# Azienda Ospedaliera Universitaria

Policlinico “G. Martino” - Messina

C.F. Partita IVA 0351890832

↔

# Relazione sulla *performance*

# Anno 2012

(art. 10, comma 1, lettera b del d.lgs. n. 150/2009)

Presentazione

L'intervento riformatore del legislatore nazionale realizzato con il D.lgs. n. 150 del 27.10.2009 persegue una finalità particolarmente significativa nell'attuale contesto storico contrassegnato da crisi economica: la *riaffermazione* della fiducia del cittadino nell'operato della Pubblica Amministrazione.
Si tratta di percorso riformatore complesso ed impegnativo, che vede tutti gli attori che compongono la struttura aziendale impegnati in un progetto di alto profilo.
Responsabilità politica (Direzione strategica) e responsabilità gestionale (dirigenti) si fondono in un unico comune obiettivo, che è quello di migliorare la produttività della Pubblica Amministrazione a vantaggio della collettività.
In questo contesto, il ciclo della Performance, così come sancito dal Decreto, assurge a modello di funzionamento generale ed organizzazione del lavoro pubblico.
Vengono individuati gli obiettivi da raggiungere, stabilite le risorse necessarie, definiti gli indicatori per la misurazione e la valutazione, che devono guidare tutta l'attività della struttura aziendale, nell'ottica di una corretta e trasparente programmazione degli interventi.
Secondo tale schema, tutti i protagonisti della realizzazione di questo sforzo comune si sottopongono a misurazione e valutazione il cui esito deve essere presentato all'opinione pubblica.
Oggi, con la consapevolezza che tutti, il vertice aziendale, la classe dirigente, i lavoratori di ogni livello, le organizzazioni sindacali devono, ciascuno per la propria parte, contribuire a rendere efficienti i servizi da loro erogati per aiutare il Paese ed il sistema economico, la Performance assurge a principio etico, ancor prima che giuridico, affinché si realizzino gli intenti riformatori della P.A.

Il Commissario Straordinario

**f.to**

# SOMMARIO


**1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI ..... 4**

1.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO ..... 4
1.2 L'AMMINISTRAZIONE ..... 5
*1.2.1 Organizzazione ..... 5*
*1.2.2 Risorse umane ..... 5*
*1.2.3 Risorse finanziarie ..... 14*

**2 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI ..... 17**

2.1 OBIETTIVI ..... 17
2.2 RISULTATI ..... 20
2.3 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. MARTINO" (SISTEMA PREMIANTE AZIENDALE) ..... 58
*2.3.1 Introduzione ..... 58*
*2.3.2 Finalità ..... 59*
*2.3.3 Descrizione sintetica del processo ..... 60*
*2.3.4 Destinatari ..... 61*

**3 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ..... 62**

3.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ ..... 62

# 1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

In questa prima sezione viene presentato, in un linguaggio chiaro e comprensibile anche ad un lettore non esperto, un quadro sintetico dei contenuti di interesse immediato per i cittadini e gli altri *stakeholder* esterni. Un maggior dettaglio di queste informazioni potrà essere ritrovato nelle sezioni successive.

## 1.1 Il contesto esterno di riferimento

In questo paragrafo vengono descritte le principali caratteristiche del contesto esterno nel quale si è svolta l'azione dell'Azienda, dando rilievo ai fattori esterni intervenuti nel corso dell'anno 2012.

In termini generali si evidenzia che i fattori esterni che hanno influenzato, in primo luogo, l'attività nell'anno 2012, per il conseguimento dei risultati programmati, sono collegati alla crisi economica che ha investito il Paese. Sono stati adottati diversi provvedimenti di carattere finanziario a livello statale, che hanno ridotto le risorse finanziarie programmate, spingendo verso la razionalizzazione e il contenimento della spesa pubblica. In particolare ci si riferisce al decreto-legge n. 78 del 31 maggio 2010 recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica, convertito dalla legge n.122 del 30 luglio 2010 e al decreto-legge n. 98 del 6 luglio 2011, recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 e al decreto-legge n. 138 del 13 agosto 2011 recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e lo sviluppo, convertito nella legge n.148 del 14 settembre 2011, al d.l. 6 luglio, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. Inoltre, va fatto riferimento ai provvedimenti di carattere regionale, in particolare si richiama Il nuovo Piano Regionale della Salute per la crescita qualitativa del sistema e dei livelli di assistenza, la cui attuazione nel triennio 2011-2013, deve rispondere, nella individuazione degli obiettivi e delle sue linee di intervento, al principio di coerenza con le strategie del Piano Sanitario Nazionale, del nuovo Patto per la Salute e di tutti gli strumenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale. (D.L 101/13 disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni)

In tal senso, il Piano della Salute intende assolvere all'impegno assunto con il Piano di rientro e, in prosecuzione dello stesso, del Programma Operativo Regionale 2010-2012 e quindi alle disposizioni innovative della stessa legge di riforma (legge 14 aprile 2009 n. 5 recante *"Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale"* che ha posto le basi per la riforma dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario della Regione Sicilia).

