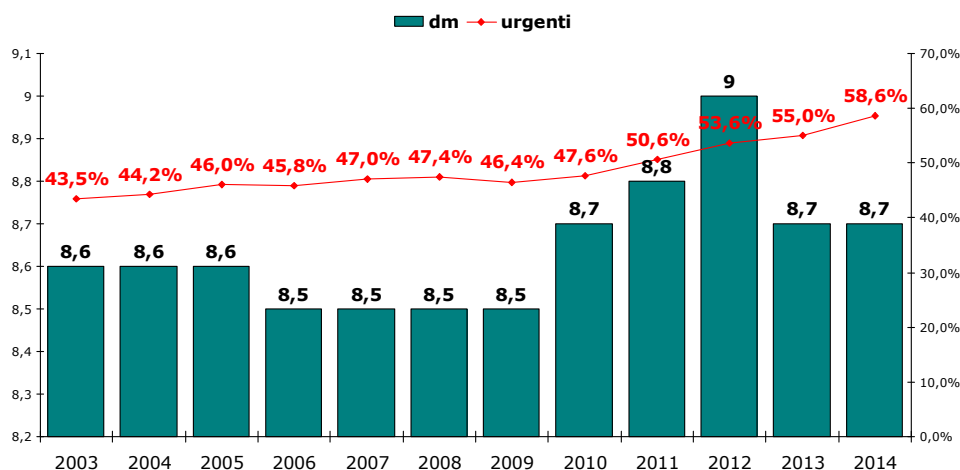
Aziende Ospedaliere: n dimessi e degenza media, anno 2012

fonte dati: Ministero della Salute



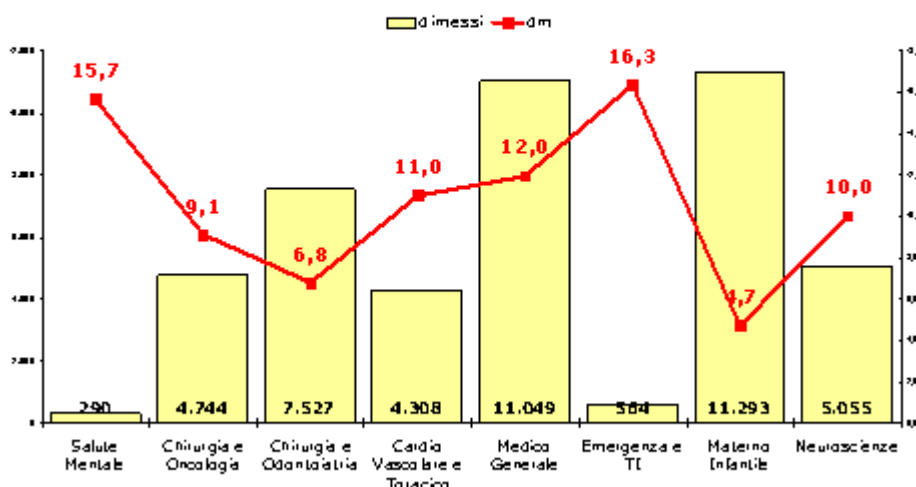
Pur in presenza di differenze significative osservate negli anni a carico del rapporto tra casi urgenti e casi programmati, la nostra degenza media è sostanzialmente stabile ed assestata su un livello superiore ad 8 giornate, a fronte del valore auspicato di **6 giorni** fissato dalla Regione Veneto nella DGRV n. 2122/2013.

AOUI, trend degenza media e casi urgenti



Il trend di stabilità si conferma anche per il 2014, che registra una degenza media complessiva di 8,7 giornate.

AOUI, Dipartimenti ad Attività Integrata:
n dimessi e degenza media, anno 2014



L'analisi della degenza media per classi di età e per macro-area c offre altri spunti di riflessione:

AOUI, degenza media per macro-area e per fascia di età

area	2013			2013 Totale	2014			2014 Totale
	< 50	50-69	=> 70		< 50	50-69	=> 70	
Chirurgie Generali	5,25	7,97	8,77	7,58	5,50	7,79	9,05	7,70
Chirurgie Specialistiche	4,61	7,78	8,56	6,23	4,29	7,82	8,96	6,07
Materno Infantile	8,75	--	--	8,75	7,83	--	--	7,83
Medicine Generali e Geriatrie	6,70	9,90	12,25	11,42	7,15	9,84	12,42	11,54
Medicine Specialistiche	12,06	12,94	12,69	12,61	12,04	13,13	13,22	12,90
Totale complessivo	6,23	9,69	11,11	8,74	5,90	9,79	11,51	8,73

Mentre la variazione complessiva registrata tra il 2013 e il 2014 a carico della degenza media delle chirurgie generali (+2%) sembra essere spalmata su tutte le fasce di età, le chirurgie specialistiche hanno ridotto la loro degenza media complessiva del -2%, grazie soprattutto al contenimento delle giornate di ricovero dei pazienti più giovani.

Nel 2014 l'area medica registra un ulteriore aumento rispetto al 2013, ed in maggior misura per le medicine specialistiche, per le quali sembra non esistere alcuna differenziazione in rapporto alle fasce di età. Anche non considerando i pazienti over 70, caratterizzati da maggiori problematiche determinate da difficoltà di dimissione e legate alla condizione clinica, sorprende il valore registrato nella fascia centrale (50-69 aa).

Pur in considerazione delle ben note difficoltà legate alla dimissibilità di alcune tipologie di pazienti, all'incremento incontrollato delle urgenze ed all'aumento dei casi con co-morbidità rilevante, si ritiene che nella nostra azienda esistano ancora dei margini di miglioramento rispetto ai valori registrati.

Per questo motivo, ed anche alla luce delle valutazioni ottenute (vedi capitolo precedente) **l'obiettivo di ridurre la degenza media viene quindi riproposto con forza anche quest'anno a tutte le Unità Operative.**

5. La Week Surgery

A fine 2014 la Regione Veneto ha emanato la DGR n. 2688 del 29/12/2014 "Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e delle procedure chirurgiche che possono essere eseguiti", atto col quale configura la Week Surgery come un modello organizzativo per l'attività di chirurgia elettiva di bassa e media complessità, volto a pazienti non complicati.

In sostanza, l'intento è il rafforzamento di un modello chirurgico per intensità di cure in cui le attività di media e bassa complessità, erogate a pazienti non critici, possano essere espletate in un continuum tra Week Surgery, Day Surgery e chirurgia ambulatoriale.

La Week Surgery si delinea come una articolazione organizzativa del regime di ricovero ordinario, nella quale possono essere esclusivamente presi in carico pazienti programmati, prevedendo percorsi differenziati tra ricoveri con tempi di degenza superiori a 5 giorni e/o in urgenza/emergenza da un lato e quelli in elezione con tempo di degenza inferiore a 5 giorni dall'altro.

L'implementazione della Week Surgery, oltre ad essere un obiettivo regionale assegnato alla nostra azienda, rappresenta uno strumento per contenere le giornate di degenza, e quindi ridurre la degenza media soprattutto in area chirurgica.

Abbiamo analizzato il fenomeno al nostro interno, prendendo come riferimento le SDO dell'anno 2014 e selezionando i ricoveri in elezione contenenti una delle procedure contemplate dalla "lista Week Surgery".

Complessivamente sono stati individuati 6.021 ricoveri in elezione che hanno ricevuto una delle procedure contenute nella "lista Week Surgery": di questi, 4.622 presentano una degenza inferiore a 5 giorni, per un totale di 12.723 giornate di degenza, equivalenti a 68 posti letto; la tabella sottostante riporta la distribuzione dei casi (n=>10) per Unità Operativa:

Ricoveri Ordinari, non urgenti, con procedure da Week Surgery

Unità Operativa	n casi ≤ 5 gg	Posti Letto Corrispondenti
Ostetricia e Ginecologia B	684	9,7
Chirurgia Generale ed Endoscopia d'Urgenza	440	5,9
Neurochirurgia A	430	7,2
Chirurgia Generale ed Epatobiliare	372	5,4
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	337	4,8
Chirurgia Generale ed Esofago e Stomaco	327	3,2
Urologia	280	4,7
Chirurgia Generale e del Pancreas	260	4,8
Chirurgia Generale e dell'Obesità	207	2,3
Chirurgia della Mano	189	2,0
Ostetricia e Ginecologia	177	3,5
Neurochirurgia B	146	2,4
Ortopedia e Traumatologia B	135	1,7
Cardiologia	83	1,6
Otorinolaringoiatria	80	1,2
Ortopedia e Traumatologia A	73	1,4
Oncologia	59	1,0
Chirurgia Vascolare	43	0,5
Chirurgia Pediatrica Generale e Specialistica	40	0,3
Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontoiatria	39	0,4
Altre Unità Operative con n casi < 30	221	3,7
Totale	4.622	68,0

Di fatto la nostra azienda ha già avviato la Week Surgery, anche se con modalità non formalizzate, in alcune aree quali oculistica, chirurgia generale, chirurgia plastica, ORL e neurochirurgia. I posti letto complessivamente dedicati a questa tipologia di attività sono attualmente 49.

Per l'anno 2015 si intende formalizzare tale attività, come previsto dalla DGR, nonché attivare ulteriori posti letto dedicati nelle aree ostetrico-ginecologica e ortopedica.

6. Le Sale Operatorie

La consapevolezza che le Sale Operatorie rappresentano una delle risorse più preziose all'interno di un ospedale per acuti ha portato allo sviluppo di una disciplina che ne studia la gestione, l'*Operating Room Management* (ORM).

L'*ORM operativo* fa riferimento a tutte quelle azioni mirate all'ottimizzazione dell'efficienza operativa dell'unità chirurgica, vale a dire la massimizzazione del numero di casi chirurgici che possono essere eseguiti durante una giornata e la minimizzazione delle risorse necessarie e dei relativi costi. L'*ORM strategico* si occupa invece delle attività decisionali di lungo termine che riguardano la sala operatoria.