Il Piano Regionale della Salute tiene conto di alcuni principi di fondo quali: l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, il pluralismo erogativo da parte di strutture pubbliche e private accreditate e l'equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per tutti i cittadini comprese le fasce più vulnerabili. Tali principi, tuttavia, non possono prescindere dall'appropriatezza, intesa sia in senso strettamente clinico, che nella accezione di "erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse".

Sulla base di questi presupposti, il Piano Regionale della Salute pone il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona. Il Piano, quindi, mira da un lato alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di

assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

## 1.2 L'Amministrazione

In analogia con il paragrafo "*l'Amministrazione in cifre*" del Piano della performance 2011-2013, si propone un quadro sintetico dei dati qualitativi e quantitativi che caratterizzano l'Amministrazione con riferimento al personale, suddiviso per le diverse tipologie, alle risorse finanziarie assegnate e al sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.

### 1.2.1 Organizzazione

Con l'Atto aziendale adottato con delibera n. 739 del 2010 è stata fissata l'organizzazione dell'Azienda, fondata su un modello dipartimentale sia per la componente sanitaria che per quella amministrativa, come rappresentato nel sotto riportato organigramma

---

**Organigramma**

**Direzione Generale**

**Direzione Sanitaria** | **Direzione Amministrativa**

**Dipartimenti Attività Integrate** | **Dip. Amministrativo**

- Medicina Interna
- Chirurgia Generale, Oncologia ed Anatomia Patologica
- Chirurgia Specialistica
- Diagnostica per Immagini e Radioterapia
- Anestesia, Rianimazione ed Emergenze Medico - Chirurgiche
- Diagnostica di Laboratorio
- Materno Infantile
- Neuroscienze
- Toraco – Cardio Vascolare
- Medicine Specialistiche
- Servizi

---

### 1.2.2 Risorse umane

Ai fini della rendicontazione del raggiungimento degli obiettivi di performance previsti nel Piano della Performance 2011- 2013, si riporta in questo capitolo la situazione, al 31 dicembre 2012, delle risorse umane assegnate alle strutture dell'Azienda (UU.OO.CC., UU.OO.SS.DD. Programmi infra ed interdipartimentali e Settori). Ciò da la corretta dimensione delle forza lavoro dislocata all'interno dell'organizzazione; il numero di personale assegnato viene rappresentato per le quattro

Aree Contrattuali di seguito riportate:

1) Area della Dirigenza Medica
2) Area della Dirigenza non Medica
3) Area della Dirigenza TPA
4) Area del Comparto

Nella tabella riepilogativa sotto riportata sono inseriti anche i programmi infra ed interdipartimentali (tab. 1). Questi hanno iniziato ad essere operativi durante l'anno 2011, e per la relativa quantizzazione di fondo e criteri per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi vale quanto riportato nelle DDG 652 del 05.06.2012 e DCS n. 1316 del 19.12.2013.

**tab. 1**

| | | |
|---|---|---|
| U.O. Personale Comandato | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O. Personale Comandato | Dirigenza Medica Azienda | 5 |
| Dipartimento di Medicina Interna | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.S.D. Geriatria | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.S.D. Geriatria | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.S.D. Farmacologia Clinica | Comparto Amministrativo | 2 |
| U.O.S.D. Farmacologia Clinica | Comparto Sanitario | 6 |
| U.O.S.D. Farmacologia Clinica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Farmacologia Clinica | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.S.D. Farmacologia Clinica | Dirigenza Sanitaria | 4 |
| U.O.S.D. Endoscopia Digestiva | Comparto Sanitario | 3 |
| U.O.S.D. Endoscopia Digestiva | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Endoscopia Digestiva | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.S.D. Endoscopia Digestiva | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.S.D. Diabetologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.S.D. Diabetologia | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.S.D. Diabetologia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Diabetologia | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | Comparto Sanitario | 12 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Comparto Sanitario | 13 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Comparto Tecnico | 5 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Dirigenza Medica | 9 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.C. Medicina delle Malattie Metaboliche | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| U.O.C. Medicina Interna | Comparto Sanitario | 24 |
| U.O.C. Medicina Interna | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 2 |
| U.O.C. Medicina Interna | Comparto Tecnico | 5 |
| U.O.C. Medicina Interna | Dirigenza Amministrativa | 2 |
| U.O.C. Medicina Interna | Dirigenza Medica | 13 |
| U.O.C. Medicina Interna | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Medicina Interna | Dirigenza Sanitaria | 6 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Comparto Sanitario | 4 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Gastroenterologico | Dirigenza Sanitaria | 4 |
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | Comparto Sanitario | 22 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | Comparto Sanitario | 12 |
| U.O.C. Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 2 |
| U.O.C. Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.S.D. Endocrinochirurgia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.S.D. Endocrinochirurgia | Comparto Sanitario | 4 |
| U.O.S.D. Endocrinochirurgia | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.S.D. Endocrinochirurgia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Endocrinochirurgia | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.S.D. Chirurgia geriatrica | Comparto Sanitario | 4 |
| U.O.S.D. Chirurgia geriatrica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Chirurgia geriatrica | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.S.D. Chirurgia geriatrica | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.S.D. Chirurgia Ano-Rettale | Comparto Sanitario | 4 |
| U.O.S.D. Chirurgia Ano-Rettale | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Chirurgia Ano-Rettale | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.S.D. Trattamenti non resettivi in chirurgia epato-bilio-pancreatic | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.S.D. Chirurgia Endoscopica | Comparto Sanitario | 3 |
| U.O.S.D. Chirurgia Endoscopica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Chirurgia Endoscopica | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.S.D. Chirurgia Endoscopica | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.S.D. Chirurgia Endoscopica | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| Progr. InterDip. Diagnostica Ultrastrutturale Integrata | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InfraDip. per la Prevenzione dei Tumori | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InterDip. Percorsi Diagnostico-Terapetici in Medicina Oncologic | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InterDip. di Terapia Cellulare | Dirigenza Medica | 2 |
| Progr. InterDip. di Terapia Cellulare | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| Progr. InterDip. di Citodiagnostica e Patologia Molecolare | Dirigenza Medica | 1 |
| Complesso Operatorio Dip. Ch. Gen. | Comparto Sanitario | 25 |
| Complesso Operatorio Dip. Ch. Gen. | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| Complesso Operatorio Dip. Ch. Gen. | Comparto Tecnico | 9 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | Comparto Sanitario | 5 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | Dirigenza Medica | 10 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | Dirigenza Sanitaria | 10 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | Comparto Sanitario | 21 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | Dirigenza Medica | 15 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale | Comparto Sanitario | 15 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale | Dirigenza Medica | 9 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale | Dirigenza Medica Azienda | 5 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico | Comparto Sanitario | 23 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico | Comparto Tecnico | 5 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico | Dirigenza Medica | 10 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Ematologia | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.C. Ematologia | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Ematologia | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Ematologia | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Ematologia | Dirigenza Medica Azienda | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Ematologia | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Comparto Amministrativo | 5 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Comparto Sanitario | 31 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Comparto Tecnico | 9 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Dirigenza Medica | 12 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Dirigenza Medica Azienda | 8 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Dirigenza Sanitaria | 7 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | Dirigenza Sanitaria Azienda | 1 |
| U.O.C. Terapie Integrate in Oncologia | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.C. Terapie Integrate in Oncologia | Dirigenza Medica | 6 |
| U.O.C. Urologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Urologia | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.C. Urologia | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Urologia | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Urologia | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| Dipartimento di Chirurgia Specialistica | Comparto Amministrativo | 1 |