Pur essendo una disciplina emergente, l'ORM viene studiato in misura crescente al fine di migliorare alcuni aspetti del percorso chirurgico, tra cui:

- la garanzia della sicurezza del paziente e del risultato dell'intervento;
- la garanzia di un accesso razionalizzato da parte dei chirurghi alla sala; operatoria, così che i pazienti possano essere operati in maniera tempestiva;
- la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo della struttura, del personale e del materiale di sala operatoria;
- la riduzione dei ritardi per i pazienti;
- la soddisfazione dei pazienti e del personale di sala operatoria.

L'interesse nei confronti dell'ORM è cresciuto notevolmente negli ultimi anni, soprattutto a causa della necessità di contenere e razionalizzare la spesa sanitaria a fronte di una pressione crescente in termini di domanda di tali servizi da parte dei cittadini.

Va poi ricordato come l'attività chirurgica sia tra quelle che generano i maggiori costi, e che incide maggiormente in termini di rischio clinico per il paziente.

Di conseguenza, garantire la sicurezza del paziente e nel contempo monitorare l'utilizzo delle risorse sono due delle priorità d'analisi, dato che miglioramenti incrementali nell'utilizzo delle sale operatorie in termini di efficienza possono infatti determinare conseguenze tangibili sulle risorse a nostra disposizione.

In un contesto economico che non permette un incremento della capacità delle strutture sanitarie pubbliche, l'aumento dell'efficienza di quelle esistenti si pone come unica alternativa. Tra i fattori chiave identificati come funzionali al miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie si possono menzionare:

- il miglior coordinamento del flusso dei pazienti
- la loro tempestiva preparazione preoperatoria
- una loro efficiente ricezione
- l'utilizzo parallelo sala induzione/PACU (Unità di Cura Post Anestesia)
- la capacità delle sale di recupero/unità di cura intensiva/reparti
- la "flessibilità" delle strutture

Tra le principali cause di inefficienza della sala operatoria si trovano quelle legate alla programmazione dei flussi operatori giornalieri ed alla precisa determinazione delle tempistiche dei vari interventi. Alcuni autori propongono dei parametri quantitativi allo scopo di misurare l'efficienza del blocco operatorio:

Indicatori di performance di Sala Operatoria

Costo del personale in rapporto al carico di lavoro programmato
Ritardo del primo intervento della giornata rispetto all'orario programmato (*Start-time tardiness*)
Tasso di cancellazione degli interventi programmati
Ritardo nell'ammissione all'area di recupero post-anestesiológico
Margine contributivo medio per ora di sala operatoria
Tempi di turnover

Abbiamo indagato uno degli indicatori sopracitati, ovvero il **ritardo del primo intervento della giornata rispetto all'orario programmato**.

La tabella che segue illustra i tempi medi di ingresso del primo paziente in SO e li confronta con la media dell'ora di inizio del primo intervento. I dati sono stati ricavati dalla Direzione Medica Ospedaliera utilizzando l'applicativo Ormaweb.

Nei nostri Gruppi Operatori il primo paziente fa mediamente il suo ingresso in SO alle ore 8:42, mentre il primo intervento inizia mediamente alle ore 9:11.

Le medie degli orari di ingresso in SO registrano un valore minimo di 8:02 ed un valore massimo di 9:23.

Lo scostamento tra ingresso del primo paziente in SO ed inizio intervento mostra una grande variabilità, certamente in parte dovuta alle necessità legate alla preparazione del paziente, al suo posizionamento sul letto operatorio, etc etc.:

- minimo 4 minuti
- media 28 minuti
- max 1 ora e 12 minuti

Il primo dato che emerge in maniera eclatante riguarda l'orario di ingresso in SO dei pazienti: **8 e 42**, ovvero oltre un'ora dopo l'orario di inizio turno del personale di sala, e quasi un'ora dopo l'arrivo in ospedale dei medici.

ANNO 2014

UNITA' OPERATIVA	MEDIA ORARIO INGRESSO PRIMO PAZIENTE IN SALA	MEDIA ORARIO INIZIO INTERVENTO
CARDIOCHIRURGIA	8.02	9.25
CHIRURGIA DELLA MANO	8.34	8.46
CHIRURGIA GENERALE E DEL PANCREAS	8.36	9.02
CHIRURGIA GENERALE E DELL'OBESITA'	8.36	9.05
CHIRURGIA GENERALE ED ENDOSCOPICA D'URGENZA	8.41	9.07
CHIRURGIA GENERALE ED EPATOBILIARE	8.37	9.05
CHIRURGIA SENOLOGICA	8.27	8.42
CHIRURGIA GENERALE ED ESOFAGO E STOMACO	8.42	9.14
CHIRURGIA MAXILOFACCIALE	8.38	9.13
CHIRURGIA PEDIATRICA GENERALE E SPECIALISTICA	8.47	9.06
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONI	8.40	9.02
CHIRURGIA TORACICA	8.32	9.27
CHIRURGIA VASCOLARE	8.47	9.14
DERMATOLOGIA	8.35	9.07
ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO		
NEUROCHIRURGIA A	9.08	9.27
NEUROCHIRURGIA B	9.23	9.56
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA A	9.17	9.51
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA B	8.49	9.22
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8.44	9.10
OSTETRICIA E GINECOLOGIA B	8.38	8.48
OTORINOLARINGOIATRIA	8.45	9.03
UROLOGIA	8.35	9.00
media	8.42	9.06

Cosa succederebbe se cercassimo di anticipare di 1 ora l'ingresso del primo paziente in Sala Operatoria?

Riusciremmo a recuperare **4 sedute operatorie** in più al giorno.....

Recupero di efficienza: sedute

	sale disponibili	sedute 8-14	sedute 14-19
Polo BT	31	21	7
BOC BR	8	8	1
Orario medio ingresso paziente	8,45		

se riuscissimo ad anticipare l'orario di ingresso del paziente alle 8.00....

recupero di efficienza per sala: 0,45
recupero di efficienza totale/die: 21,75

quasi 4 sedute in più al giorno (sedute di 6 ore)

Recupero di efficienza: costi

costo orario (euro)

personale del Comparto in stand-by (1 strumentista, 1 infermiere, 1/2 nurse)	70
struttura (spazi, attrezzature, utenze...)	80
totale	150

(150 euro/ora x 21 ore perse x 250 giorni)

Inoltre, riusciremmo a recuperare **787.500 euro** di costi determinati dallo stand by di personale e dal mancato utilizzo della struttura...

+ 787.500 euro/anno di recupero costi
+ recupero ricavi grazie all'aumento del numero di interventi chirurgici

La figura seguente riporta alcune interessanti informazioni sull'utilizzo delle nostre Sale Operatorie nel corso del 2014:

Le Sale Operatorie: l'utilizzo

sede	gruppi operatori	SO	n interventi	n int/n SO	tempo medio utilizzo sala* (E-U) x intervento	tempo medio intervento* (cute-cute)	n ore giornaliere per sala (entrata-uscita sala) 250 gg
BT - geriatrico	Oculistica	2	7.046	3.523	n.d.	0,3	n.d.
BT - polo	Neurochirurgia	4	2.232	558	3,7	3,0	8,3
	Ortopedie	3	2.654	885	2,0	1,2	7,1
	Cardochirurgia	4	1.450	363	5,1	3,5	7,4
	ORL	2	1.552	776	1,3	1,0	4,1
	Polispecialistico e Day Surgery**	17	6.928	408	2,0	1,3	3,2
BT		32	21.862	683	1,7	1,3	4,6
BR	BOC + sala ch pediatrica e senologia	7	5.860	837	2,1	1,5	7,0
	Urologia (comprese sale endoscopiche)	3	4.073	1.358	1,1	0,7	6,2
BR		10	9.933	993	1,7	1,2	6,7
BTR	Ginecologia (comprese sale per cesarei, ma non sale parto)	5	4.028	806	0,9	0,5	2,8
AOUI		47	35.823	762	3,1	2,3	9,4

NOTE

Gli interventi considerati sono di Ricovero Ordinario, comprensivi di urgenze e di Day Surgery

Non sono state considerate le attività e le relative sale di chirurgia interventistica radiologica, emodinamica e IORT

*in ore

**sono comprese 1 sala prelievi e 1 sala trapianti dedicate

**Obiettivo
2015:**

**1.000 int in
ricovero
ordinario/SO**

6.1 La Torre di Controllo

La complessità dell'attività chirurgica espressa dalla nostra Azienda – sia per tipologia che per volumi – richiede un forte investimento in termini di gestione: al fine di migliorare l'efficienza delle Sale Operatorie è stato recentemente formalizzato un Gruppo Operativo, multidisciplinare e multi professionale, denominato Torre di Controllo, deputato ad essere il punto di riferimento e di controllo operativo dell'organizzazione di tutte le sale operatorie presenti in azienda.

Il Gruppo Operativo, costituito da due Medici Anestesisti e da un Coordinatore Infermieristico che saranno stabilmente presenti nei Gruppi Operatori, è integrato, per gli aspetti gestionali e di monitoraggio, da altri tre medici della Direzione Medica Ospedaliera. L'attività della Torre di Controllo si affianca a quella del gruppo di lavoro sul *buon uso delle Sale Operatorie*.

L'obiettivo principale dell'istituzione del Gruppo è quello di consentire l'utilizzo il più possibile efficiente ed efficace delle strutture, del Personale e dei processi, col conseguente aumento dell'attività operatoria, il miglioramento della programmazione chirurgica e la riduzione dei tempi di attesa.

Il Gruppo Operativo monitorerà costantemente l'orario di inizio dell'attività chirurgica (orari di ingresso in sala del paziente e orario di inizio intervento ed i tempi di cambio (uscita paziente-ingresso del paziente successivo; fine intervento –inizio intervento successivo) dei casi in elezione. I dati analizzati saranno trasmessi periodicamente ai Direttori delle Unità Operative interessate, in modo da verificare e condividere l'effettivo miglioramento. Gli indicatori monitorati:

- orario di inizio attività nelle Sale Operatorie (obiettivo: inizio ore 8:00)
- diminuzione dei tempi di cambio

rientrano tra gli obiettivi di budget 2015 assegnati ai Direttori di DAI ed alle UOC di area chirurgica ed anesthesiologica.