| Dipartimento di Chirurgia Specialistica | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.S.D. Microchirurgia Auricolare | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.C. Chirurgia Plastica | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Plastica | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.C. Chirurgia Plastica | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Chirurgia Plastica | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Chirurgia Plastica | Dirigenza Medica Azienda | 5 |
| U.O.C. Odontoiatria ed Odontostomatologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Odontoiatria ed Odontostomatologia | Comparto Sanitario | 4 |
| U.O.C. Odontoiatria ed Odontostomatologia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Odontoiatria ed Odontostomatologia | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Odontoiatria ed Odontostomatologia | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Oftalmologia | Comparto Amministrativo | 2 |
| U.O.C. Oftalmologia | Comparto Sanitario | 8 |
| U.O.C. Oftalmologia | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Oftalmologia | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Oftalmologia | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | Comparto Sanitario | 27 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | Comparto Tecnico | 5 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 3 |
| U.O.S.D. Diagnostica strumentale del seno | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.S.D. Diagnostica strumentale del seno | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Diagnostica strumentale del seno | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | Comparto Sanitario | 6 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Neuroradiologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Neuroradiologia | Comparto Sanitario | 14 |
| U.O.C. Neuroradiologia | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Neuroradiologia | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Neuroradiologia | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Radiodiagnostica | Comparto Sanitario | 12 |
| U.O.C. Radiodiagnostica | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Radiodiagnostica | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Radiodiagnostica | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Radiodiagnostica | Dirigenza Medica Azienda | 6 |
| U.O.C. Radiologia Oncologica | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Radiologia Oncologica | Comparto Sanitario | 11 |
| U.O.C. Radiologia Oncologica | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Radiologia Oncologica | Comparto Tecnico | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Radiologia Oncologica | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. Radiologia Oncologica | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Radioterapia | Comparto Amministrativo | 2 |
| U.O.C. Radioterapia | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.C. Radioterapia | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Radioterapia | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Radioterapia | Dirigenza Medica Azienda | 8 |
| U.O.C. Radioterapia | Dirigenza Medica T.D. | 1 |
| U.O.S.D. Anestesia e rianimazione cardiovascolare e toracica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Ortopedia Oncologica | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InterDip. Val. Anestesiologica e Terapia del Dolore | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.S.D. Terapie Neurointensive | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.S.D. Terapie Neurointensive | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Anestesia e Neurorianimazione | Comparto Sanitario | 4 |
| U.O.C. Anestesia e Neurorianimazione | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Anestesia e Neurorianimazione | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Comparto Sanitario | 45 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Comparto Tecnico | 13 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Dirigenza Medica Azienda | 27 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | Dirigenza Medica T.D. | 1 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | Comparto Sanitario | 21 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | Comparto Tecnico | 4 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 3 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Comparto Sanitario | 37 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Comparto Tecnico | 13 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Dirigenza Medica | 3 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Dirigenza Medica Azienda | 15 |
| U.O.C. di Med. e Ch. d'Acc. e d'Urg. con Oss. Breve (M.C.A.U.) | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.S.D. Biochimica Clinica | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.S.D. Biochimica Clinica | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.S.D. Biochimica Clinica | Dirigenza Sanitaria | 3 |
| U.O.S.D. Tpizzazione tissutale | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.S.D. Tpizzazione tissutale | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Tpizzazione tissutale | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.S.D. Tpizzazione tissutale | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.S.D. Tpizzazione tissutale | Dirigenza Sanitaria Azienda | 3 |
| U.O.S.D. Virologia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Virologia | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.S.D. Virologia | Dirigenza Sanitaria | 3 |
| U.O.S.D. Virologia | Dirigenza Sanitaria Azienda | 2 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Comparto Sanitario | 3 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Dirigenza Medica Azienda | 5 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | Dirigenza Sanitaria | 4 |
| U.O.C. Microbiologia Clinica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Microbiologia Clinica | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.C. Microbiologia Clinica | Dirigenza Sanitaria | 7 |
| U.O.C. Patologia Clinica | Comparto Amministrativo | 2 |
| U.O.C. Patologia Clinica | Comparto Sanitario | 12 |
| U.O.C. Patologia Clinica | Comparto Tecnico | 5 |
| U.O.C. Patologia Clinica | Dirigenza Medica | 6 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Patologia Clinica | Dirigenza Sanitaria | 8 |
| U.O.C. Patologia Clinica | Dirigenza Sanitaria Azienda | 11 |
| Dipartimento Materno Infantile | Comparto Amministrativo | 1 |
| Dipartimento Materno Infantile | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.S.D. Neonatologia | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.S.D. Neonatologia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Neonatologia | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.S.D. Neonatologia | Dirigenza Medica Azienda | 7 |