7. Le liste d'attesa

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei servizi sanitari, poiché compromette non solo l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni, ma anche il rapporto fiduciario con la struttura pubblica di riferimento.

Il governo delle liste d'attesa è finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il tema, strettamente intrecciato con altre questioni, quali l'appropriatezza prescrittiva, la necessità di contenere forme di consumismo sanitario, oppure il ruolo svolto dal medico prescrittore, da qualche anno viene ribadito dalla Regione Veneto come uno degli obiettivi salienti per tutte le aziende del Servizio Sanitario Regionale, alle quali viene chiesto di *"elaborare programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri e per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"* (DGR n. 320/2013).

Tra le indicazioni dettate dalla Regione Veneto, ricordiamo la richiesta di *"ampliamento degli orari di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni festivi e pre-festivi e negli orari serali 20-24, prioritariamente nelle giornate di lunedì e mercoledì ai fini di aumentare, in maniera omogenea nel territorio veneto, la disponibilità dei servizi con particolare riferimento alle grandi apparecchiature ed alle prestazioni traccianti con problemi di liste d'attesa"*.

7.1 Il registro dei ricoveri ospedalieri

Per quanto riguarda i ricoveri, così come per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, vi è obbligo di tenuta delle liste di prenotazione, attraverso l'informatizzazione del registro dei ricoveri chirurgici e di quello delle liste operatorie, a garanzia di trasparenza informativa della filiera che inizia con il primo contatto dell'utente con la struttura e termina con la dimissione.

I tempi di attesa massimi per gli interventi chirurgici sono quelli previsti dalle classi di priorità dei ricoveri:

- A: 30 giorni
- B: 60 giorni
- C: 180 giorni
- D: 360 giorni

In particolare, i tempi di attesa per i ricoveri finalizzati al trattamento delle **neoplasie maligne** non devono superare il tempo massimo di 30 giorni dal momento dell'avvio del paziente allo specifico percorso assistenziale, non appena sia stata posta una indicazione clinica sufficiente.

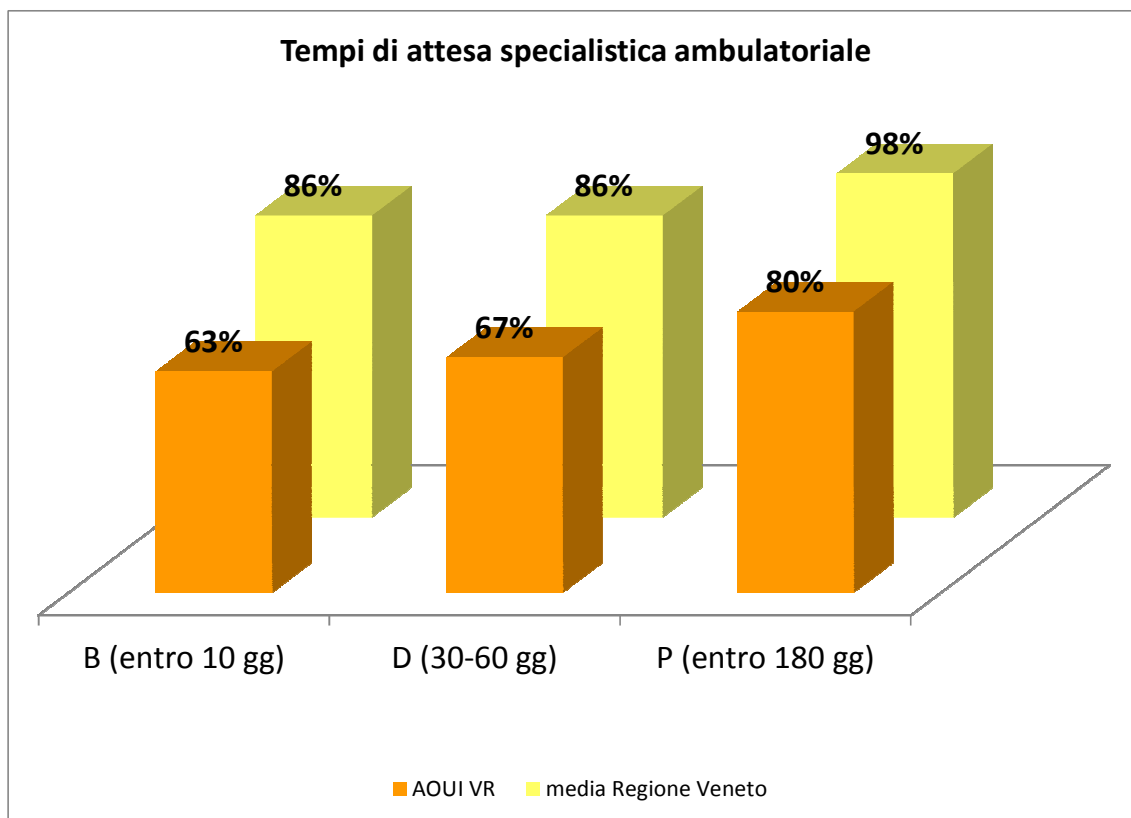
In caso di sospetto clinico suggestivo per neoplasia maligna, il primo accesso per visita deve essere assicurato entro 10 giorni dalla richiesta, per ridurre al minimo il tempo d'attesa intercorrente tra l'individuazione del bisogno di salute e la presa in carico.

7.2 L'attività specialistica ambulatoriale

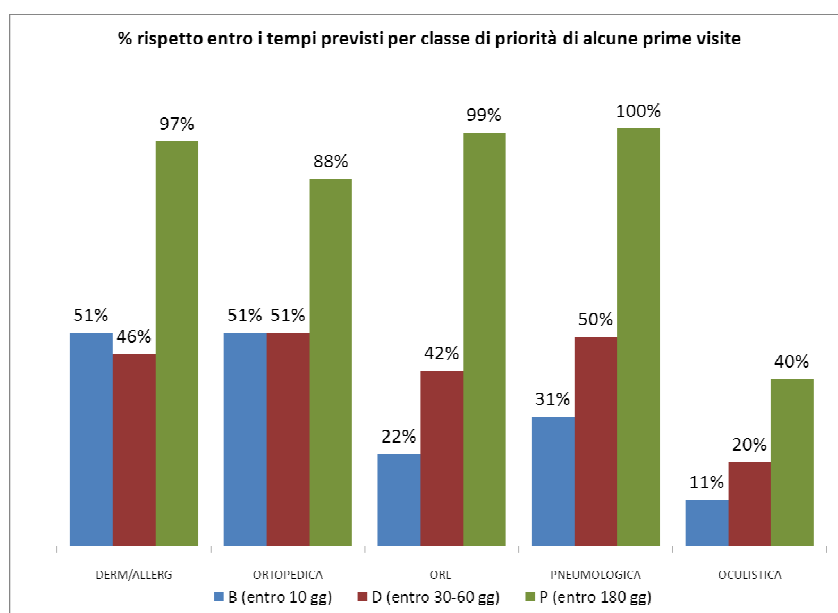
Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, anche per il 2015 alla nostra Azienda viene richiesta la *"piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi di attesa secondo le disposizioni della DGR n. 320/2013"*, ovvero:

- il rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni traccianti per le diverse classi di priorità: > al 90% per le classi A e B; 100% per la classe C;
- la stipula di un accordo con l'ULSS 20 per il rispetto dell'offerta di base con inserimento nel CUP comune delle prestazioni concordate;
- l'apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica;
- l'ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard.

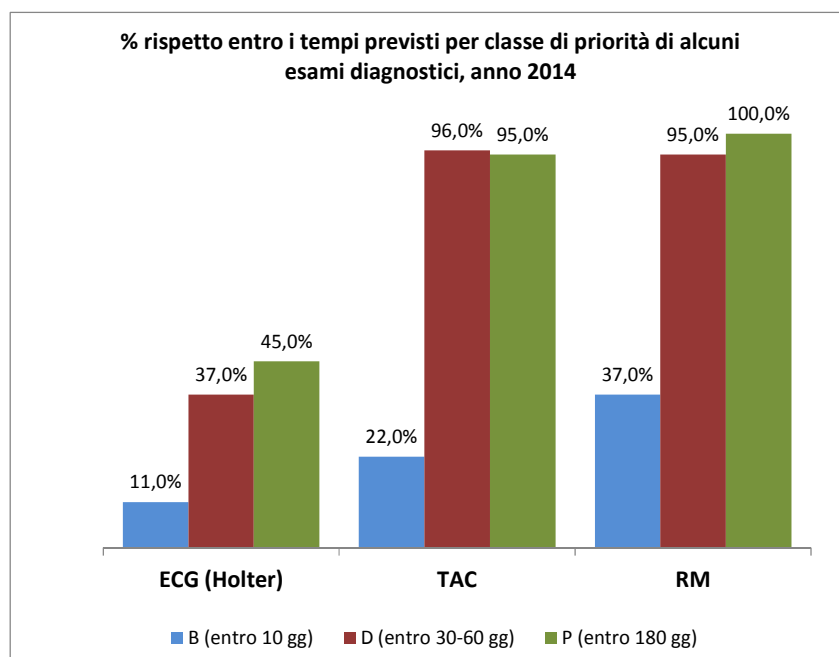
Nonostante l'avvio di una serie di processi di miglioramento, nella nostra Azienda i tempi di attesa per le prime visite ed esami di alcune specialità risultano maggiori degli standard regionali, così come evidenziato dai dati nel *Datawarehouse* regionale, relativi all'anno 2014 e messi a confronto con la media regionale:



Il grafico descrive la nostra percentuale di rispetto dei tempi, per classe di priorità, di alcune "prime visite" tra quelle individuate come traccianti dalla Regione Veneto...



...e la nostra situazione rispetto ad alcuni esami diagnostici:



Le ragioni di questa situazione risultano essere principalmente:

- la scelta dei cittadini di rivolgersi alla nostra azienda, nonostante in altre strutture pubbliche o private accreditate dell'ULSS 20 i tempi di attesa siano inferiori;
- un eccesso di domanda per alcune prestazioni, per le quali l'offerta risulta, secondo le analisi regionali, già ora superiore allo standard;
- in alcuni casi, ormai limitati, una struttura dell'offerta ancora migliorabile.

La nostra azienda e l'ULSS 20 – in piena collaborazione – hanno da tempo attivato una serie di azioni volte al miglioramento, quali:

- l'attivazione di un CUP integrato tra Aziende detto "sovracup", per cui al cittadino – sia che si rivolga al CUP dell'ULSS 20 sia che si rivolga al CUP dell'AOU Verona – viene innanzi tutto offerto il primo posto disponibile fra tutte le agende dell'AOU Verona, dell'ULSS 20 e dei privati convenzionati; il cittadino è libero di scegliere se accettare la prima disponibilità o meno;
- l'ampliamento dei canali di offerta con un miglioramento della accessibilità alla prenotazione telefonica e via web;
- l'apertura delle agende serali, prefestive e festive con una maggiore offerta di prestazioni specialistiche con elevata priorità. L'attività riguarda prestazioni di risonanza magnetica, ecografie, ecocolordoppler tronchi sovraortici, agoaspirati, Tac Pet, visite neurologiche, gastroenterologiche, dermatologiche e oncologiche, che vengono eseguite il lunedì ed il mercoledì sera, il sabato pomeriggio e la domenica mattina;
- un lavoro di costante adeguamento della struttura dell'offerta, ottenuta grazie alla rimodulazione delle "agende di prenotazione", della distribuzione dei posti fra le diverse classi di priorità, del numero di prestazioni offerte;
- la costituzione di tavoli di lavoro interaziendali per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'utilizzo delle classi di priorità, per uniformare le preparazioni agli esami e per rendere omogenea la relativa modulistica.

Per tutte le Unità Operative il rispetto dei tempi è stato inserito quale obiettivo prioritario: su indicazione delle Direzione Aziendale, verrà effettuato un monitoraggio stringente - con cadenza mensile - dei tempi d'attesa per le cosiddette "prestazioni traccianti".

7.3 Le prestazioni traccianti

Il termine **prestazioni traccianti** indica quelle visite specialistiche ed esami strumentali individuati dalla Regione Veneto (DGR n 863/2011) come particolarmente rilevanti ed alle quali garantire tempi di erogazione coerenti con la priorità indicata in ricetta dal medico prescrittore.

PRESTAZIONI TRACCIANTI	
cod	descrizione
50.11	agobiopsia percutanea o agoaspirato del fegato ecoguidata
45.25	biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso
45.23	colonscopia con endoscopia flessibile
88.71.4	diagnostica ecografica del capo e del collo
88.73.5	eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici
88.77.4	ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso o venoso. a riposo
88.77.5	ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso o venoso. a riposo e dopo prova fisica o farmacologica
88.77.6	ecocolordoppler degli arti superiori arterioso o venoso. a riposo
88.77.7	ecocolordoppler degli arti superiori arterioso o venoso. a riposo e dopo prova fisica o farmacologica
88.72.3	ecocolordopplergrafia cardiaca
88.73.1	ecografia bilaterale della mammella
88.75.1	ecografia dell' addome inferiore
88.74.1	ecografia dell' addome superiore
88.76.1	ecografia dell'addome completo
88.78.2	ecografia ginecologica
88.73.2	ecografia monolaterale della mammella
88.78	ecografia ostetrica
89.50	elettrocardiogramma dinamico
93.08.1	elettromiografia semplice [emg]
95.41.1	esame audiometrico tonale
95.09.1	esame del fundus oculi
45.13	esofagogastroduodenoscopia [egd]
45.16	esofagogastroduodenoscopia [egds] con biopsia
99.25.1	iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche
87.37.1	mammografia bilaterale
87.37.2	mammografia monolaterale
45.42	polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
89.7A.2	prima visita angiologica
89.7A.3	prima visita cardiologica
89.7A.6	prima visita chirurgica vascolare
89.7A.7	prima visita dermatologica/allergologica
89.7B.2	prima visita di medicina fisica e riabilitazione
89.7A.8	prima visita endocrinologica
89.7A.9	prima visita gastroenterologica
89.26.1	prima visita ginecologica
89.13	prima visita neurologica [neurochirurgica]
95.02	prima visita oculistica
89.7B.6	prima visita oncologica
89.7B.8	prima visita orl
89.7B.7	prima visita ortopedica
89.7B.9	prima visita pneumologica
89.7C.2	prima visita urologica/andrologica
53.00.2	riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta
53.00.1	riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta
88.94.A	rm del bacino
88.94.P	rm del bacino senza e con mdc
88.94.5	rm del braccio
88.94.J	rm del braccio senza e con mdc
88.94.D	rm del ginocchio
88.94.S	rm del ginocchio senza e con mdc
88.94.6	rm del gomito
88.94.K	rm del gomito senza e con mdc
88.94.G	rm del piede
88.94.V	rm del piede senza e con mdc
88.94.8	rm del polso
88.94.M	rm del polso senza e con mdc
88.93.V	rm del rachide cervicale
88.93.7	rm del rachide cervicale senza e con mdc
88.93.Z	rm del rachide dorsale
88.93.8	rm del rachide dorsale senza e con mdc

88.93.4	rm del rachide lombosacrale
88.93.9	rm del rachide lombo-sacrale senza e con mdc
88.93.5	rm del rachide sacrococcigeo
88.93.A	rm del rachide sacrococcigeo senza e con mdc
88.94.B	rm dell' articolazione coxofemorale e mono e/o bilaterale
88.94.Q	rm dell' articolazione coxofemorale e mono e/o bilaterale senza e con mdc
88.94.7	rm dell' avambraccio
88.94.L	rm dell' avambraccio senza e con mdc
88.94.F	rm della caviglia
88.94.U	rm della caviglia senza e con mdc
88.94.C	rm della coscia [rm del femore]
88.94.R	rm della coscia [rm del femore] senza e con mdc
88.94.E	rm della gamba
88.94.T	rm della gamba senza e con mdc
88.94.9	rm della mano
88.94.N	rm della mano senza e con mdc
88.94.4	rm della spalla
88.94.H	rm della spalla senza e con mdc
88.91.1	rm di encefalo e del tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare
88.91.2	rm di encefalo e del tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con mdc
88.95.4	rmn dell'addome inferiore e scavo pelvico
88.95.5	rmn dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con mdc
45.24	sigmoidoscopia con endoscopia flessibile
89.37.2	spirometria globale
89.37.1	spirometria semplice
93.08.T	studio neurofisiologico [elettromiografico] arto inferiore completo
93.08.S	studio neurofisiologico [elettromiografico] arto superiore completo
93.08.Z	studio neurofisiologico [elettromiografico] del tronco
93.08.V	studio neurofisiologico [elettromiografico] facciale e trigeminale completo
87.03	tc cranio-encefalo
87.03.1	tc cranio-encefalo senza e con mdc
88.38.5	tc del bacino e articolazioni sacroiliache
88.38.A	tc del rachide e dello speco vertebrale cervicale
88.38.D	tc del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con mdc
88.38.C	tc del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale e del sacro coccige
88.38.F	tc del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale e del sacro coccige senza e con mdc
88.38.B	tc del rachide e dello speco vertebrale toracico
88.38.E	tc del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con mdc
87.41	tc del torace
87.41.1	tc del torace senza e con mdc
88.01.5	tc dell' addome completo
88.01.6	tc dell' addome completo senza e con mdc
88.01.3	tc dell' addome inferiore
88.01.4	tc dell' addome inferiore, senza e con contrasto
88.01.1	tc dell' addome superiore
88.01.2	tc dell' addome superiore, senza e con mdc
89.43	test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro
89.41	test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile

Tali prestazioni vengono monitorate dalla Regione Veneto poiché *rappresentano il primo accesso del paziente (residente in un ambito territoriale ben definito, nel nostro caso corrispondente a quello della ULSS 20) al Servizio Sanitario Regionale per il problema di salute posto, prescritto con l'indicazione della priorità in ricetta e prenotato tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) nel primo posto disponibile proposto.*

7.4 Le classi di priorità

Di seguito **le classi di priorità** con i relativi standard regionali, così come definiti dalla DGR 863/2011:

Codice di priorità	definizione	Classe Regionale	Tempo
U	Urgenza		Entro 24 ore, senza prenotazione
B	Visita breve	A	Entro 10 gg dalla prenotazione
D	Prestazione sollecita	B	Entro 30 gg per le visite; entro 60 gg per gli esami
P	Prestazione programmata	C	Entro 180 gg

Lettera **U** (Urgenza): la prestazione viene erogata tramite **accesso diretto al Pronto Soccorso (non è richiesta la prenotazione)**. In questo caso il medico di medicina generale indicherà nell'impegnativa il sospetto diagnostico per cui il paziente viene inviato al Pronto Soccorso. E' opportuno ricordare che l'effettiva urgenza delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso, che poi determinerà l'applicazione o meno del ticket, è stabilita dal medico di Pronto Soccorso, che deciderà anche in merito a tutti gli approfondimenti diagnostici posti in atto e ritenuti idonei per verificare, risolvere o escludere situazioni di emergenza medica.

Lettera **B** (Visita breve): è richiesta la prenotazione telefonando al Call Center o recandosi ad uno dei punti CUP; il giorno di erogazione della prestazione viene concordato **entro 10 giorni** dalla data di prenotazione. Non è prevista questa lettera per esami strumentali, ad eccezione della radiologia, dell'endoscopia e dell'ecodoppler tsa ed arti.