| U.O.S.D. Nefrologia e reumatologia pediatrica con dialisi | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.S.D. Nefrologia e reumatologia pediatrica con dialisi | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Nefrologia e reumatologia pediatrica con dialisi | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.S.D. Nefrologia e reumatologia pediatrica con dialisi | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.S.D. Nefrologia e reumatologia pediatrica con dialisi | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.S.D. Nefrologia e reumatologia pediatrica con dialisi | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Comparto Sanitario | 19 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.S.D. Gastroenterologia pediatrica e fibrosi cistica | Dirigenza Sanitaria Azienda | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | Comparto Sanitario | 16 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Comparto Sanitario | 37 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Comparto Tecnico | 7 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Dirigenza Medica | 6 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Dirigenza Medica Azienda | 6 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 3 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Dirigenza Sanitaria | 5 |
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | Dirigenza Sanitaria Azienda | 1 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Comparto Sanitario | 17 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | Dirigenza Sanitaria | 3 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Comparto Amministrativo | 3 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Comparto Sanitario | 40 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 6 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Comparto Tecnico | 8 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Dirigenza Medica | 12 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Dirigenza Medica Azienda | 8 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| U.O.C. Ostetricia e Ginecologia | Dirigenza Sanitaria Azienda | 1 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Comparto Sanitario | 41 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Comparto Tecnico | 8 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Dirigenza Medica Azienda | 10 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 2 |
| U.O.C. Patologia e Terapia Intensiva Neonatale | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Pediatria | Comparto Amministrativo | 2 |
| U.O.C. Pediatria | Comparto Sanitario | 15 |
| U.O.C. Pediatria | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Pediatria | Dirigenza Medica | 7 |
| U.O.C. Pediatria | Dirigenza Medica Azienda | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Pediatria | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 2 |
| U.O.S.D. Chirurgia maxillo facciale | Comparto Sanitario | 3 |
| U.O.S.D. Chirurgia maxillo facciale | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.S.D. Chirurgia maxillo facciale | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.S.D. Neurofisiopatologia e disordini del movimento | Comparto Sanitario | 14 |
| U.O.S.D. Neurofisiopatologia e disordini del movimento | Dirigenza Medica | 7 |
| U.O.S.D. Neurofisiopatologia e disordini del movimento | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.S.D. Riabilitazione neurologica | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.S.D. Riabilitazione neurologica | Dirigenza Medica | 2 |
| Progr. InfraDip. Malattie Rare Neurologiche | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InterDip. Pschiatria Disturbi dell'Umore e Psicosi | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Comparto Sanitario | 51 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 5 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Comparto Tecnico | 8 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Dirigenza Medica | 15 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Dirigenza Medica Azienda | 7 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Neurochirurgia | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | Comparto Amministrativo | 2 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | Comparto Sanitario | 21 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | Comparto Tecnico | 6 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | Dirigenza Medica | 10 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | Dirigenza Sanitaria | 7 |
| U.O.C. Psichiatria | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Psichiatria | Comparto Sanitario | 15 |
| U.O.C. Psichiatria | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Psichiatria | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Psichiatria | Dirigenza Medica | 6 |
| U.O.C. Psichiatria | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.C. Medicina Fisica, Riabilitativa e Medicina dello Sport | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Medicina Fisica, Riabilitativa e Medicina dello Sport | Comparto Sanitario | 13 |
| U.O.C. Medicina Fisica, Riabilitativa e Medicina dello Sport | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Medicina Fisica, Riabilitativa e Medicina dello Sport | Dirigenza Medica | 9 |
| U.O.C. Medicina Fisica, Riabilitativa e Medicina dello Sport | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Medicina Fisica, Riabilitativa e Medicina dello Sport | Dirigenza Sanitaria | 7 |
| Dipartimento Toraco-Cardio Vascolare | Comparto Amministrativo | 1 |
| Dipartimento Toraco-Cardio Vascolare | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Cardiologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Cardiologia | Comparto Sanitario | 6 |
| U.O.C. Cardiologia | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Cardiologia | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Cardiologia | Dirigenza Medica Azienda | 3 |
| U.O.C. Cardiologia | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Cardiologia | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Toracica | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Toracica | Comparto Sanitario | 13 |
| U.O.C. Chirurgia Toracica | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Chirurgia Toracica | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Chirurgia Toracica | Dirigenza Medica Azienda | 4 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Comparto Sanitario | 26 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 2 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Comparto Tecnico | 7 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Dirigenza Medica Azienda | 7 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | Dirigenza Medica T.D. | 1 |
| U.O.C. Pneumologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Pneumologia | Comparto Sanitario | 17 |
| U.O.C. Pneumologia | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Pneumologia | Dirigenza Medica | 3 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Pneumologia | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Pneumologia | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Pneumologia | Dirigenza Medica T.D. | 1 |