Lettera **D** (Prestazione sollecita): è richiesta la prenotazione telefonando al Call Center o recandosi ad uno dei punti CUP; il giorno di erogazione della **visita** viene concordato entro **30 giorni**, mentre per l'**esame** strumentale entro **60 giorni** dalla data di prenotazione.

Lettera **P** (Prestazione programmata): è richiesta la prenotazione telefonando al Call Center o recandosi ad uno dei punti CUP; la prenotazione della **prima visita** avviene entro **180 giorni** dalla data di prenotazione.

Sospetto diagnostico: la mancanza della diagnosi/sospetto diagnostico nell'impegnativa, quale requisito essenziale, determina che la prescrizione in fase di prenotazione sia classificata con lettera P.

7.5 La rilevazione dei tempi di attesa

Le **rilevazioni dei tempi di attesa** possono essere realizzate fondamentalmente attraverso due modalità:

- "*ex ante*" (a priori), che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato periodo indice, del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore e la data di erogazione prospettata (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene percepito dall'utente);
- "*ex post*" (a posteriori), che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore e quella della prima disponibilità della prestazione.

8. Umanizzazione, qualità e sicurezza

Il tema dell'umanizzazione è stato inserito per la prima volta nel Patto per la Salute 2014-2016, laddove si afferma che *"nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza"* e si predispone un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di un'attività progettuale in tema di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo indirizzato soprattutto all'Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

L'umanizzazione si può "misurare", come dimostrato dal Ministero della Salute attraverso Agenas con la collaborazione della Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, coinvolgendo direttamente i cittadini e le comunità locali. I risultati sono stati presentati nel corso del Convegno "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", svoltosi a Roma nel novembre scorso, e fruibili al sito istituzionale dell'Agenas (www.agenas.it).

I risultati della prima indagine nazionale sull'umanizzazione negli ospedali (Agenas, 2014)

L'indagine ha visto la partecipazione di 278 strutture, 286 associazioni, 594 cittadini sul territorio nazionale e ha riguardato in particolare quattro aree:

- **i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;**
- **l'accessibilità fisica, la vivibilità e il comfort dei luoghi di cura;**
- **l'accesso alle informazioni, la semplificazione e la trasparenza;**
- **la qualità della relazione con il paziente-cittadino.**

A queste si aggiungono sei focus su ambiti dell'assistenza particolarmente significativi: pronto soccorso, rianimazione, ostetricia, pediatria, multiculturalità e ospedale senza dolore.

I giudizi sono stati elaborati sulla base di 144 item che hanno composto la checklist per la valutazione partecipata ed è stata utilizzata, come metro di valutazione, una scala di punteggi da zero a dieci.

La media nazionale si attesta al di sopra della sufficienza: 6,53 punti. È stato notato che i punteggi tendono verso l'alto col crescere del numero dei posti letto, infatti i numeri più alti corrispondono alle strutture con almeno 800 posti. Anche in tema di umanizzazione, come si è riscontrato nel Programma nazionale esiti, le strutture con maggiori volumi, offrono migliori performance.

Questi in sintesi alcuni valori: 6,45 per i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura 6,93; accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza 6,13; cura della relazione con il paziente/cittadino 6,36.

Se risulta molto buona l'accessibilità ai disabili motori, poco o niente è stato fatto per l'eliminazione delle barriere sensoriali.

Molto da fare anche sul fronte della semplificazione delle modalità di prenotazione delle prestazioni: scarse infatti le alternative per il pagamento del ticket (farmacie, ricevitorie, casse automatiche presso esercizi commerciali, uffici postali, ecc.).

Informatizzazione/avanzamento tecnologico: ancora rari i sistemi di condivisione telematica dei dati clinici tra strutture e medici di medicina generale e poco diffusa la possibilità di consultare online le cartelle cliniche e i referti di esami diagnostici strumentali.

Acquisita ovunque la colazione dopo le 7, mentre permane diffusamente la distribuzione della cena prima delle 19.

Le strutture sono carenti in merito all'attivazione di corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per gli infermieri (3,18) e per i medici (2,75). Rare inoltre le iniziative di medicina narrativa (2,20).

L'impegno nel promuovere l'umanizzazione delle cure si evidenzia, in particolare, nell'attenzione alla condizione del bambino in ospedale (7,53) e nella lotta alla sofferenza inutile: l'ospedale senza dolore registra infatti un punteggio medio nazionale di 7,85; ostetricia ottiene un 7,71.

L'attenzione alle persone di diversa cultura e provenienza rappresenta un'area sulla quale le strutture dovranno sviluppare azioni di miglioramento: solo il 5,81.

L'area dell'umanizzazione diventerà parte integrante dei monitoraggi e delle valutazioni delle aziende sanitarie condotte da Agenas per conto del Ministero della Salute.

Anche la Regione Veneto, nell'ultimo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, ha inserito il tema dell'umanizzazione dell'assistenza definendolo *"quell'impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari aperti, sicuri e senza dolore,*

conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino".

La Regione ha quindi adottato⁴, tra gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, un progetto specifico, che rimarca tre aspetti fondamentali:

- l'umanizzazione delle organizzazioni
- l'umanizzazione della conoscenza/competenza
- l'umanizzazione dell'accoglienza/ospitalità

ed individua alcuni obiettivi:

- promuovere una capillare e trasparente **informazione** ai cittadini sui servizi erogati, attraverso gli strumenti di comunicazione aziendali (carta dei servizi, sito web...)
- promuovere progetti di **formazione** orientati prevalentemente a:
 - fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle **relazioni** e della **comunicazione**
 - preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel **primo livello di accoglienza**
 - adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei Pronti Soccorso
 - sviluppare **attività di psicologia clinica** con funzioni di diagnosi, sostegno, psicoterapia breve, formazione/supervisione degli operatori sanitari e promozione della salute in ambito psicologico anche dei dipendenti
- favorire un utilizzo appropriato delle **terapie a maggiore efficacia antalgica**, specie nelle patologie oncologiche
- porre in atto metodologie con cui valutare periodicamente il grado di **soddisfazione dell'utente** in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha fruito, nell'ottica di rimediare lacune od omissioni.

E' evidente che gli ambiti individuati coinvolgono in maniera trasversale le prassi di tutte le Unità Operative aziendali, che ritroveranno, nella scheda obiettivi 2015, declinazioni specifiche.

8.1 La sicurezza del paziente

Per il triennio 2015-2017 si intende proseguire nello sviluppo di un sistema integrato di gestione della sicurezza del paziente e dell'operatore che preveda:

- il rispetto del flusso SIMES regionale (*incident reporting*, eventi sentinella, reclami rivolti agli Uffici Relazioni con il Pubblico, segnalazione sinistri);
- la promozione e realizzazione di programmi di formazione sulla sicurezza del paziente mediante Corsi di formazione frontale, sul campo e a distanza (FAD) e progetti di formazione mediante simulazione;
- l'implementazione di programmi specifici sulla sicurezza del paziente.

La corrente letteratura scientifica dimostra che l'80% degli **eventi avversi** in campo assistenziale avviene in Ospedale e che più della metà di questi si realizza in area chirurgica.

Risulta pertanto necessario proseguire nella diffusione ed implementazione degli strumenti (quali la check list per la sicurezza in sala operatoria) e delle strategie (quali l'adozione delle raccomandazioni ministeriali) per ridurre la probabilità di incidenti promuovendo un clima proattivo alla segnalazione mediante *l'incident reporting* delle situazioni di rischio per un'analisi delle cause profonde mediante audit per gli eventi significativi.

L'ambito della terapia in ospedale ha rappresentato storicamente un settore ad elevata frequenza di errore. Le attuali evidenze mostrano la necessità di integrare la valutazione dei rischi collegati alle terapie tra le diverse competenze collegate al rischio clinico, farmacovigilanza e farmacia ospedaliera a partire da un approccio integrato alla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci, degli eventi avversi derivanti dalle terapie e del ritiro dei farmaci stessi.

La nostra Azienda, che ha già avviato una procedura integrata in tal senso e sta procedendo all'informatizzazione della terapia nelle Unità Operative, prevede di effettuare specifici interventi per le aree a rischio a cominciare dalle Terapie Intensive Neonatale e Pediatrica e di analisi delle situazioni di rischio mediante audit per gli eventi significativi.

Elementi di contesto, rappresentati dalla transizione epidemiologica e demografica della popolazione che afferisce all'Ospedale ed il progressivo aumento dell'utilizzo delle tecnologie invasive determina un effetto sull'aumento delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). In tale scenario va assumendo sempre

⁴ DGR n. 1112 del 01 luglio 2014 "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale ex art. 1, commi 34 e 35 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2013. Accordo Rep. Atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281"

maggior rilievo una sorveglianza attiva del fenomeno che, oltre ad avvalersi del monitoraggio microbiologico, può prevedere l'attivazione di studi di prevalenza delle ICA secondo il protocollo ECDC.

Come segnalato dalla Regione Veneto nel recente *"Documento di indirizzo per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie"*, le cadute all'interno delle strutture sanitarie rappresentano gli eventi avversi più frequenti e possono determinare conseguenze, immediate e tardive, anche gravi fino a condurre al decesso del paziente. L'Azienda intende pertanto adottare protocolli condivisi a livello aziendale di valutazione del rischio e di analisi delle cadute al fine di sostenere un sistema di monitoraggio e prevenzione delle stesse.

Le **reazioni avverse da farmaci** (ADR) sono una delle cause più comuni di morbidità e di mortalità, e costituiscono un rilevante problema sia di salute sia di costi sanitari.

La segnalazione di ADR da parte degli operatori sanitari non è solo un obbligo di legge imposto dall'AIFA e dall'EMA, ma un atto sanitario di estrema rilevanza; infatti, attraverso i sistemi di segnalazione si aumenta la sicurezza dei pazienti individuando ADR precedentemente sconosciute oppure ottenendo nuove informazioni su ADR già note.

A partire dal 2013 la Regione Veneto ha deciso di inserire la farmacovigilanza tra gli obiettivi da assegnare alle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, stabilendo livelli minimi di segnalazione di ADR. Per l'anno 2015 l'obiettivo complessivo dell'AOU Verona è l'effettuazione di almeno 320 ADR.

L'obiettivo, declinato per ciascuna Unità Operativa, è stato individuato in base al numero di ricoveri e di Amidi/anno e all'utilizzo di farmaci.

Nel corso del 2015 proseguiranno inoltre gli incontri di formazione volti alle Unità Operative e condotti dall'Unità di Farmacologia, sulle finalità e sulle modalità di segnalazione ADR.

8.2 Sicurezza e qualità dell'attività amministrativa

Nelle aziende sanitarie le diverse strutture organizzative sono chiamate sempre più a fornire il proprio contributo per una conduzione dell'azienda sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati.

La consapevolezza che, ad esempio, anche la gestione del rischio amministrativo-contabile sia un aspetto che non può essere trascurato comporta l'esigenza di porre in essere strumenti adeguati per la mitigazione del rischio anche nell'ambito delle attività amministrative.

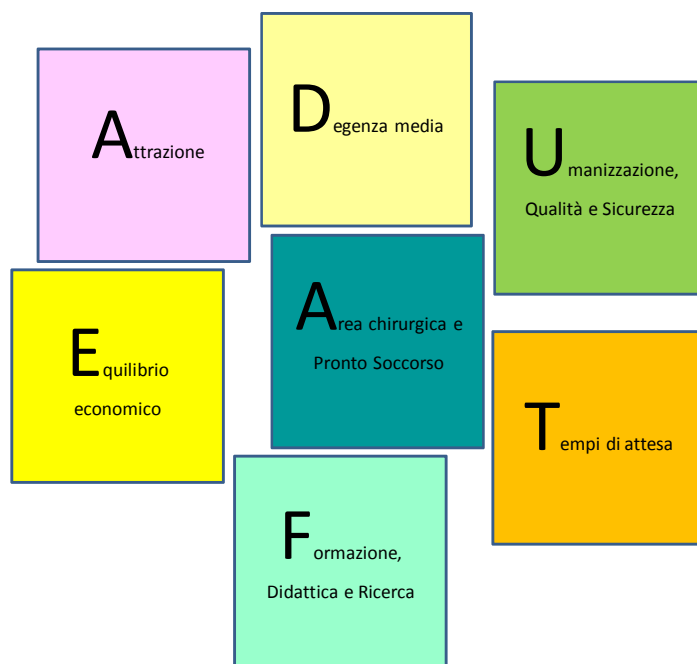
In quest'area possono essere archiviati, oltre ai tradizionali elementi legati all'area del Sistema Qualità ed a quelli relativi alla relazione col paziente e cittadino, anche una serie di aspetti derivanti dalle recenti norme sulla Trasparenza, sulla Semplificazione, sull'Accessibilità ai servizi ed alle informazioni, sull'Anticorruzione, sulla valutazione della Performance.

9. La Scheda di Budget 2015 per le Unità Operative

La Regione ha condensato le linee programmatiche per il 2015 in un set di obiettivi che appare articolato in una struttura a più livelli, ciascuno dei quali prevede *sub-obiettivi* con un maggior grado di dettaglio. Per gli obiettivi individuati vengono definiti indicatori puntuali, che consentono di misurare la performance raggiunta in relazione a quella richiesta.

Nelle Schede di Budget 2015 dell'AOUI vengono ripresi alcuni dei target che la Regione Veneto ha assegnato alla nostra Azienda ed integrati da sub-obiettivi - identificati dalla Direzione - rispondenti alle specifiche strategie aziendali, sia per i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) che per i Dipartimenti Amministrativi e Tecnici (DAT) e per le Unità Operative in Staff alle Direzioni.

L'intento è quello di garantire unitarietà al processo, chiamando DAI e DAT a concentrare gli sforzi su obiettivi comuni e trasversali, che nella scheda di Budget 2015 sono raggruppati in **macro-aree**.



Prima di passare in rassegna un esempio di Scheda di Budget 2015, si desidera attirare l'attenzione su ciò che, per Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), rappresenta il pre-requisito fondamentale:

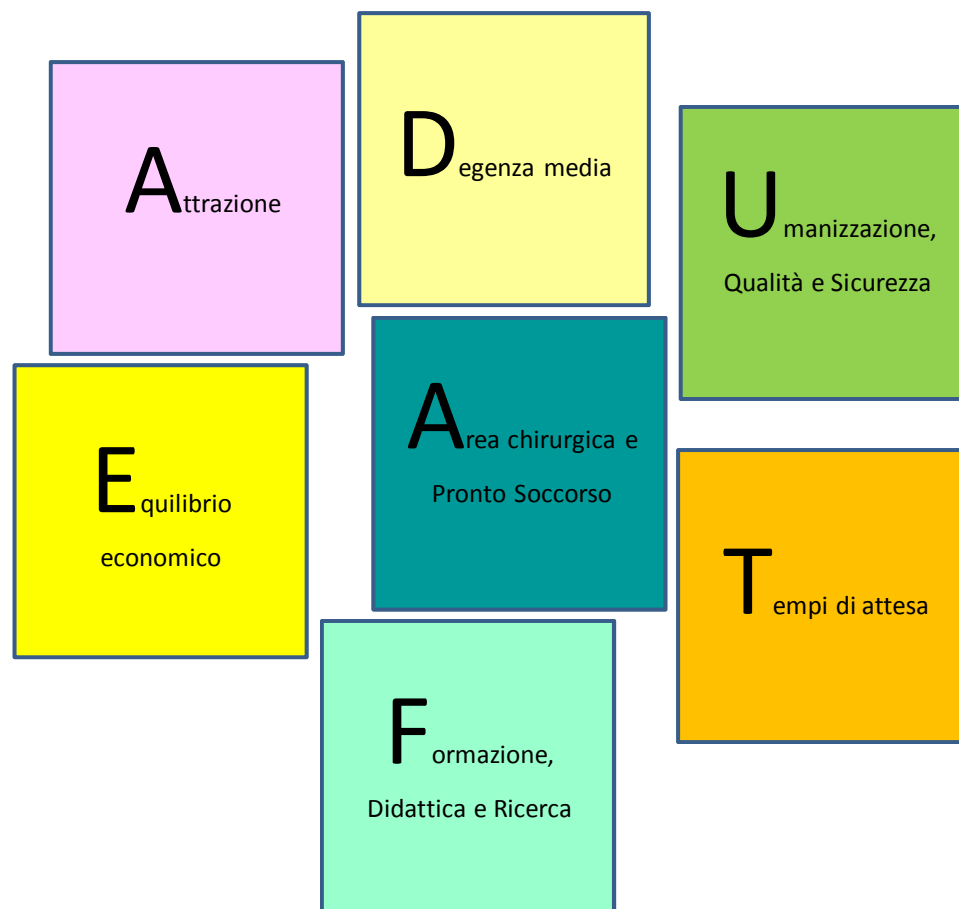
Pre-requisito

Per il 2015 il completo raggiungimento di uno degli "obiettivi storici", ovvero la % di SDO chiuse entro i tempi previsti, diventa un pre-requisito fondamentale: il suo mancato raggiungimento determinerà infatti una penalizzazione pari al 10% del punteggio totale ottenuto.

Tale misura, sinora mai intrapresa, è stata adottata dalla Direzione dopo l'ennesima valutazione negativa ottenuta dalla nostra Azienda da parte degli organismi regionali di controllo.

La consapevolezza che tale adempimento non rappresenta solo una pratica burocratica, ma diventa il mezzo per dare evidenza al nostro operato ed ottenere il rimborso per il lavoro svolto deve diventare patrimonio di tutti gli operatori dell'azienda.

BUDGET 2015-2016



ID	Macro Obiettivo Strategici	Punti	Obiettivi di Budget 2015	Anno 2013	Anno 2014	obiettivo UOC 2015	Direttore	Dirigenti	Comparto
Pre-requisito la valutazione negativa comporterà una penalizzazione sulla valutazione finale pari a 10 punti			Completezza e tempestività del flusso SDO			'≥95% in ogni trimestre	X	X	X
1	Degenza media	15	diminuzione della degenza media	10,1	10,3	9,3	X	X	X
			% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	0,6%	10,0%	≤10%	X	X	X
			% di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	--	--	--	X	X	X
			% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥65 anni	2,8%	4,2%	≤3%	X	X	X
			riduzione delle giornate di permesso	1	12	--	X	X	X
2	Area chirurgica e Pronto Soccorso	15	effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo RO) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana			adesione alle indicazioni della Direzione Aziendale	X	X	X
			anticipo dell'orario di inizio attività nelle Sale Operatorie		9.13	8.30	X	X	X
			riduzione dei tempi di cambio tra interventi			riduzione	X	X	X
			% di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5 gg effettuati in Week Surgery			adesione alle indicazioni della Direzione Aziendale	X	X	X
			% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (RO+DH)	39,6%	39,1%	≤15%	X	X	X
			colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con dm post operatoria <3gg	85,7%	29,4%	>60%	X	X	X
			% di accessi in Pronto Soccorso con durata <4 ore	--	--	--	X	X	X
			% parti cesarei primari	--	--	--	X	X	X