| U.O.C. Pneumologia | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Comparto Sanitario | 35 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Comparto Sanitario CPDEL T.D. | 1 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Comparto Tecnico | 4 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Dirigenza Medica | 6 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 6 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| Dipartimento di Medicine Specialistiche | Comparto Amministrativo | 1 |
| Progr. InterDip. Endocrinologia Molecolare | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InterDip. Infettivologia Speciale, Medicina Tropicale e delle | Dirigenza Medica | 1 |
| Progr. InterDip. Infettivologia Speciale, Medicina Tropicale e delle | Dirigenza Sanitaria | 4 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Dirigenza Medica Azienda | 1 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Dirigenza Medica T.D. | 1 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| U.O.C. Dermatologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Dermatologia | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.C. Dermatologia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Dermatologia | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Endocrinologia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Endocrinologia | Comparto Sanitario | 3 |
| U.O.C. Endocrinologia | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.C. Endocrinologia | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Endocrinologia | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 2 |
| U.O.C. Endocrinologia | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Comparto Sanitario | 12 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Comparto Tecnico | 3 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Dirigenza Medica | 4 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |
| U.O.C. Malattie Infettive | Dirigenza Sanitaria | 3 |
| U.O.C. Reumatologia | Comparto Sanitario | 7 |
| U.O.C. Reumatologia | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Reumatologia | Dirigenza Medica | 2 |
| U.O.C. Reumatologia | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 2 |
| U.O.C. Reumatologia | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| Dipartimento dei Servizi | Comparto Amministrativo | 1 |
| Dipartimento dei Servizi | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.S.D. VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di diagnostica di Labor | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.S.D. VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di diagnostica di Labor | Comparto Tecnico | 2 |
| U.O.S.D. VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di diagnostica di Labor | Dirigenza Sanitaria | 5 |
| U.O.S.D. VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di diagnostica di Labor | Dirigenza Sanitaria Azienda | 2 |
| Progr. InterDip. Risk Analisys Microbiologico | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.C. Farmacia | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Farmacia | Comparto Sanitario | 1 |
| U.O.C. Farmacia | Comparto Tecnico | 13 |
| U.O.C. Farmacia | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| U.O.C. Farmacia | Dirigenza Sanitaria Azienda T.D. | 5 |
| U.O.C. Fisica Sanitaria | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Fisica Sanitaria | Comparto Sanitario | 3 |
| U.O.C. Fisica Sanitaria | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Fisica Sanitaria | Dirigenza Sanitaria Azienda | 3 |
| U.O.C. Fisica Sanitaria | Dirigenza Sanitaria Azienda T.D. | 3 |
| U.O.C. Igiene Ospedaliera | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Igiene Ospedaliera | Dirigenza Medica | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| U.O.C. Igiene Ospedaliera | Dirigenza Sanitaria | 6 |
| U.O.C. Medicina del Lavoro | Comparto Sanitario | 2 |
| U.O.C. Medicina del Lavoro | Comparto Tecnico | 1 |
| U.O.C. Medicina del Lavoro | Dirigenza Medica | 6 |
| U.O.C. Medicina del Lavoro | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| U.O.C. Medicina Legale e delle Assicurazioni | Comparto Amministrativo | 1 |
| U.O.C. Medicina Legale e delle Assicurazioni | Dirigenza Medica | 5 |
| U.O.C. Medicina Legale e delle Assicurazioni | Dirigenza Sanitaria | 2 |
| Direzione Generale | Comparto Amministrativo | 3 |
| Direzione Generale | Comparto Sanitario | 1 |
| Direzione Generale | Comparto Tecnico | 2 |
| Direzione Generale | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| Direzione Generale | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| Direzione Generale | Dirigenza Professionale | 4 |
| Direzione Generale | Dirigenza Sanitaria | 4 |
| Direzione Generale | Dirigenza Sanitaria Azienda | 1 |
| Coordinamento Staff della Direzione Strategica Aziendale | Comparto Amministrativo | 5 |
| Coordinamento Staff della Direzione Strategica Aziendale | Comparto Tecnico | 7 |
| Coordinamento Staff della Direzione Strategica Aziendale | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| Coordinamento Staff della Direzione Strategica Aziendale | Dirigenza Medica | 2 |
| Coordinamento Staff della Direzione Strategica Aziendale | Dirigenza Sanitaria | 3 |
| Settore Facility Management | Comparto Amministrativo | 5 |
| Settore Facility Management | Comparto Sanitario | 3 |
| Settore Facility Management | Comparto Tecnico | 10 |
| Settore Facility Management | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| Settore Facility Management | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| Settore Provveditorato | Comparto Amministrativo | 16 |
| Settore Provveditorato | Comparto Tecnico | 3 |
| Settore Provveditorato | Dirigenza Amministrativa | 5 |
| Settore Affari Generali e Risorse Umane | Comparto Amministrativo | 31 |
| Settore Affari Generali e Risorse Umane | Comparto Tecnico | 1 |
| Settore Affari Generali e Risorse Umane | Dirigenza Amministrativa | 2 |
| Settore Affari Generali e Risorse Umane | Dirigenza Professionale | 1 |
| Settore Affari Generali e Risorse Umane | Dirigenza Tecnica | 1 |
| Settore Economico, Finanziario e Patrimoniale | Comparto Amministrativo | 17 |
| Settore Economico, Finanziario e Patrimoniale | Comparto Tecnico | 1 |
| Settore Economico, Finanziario e Patrimoniale | Dirigenza Amministrativa | 2 |
| Settore Economico, Finanziario e Patrimoniale | Dirigenza Amministrativa T.D. | 1 |
| Settore Tecnico | Comparto Tecnico | 10 |
| Settore Tecnico | Dirigenza Professionale | 1 |
| Settore Tecnico | Dirigenza Tecnica | 1 |
| Direzione Sanitaria | Comparto Sanitario | 14 |
| Direzione Sanitaria | Comparto Tecnico | 20 |
| Direzione Sanitaria | Dirigenza Medica | 1 |
| Direzione Sanitaria | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| Direzione Sanitaria | Dirigenza Sanitaria | 1 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Comparto Amministrativo | 5 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Comparto Sanitario | 11 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Comparto Tecnico | 15 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Dirigenza Amministrativa | 1 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Dirigenza Medica | 1 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Dirigenza Medica Azienda | 2 |
| U.O.C. Direzione Sanitaria di Presidio | Dirigenza Medica Azienda T.D. | 1 |

**Fonte dati - Settore Affari Generali e Risorse Umane**

Il numero di dipendenti in servizio presso l'Azienda al 31 dicembre 2012 è stato pari a **2.301 unità**. Delle 2.301 unità 827 sono dirigenti e le restanti 1.474 appartengono al personale non dirigente.

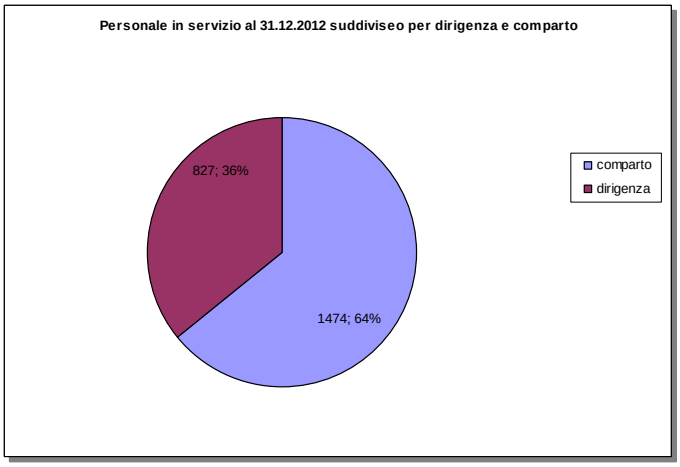


**Figura 1 – Distribuzione del personale per genere**
**Fonte dati - Settore Affari Generali e Risorse Umane**

Dei 2.301 dipendenti dell'Azienda il 52% sono donne, il restante 48% uomini.