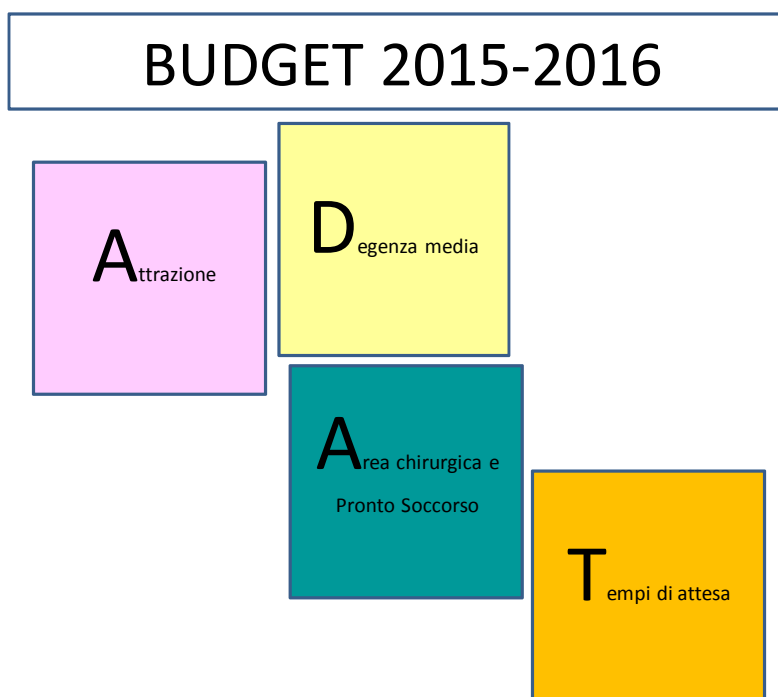
ID	Macro Obiettivo Strategici	Punti	Obiettivi di Budget 2015	Anno 2013	Anno 2014	obiettivo UOC 2015	Direttore	Dirigenti	Comparto
3	Tempi d'attesa	15	rispetto dei tempi di attesa per il ricovero ordinario			rispetto dei tempi per classe A e B	X	X	X
			rispetto tempi di attesa per attività specialistica ambulatoriale (prestazioni traccianti) di classe B			100%	X	X	X
			rispetto tempi di attesa per attività specialistica ambulatoriale (prestazioni traccianti) di classe D			90%	X	X	X
			riduzione dei tempi di attesa prestazioni per interni (area radiologia e anatomia patologica)			--	X	X	X
			apertura degli ambulatori in orario serale e nei giorni di sabato e domenica: rispetto degli standard regionali			adesione alle indicazioni della Direzione	X	X	X
			apertura delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica: rispetto degli standard regionali			--	X	X	X
4	Attrazione	15	concentrazione negli ospedali Hub dell'attività ad alta complessità: % di ricoveri di classe A sul totale ricoveri	19,6%	18,6%	>20%	X	X	X
			% di pazienti extra-regione (RO+DH)	38,6%	44,5%	45%	X	X	X
			valore medio DRG	6.792	7.035	>7035	X	X	X
5	Equilibrio economico	15	rispetto dei tetti di costo per farmaceutica, dispositivi medici e IVD: rispetto del budget economico			rispetto del budget assegnato	X	X	X
			miglioramento degli indicatori di appropriatezza prescrittiva:			in attesa di indicazioni regionali	X	X	X
			--						
			--						
			Registri AIFA: chiusura schede di follow up						
			--			in attesa di indicazioni regionali			
			--						
			quota di DDD di PPI (inibitori di pompa protonica) consumate						

ID	Macro Obiettivo Strategici	Punti	Obiettivi di Budget 2015	Anno 2013	Anno 2014	obiettivo UOC 2015	Direttore	Dirigenti	Comparto
6	Umanizzazione, qualità e sicurezza	15	azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati, valutazione e trattamento del dolore:				X	X	X
			a. % di cartelle cliniche o lettere di dimissione informatizzate nelle quali è documentata la rilevazione del dolore			100%			
			b. monitoraggio utilizzo farmaci antidolorifici			variazione nei consumi			
			qualità percepita			implementazione di azioni di miglioramento	X	X	X
			- rischio clinico: segnalazione puntuale, mediante Incident Reporting, di tutti i casi di evento avverso o <i>near miss</i>			almeno 1	X	X	X
			- numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	1	5	9	X	X	X
			Implementazione Fascicolo Sanitario Elettronico:						
			- % di referti di verbali di PS con firma digitale rispetto al totale			--	X	X	X
			- % di lettere di dimissione con firma digitale rispetto al totale: ricovero ordinario (rilevazione: marzo 2015) DH			98,6% 100%	X	X	X
			- % di referti di anatomia patologica, laboratorio, microbiologia, radiologia con firma digitale rispetto al totale			19,4% 100%	X	X	X
7	Formazione, didattica e ricerca	10	partecipazione agli eventi formativi previsti dal Piano Formativo Aziendale per la Sicurezza del Paziente			almeno 1 evento formativo	X	X	X
			censimento delle pubblicazioni scientifiche anni 2013 e 2014						
			censimento delle collaborazioni internazionali						
			censimento congressi/convegni organizzati negli anni 2013 e 2014			invio relazione a DMO entro 1 dicembre 2015	X	X	

Legenda acronimi	
CdG	Servizio Controllo di Gestione
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
F	Farmacologia
SF	Servizio Farmacia
SQ	Servizio Miglioramento Qualità e Accreditamento
SSI	Servizio Sistemi Informativi

10. La Scheda di Budget per i Direttori dei Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI)

La valutazione dei Direttori dei Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI) verrà effettuata anche in base alla Scheda Obiettivi individuale, di seguito illustrata, che riporta gli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Aziendale.



ID	Macro Obiettivo Strategici	Punti	Obiettivi di Budget 2015	soglia aziendale 2015	Direttore	valutatore
Pre-requisito la valutazione negativa comporterà una penalizzazione sulla valutazione finale pari a 10 punti			Completezza e tempestività del flusso SDO	≥ 95% in ogni trimestre	X	CdG e DMO
1	Degenza media	25	diminuzione della degenza media	< 1 gg	X	CdG
2	Area Chirurgica e Pronto Soccorso	25	anticipo dell'orario di inizio attività nelle Sale Operatorie	inizio intervento ore 8.30	X	DMO
3	Tempi d'attesa	25	rispetto tempi di attesa per attività specialistica ambulatoriale (prestazioni traccianti) di classe B e D	≥ 90%	X	DMO
4	Attrazione	25	% di pazienti extra-regione	aumento	X	CdG

11. Gli obiettivi assegnati al Comparto

A partire dal 2014 nella scheda di budget (scheda obiettivi) è stata introdotta una colonna che individua gli obiettivi assegnati anche al Personale del Comparto, sia di area sanitaria che tecnico-amministrativa che opera in area sanitaria, in attuazione di quanto disposto dalle norme vigenti in materia di valutazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni, e per dar seguito alle sollecitazioni in merito ricevute dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Anche nel 2015 il Personale del Comparto parteciperà al raggiungimento delle performance dell'Unità Operativa.

12. La valutazione della Performance

Di seguito vengono illustrati i criteri adottati per la valutazione della performance delle Unità Operative dell'AOU Verona afferenti ai DAI. L'ordine di descrizione degli obiettivi, dei relativi indicatori e dei valutatori rispecchia quello della Scheda Obiettivi.

Anche per l'anno 2015 il punteggio "grezzo" complessivo ottenuto dalle Unità Operative viene "aggiustato", ai fini della corresponsione della quota degli incentivi, utilizzando la consueta formula:

$$0,75 + (val\ UO - val\ Min) * 0,25 / (val\ Max - val\ Min)$$

Dove:

Val UO = punteggio grezzo complessivo dell'Unità Operativa

Val Min = valore minimo della distribuzione dei punteggi ottenuti da tutte le Unità Operative

Val Max = valore massimo della distribuzione dei punteggi ottenuti da tutte le Unità Operative

Con riferimento alla fase di valutazione della performance individuale, che interessa l'intera platea del personale dipendente dell'Azienda, si ricorda che, in base alla normativa vigente, il raggiungimento degli obiettivi di budget costituisce, per ogni singola Unità Operativa, il requisito per accedere alla retribuzione di risultato. Un parziale raggiungimento degli obiettivi, non giustificabile da fattori contingenti ed imprevedibili intervenuti, comporta una proporzionale e limitata erogazione dell'incentivo.

Il mancato ed immotivato raggiungimento dei risultati concordati, oltre a determinare gli effetti giuridici indicati dai CCNL delle aree dirigenziali, comporta la mancata attribuzione ed il recupero dell'eventuale quota corrisposta per stato di avanzamento.

I Direttori delle Unità Operative hanno facoltà di presentare eventuali controdeduzioni in relazione alla valutazione ottenuta, entro 20 giorni dal ricevimento della stessa. Le richieste di revisione della valutazione, presentate sotto forma di relazione a firma del Direttore dell'Unità Operativa, verranno valutate dalla Direzione aziendale e sottoposte all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della nostra azienda. Qualora accolte, daranno luogo alla revisione del punteggio assegnato.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è individuato dall'art. 7 del Decreto Legislativo n. 150/2009 (decreto Brunetta) quale soggetto preposto a sovrintendere e monitorare, garantendo la correttezza dell'intero processo, il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati.

L'OIV misura e valuta con cadenza annuale i risultati di ciascun Dipartimento ed Unità Operativa, oltre a misurare e valutare i risultati gestionali dei dirigenti apicali/responsabili e successivamente, sulla base delle proposte formulate da questi ultimi, il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi affidati a tutti gli altri dipendenti operanti nelle singole Unità Operative.

Per legge, la corresponsione dell'incentivazione di produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla valutazione effettuata dall'OIV in merito al conseguimento dei risultati, anche per stati di avanzamento, in rapporto agli obiettivi assegnati.

13. Dipartimenti ad Attività Integrata: i criteri di valutazione degli obiettivi

Di seguito vengono sinteticamente riportati i criteri utilizzati per la valutazione della performance organizzativa dell'anno 2015 per i Dipartimenti ad Attività Integrata. Perlopiù si tratta di indicazioni di massima, che come di consueto in fase di valutazione conclusiva saranno integrate da approfondimenti specifici e da valutazioni di contesto. Va precisato che la valutazione verterà sui risultati ottenuti dal momento di ricezione della scheda obiettivi 2015 da parte dei Direttori di DAI, dei Direttori di UOC e dei Responsabili di USD.

Pre-requisito: completezza e tempestività del flusso SDO ($\geq 95\%$ in ogni trimestre).

Indicatore: % di SDO chiuse entro i tempi previsti.

Valutatori: Servizio Controllo di Gestione e Direzione Medica Ospedaliera

Macro-Obiettivo 1: degenza media

indicatori	Obiettivo aziendale	valutazione	valutatore
diminuzione della degenza media	riduzione di 1 giorno rispetto al valore registrato nel 2014	Se dm ridotta di 1 gg: obiettivo raggiunto; Se dm ridotta di 0,50: obiettivo parzialmente raggiunto; Se dm invariata o aumentata: obiettivo non raggiunto	CdG, DMO
% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	$\leq 15\%$	Se % DH medico diagnostico $\leq 15\%$: obiettivo raggiunto; Se % DH medico diagnostico $\geq 15\%$: obiettivo non raggiunto	CdG
% di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	$\leq 20\%$	Se $\leq 20\%$: obiettivo raggiunto; Se $\geq 20\%$: obiettivo non raggiunto	CdG
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni	$\leq 3\%$	Se $\leq 3\%$: obiettivo raggiunto; Se $\geq 3\%$: obiettivo non raggiunto	CdG
N giornate di permesso	Riduzione rispetto al 2014	Se $<$ a valore 2014: obiettivo raggiunto; Se stabile: obiettivo non raggiunto	CdG

Macro-Obiettivo 2: area chirurgica e Pronto Soccorso

indicatori	Obiettivo aziendale	valutazione	valutatore
effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo RO) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana	> 1000 interventi annui		DMO
anticipo dell'orario di inizio attività nelle Sale Operatorie	inizio ore 8		DMO, Torre di Controllo
% di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5 gg effettuati in Week Surgery	$\geq 40\%$	Se Week Surgery risulta implementata: obiettivo raggiunto	CdG e DMO
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza media post-operatoria < 3 giorni	$> 60\%$	Se $> 60\%$: obiettivo raggiunto; Se valore tra 40% e 60% : obiettivo parzialmente raggiunto; Se $< 40\%$: obiettivo non raggiunto	CdG, DMO
% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	$\leq 15\%$	Se $\leq 15\%$: obiettivo raggiunto; Se valore tra $> 15\%$: obiettivo non raggiunto	CdG, DMO
% di accessi in pronto Soccorso con durata < 4 ore	90° percentile degli accessi entro 4 ore	Se $< 90^\circ$ percentile: obiettivo non raggiunto	CdG, DMO
% parti cesarei primari	$< 25\%$	Se $< 25\%$: obiettivo raggiunto Se $> 25\%$: obiettivo non raggiunto	CdG
N interventi chirurgici	$>$ del valore 2014	Se n interventi > 2014 : obiettivo raggiunto	CdG, DMO

Macro-Obiettivo 3: tempi d'attesa

indicatori	Obiettivo aziendale	valutazione	valutatore
rispetto tempi di attesa per attività specialistica ambulatoriale (prestazioni traccianti) di classe B e D	≥ 90%	Se >90%: obiettivo raggiunto Se <90%: obiettivo non raggiunto	DMO
Rispetto tempi di attesa prestazioni per interni (radiologia e anatomia patologica)	< valore anno 2014	Se tempi di attesa per interni ridotti rispetto al 2014: obiettivo raggiunto; Se stabili o aumentati: obiettivo non raggiunto	DMO
apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica	Rispetto degli standard regionali	Se standard rispettati: obiettivo raggiunto	DMO

Macro-Obiettivo 4: attrazione

indicatori	Obiettivo aziendale	valutazione	valutatore
% di ricoveri di classe A sul totale ricoveri	aumento	Se, rispetto al 2014, % DRG classe A risulta: aumentata: obiettivo raggiunto; stabile: parzialmente raggiunto; ridotta: non raggiunto	CdG
% di pazienti extra-regione	aumento	Se, rispetto al 2014, % paz extra-regione risulta: aumentata: obiettivo raggiunto; stabile: parzialmente raggiunto; ridotta: non raggiunto	CdG
valore medio DRG	aumento	Se, rispetto al 2014, il valore medio per caso trattato risulta: aumentato obiettivo raggiunto; stabile: parzialmente raggiunto; diminuito: non raggiunto	CdG

Macro-Obiettivo 5: equilibrio economico

indicatori	Obiettivo aziendale	valutazione	valutatore
rispetto dei tetti di costo per farmaceutica, dispositivi medici e IVD	Rispetto del budget economico assegnato	Se rispetto del budget assegnato: obiettivo raggiunto; Se sfioramento del 5% motivato dal Direttore UOC e validato dal Servizio Farmacia: obiettivo parzialmente raggiunto; Se sfioramento >5%, o nessuna motivazione da parte del Direttore: obiettivo non raggiunto	SF, CdG
indicatori di appropriatezza prescrittiva	miglioramento	Se evidenza di miglioramento: obiettivo raggiunto; mancata evidenza: obiettivo non raggiunto	SF

Macro-Obiettivo 6: umanizzazione, qualità e sicurezza

Obiettivo	indicatori	valutazione	valutatore
Azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati	% di cartelle cliniche o lettere di dimissione informatizzate nelle quali è documentata la rilevazione del dolore	Se >80%: obiettivo raggiunto	DMO
	Monitoraggio utilizzo farmaci antidolorifici	Se > valore 2014: obiettivo raggiunto	SF
Qualità percepita	Evidenza di implementazione di azioni di miglioramento	Se evidenza: obiettivo raggiunto	SQ
Rischio clinico: segnalazione (Incident Reporting) di tutti gli eventi avversi	Almeno 1 IR	Se evidenza: obiettivo raggiunto	DMO
- numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥0,005 dei ricoveri	Se rispetto del valore assegnato: obiettivo raggiunto	F
Implementazione Fascicolo Sanitario Elettronico:			
100% di referti di verbali di PS con firma digitale rispetto al totale	% di referti di verbali di PS con firma digitale	Se <100%: obiettivo non raggiunto	SSI
100% di lettere di dimissione con firma digitale rispetto al totale delle lettere di dimissione	% di lettere di dimissione con firma digitale rispetto al totale delle lettere di dimissione	Se <100%: obiettivo non raggiunto	SSI
100% di referti di anatomia patologica, laboratorio, microbiologia, radiologia con firma digitale rispetto al totale	% di referti di con firma digitale	Se <100%: obiettivo non raggiunto	SSI

Macro-Obiettivo 7: formazione, didattica e ricerca

Obiettivo	indicatori	valutazione	valutatore
Partecipazione al Piano Formativo aziendale per la sicurezza del paziente	Adesione al progetto formativo	Se evidenza di partecipazione: obiettivo raggiunto	DMO
censimento dell'attività di insegnamento anno 2014	invio relazione	Se mancato invio di relazione: obiettivo non raggiunto. Le relazioni inviate saranno valutate in rapporto al livello di completezza e congruenza.	DMO
censimento delle pubblicazioni scientifiche anni 2013 e 2014			
censimento delle collaborazioni internazionali			
censimento congressi/convegni organizzati negli anni 2013 e 2014			

Legenda degli acronimi relativi alla colonna "valutatore":

- CdG: Servizio Controllo di Gestione
- DMO: Direzione Medica Ospedaliera
- F: Farmacologia
- SF: Servizio Farmacia
- SSI: Servizio Sistemi Informativi
- SQ: Servizio Miglioramento Qualità

14. Tempi e modalità del processo di Budget 2015

Le direttive della Direzione Strategica aziendale sono esplicitate nel processo di Budget, coordinato dal Comitato di Budget, composto da: Servizio Controllo di Gestione, Direzione Medica Ospedaliera, Servizio Farmacia, Servizio Qualità e Servizio Professioni Sanitarie.

Il Comitato di Budget si avvale dei vari Servizi aziendali per reperire dati ed informazioni utili alla gestione delle varie fasi del processo.

Le fasi ed i tempi del processo di Budget 2015 sono illustrati in figura:

	gennaio febbraio	marzo	aprile	entro il 30 aprile
Comitato di Budget	- DGR 2252/2014: ricezione obiettivi regionali - analisi di fattibilità	- predisposizione obiettivi	- invio delle proposte di Schede di Budget ai Direttori di UOC e di DAI	- organizzazione degli incontri di negoiazione tra Direttori di DAI e Direttori di UOC alla presenza della Direzione Strategica
Direttore DAI			- discussione delle proposte all'interno dei DAI	
Direttore UOC				

Nel corso del mese di aprile 2015 i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa Complessa riceveranno la proposta di Scheda Obiettivi.

La Direzione Aziendale dà mandato ai Direttori di Dipartimento di promuovere e coordinare gli incontri per discutere, all'interno di ciascun Dipartimento, la proposta di Scheda Obiettivi prima degli incontri di negoziazione.

Entro la fine di aprile 2015 verranno organizzati gli **incontri di negoziazione**, presieduti dal Direttore di Dipartimento. Agli incontri parteciperanno i Direttori delle UOC afferenti, i Caposala, il Comitato di Budget (composto da Direzione Medica, Servizio Farmacia, Servizio Controllo di Gestione, Servizio Qualità) e la Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo).

Nel corso dell'anno il Servizio Controllo di Gestione invierà ai Direttori e Caposala i consueti report periodici di monitoraggio su attività e consumi, mentre il Servizio Farmacia predisporrà gli approfondimenti sui consumi di farmaci e dispositivi medici.

Lo status dei quattro obiettivi ritenuti particolarmente strategici (degenza media, attrazione, attività chirurgica, tempi di attesa) sarà invece monitorato mensilmente dalla Direzione Aziendale:.

Nel corso della seduta programmata per il 16 aprile 2015 verranno presentate all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOUI le linee-guida relative al Processo di Budget 2015, le Schede Obiettivi ed il Documento di Direttive.