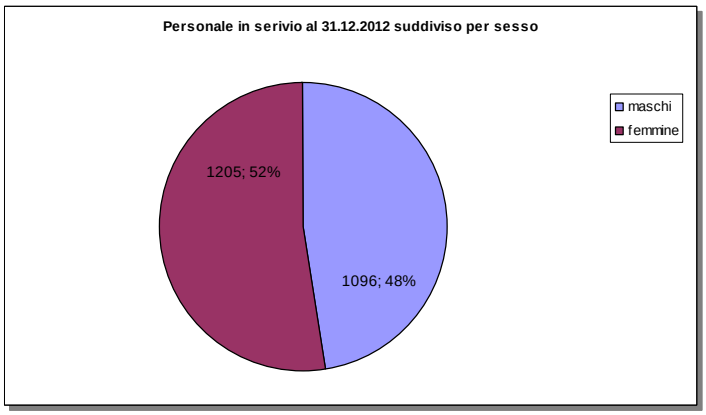


**Figura 2 – Distribuzione del personale per genere**
**Fonte dati - Settore Affari Generali e Risorse Umane**

### 1.2.3 Risorse finanziarie

Ai fini della rendicontazione del raggiungimento degli obiettivi di performance previsti nel Piano della Performance 2011- 2013, si riportano in questo capitolo lo stato patrimoniale ed il conto economico desunti dal bilancio per l'anno 2012 (deliberato con DDG 502 del 13.05.2013).

ALL. A e B all'atto delib. N° 502 del 13/05/2013

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. MARTINO" - MESSINA

## BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31/12/2012

SCHEMA MINISTERIALE
(D.M. del 11 febbraio 2002)

| STATO PATRIMONIALE | Esercizio corrente 2012 | Esercizio precedente 2011 | differenze |
|---|---|---|---|
| **ATTIVITA'** | | | |
| **A) IMMOBILIZZAZIONI** | | | |
| A.I.) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI | | | |
| A.I.1) Costi di impianto e di ampliamento | - | - | - |
| A.I.2) Costi di ricerca e sviluppo | - | - | - |
| A.I.3) Diritti di brevetto e di utilizz.operere di ingegno | 570.445 | 162.949 | 407.496 |
| A.I.4) Immobilizzazioni in corso e acconti | - | - | - |
| A.I.5) Altre | 5.041.497 | 5.017.711 | 23.786 |
| **Totale immobilizzazioni immateriali (A.I)** | **5.611.942** | **5.180.659** | **431.282** |
| A.II.) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI | | | |
| A.II.1) Terreni | - | - | - |
| A.II.2) Fabbricati | | | - |
| a) disponibili | - | - | - |
| b) indisponibili | - | - | - |
| A.II.3) Impianti e macchinari | 1.938.849 | 1.753.449 | 185.401 |
| A.II.4) Attrezzature sanitarie e scientifiche | 14.657.026 | 13.304.319 | 1.352.706 |
| A.II.5) Mobili e arredi | 1.343.853 | 1.301.322 | 42.530 |
| A.II.6) Automezzi | 1.519 | 25.524 | - 24.005 |
| A.II.7) Altri beni | 1.357.058 | 1.215.237 | 141.821 |
| A.II.8) Immobilizzazioni in corso e acconti | 10.982.679 | 6.259.620 | 4.723.059 |
| **Totale immobilizzazioni materiali (A.II)** | **30.280.983** | **23.859.471** | **6.421.512** |
| A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE | | | |
| A.III.1) Crediti | | | - |
| A.III.2) Titoli, azioni proprie | 231.074 | 176.000 | 55.074 |
| **Totale immobilizzazioni finanziarie** | **231.074** | **176.000** | **55.074** |
| **TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (A)** | **36.123.998** | **29.216.130** | **6.907.868** |
| **B) ATTIVO CIRCOLANTE** | | | |
| B.I) RIMANENZE | | | |
| B.I.1) Sanitarie | 5.321.077 | 5.830.098 | - 509.021 |
| B.I.2) Non sanitarie | 273.453 | 218.015 | 55.437 |
| B.I.3) Acconti | - | - | - |
| **Totale rimanenze (B.I)** | **5.594.530** | **6.048.113** | **- 453.583** |
| B.II) CREDITI | | | |
| B.II.1) Da Regione e prov.autonoma | 91.869.537 | 93.954.856 | - 2.085.319 |
| B.II.2) Da Comune | 573.227 | 550.601 | 22.626 |
| B.II.3) Da Aziende sanitarie pubbliche | 757.982 | 711.471 | 46.512 |
| B.II.4) ARPA | - | - | - |
| B.II.5) Da Erario | 172.536 | 369.578 | - 197.042 |
| B.II.6) Da altri (privati, estero,anticipi, personale...) | 12.982.336 | 9.567.611 | 3.414.725 |
| **Totale crediti (B.II)** | **106.355.619** | **105.154.117** | **1.201.502** |

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. MARTINO" - MESSINA

BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31/12/2012

SCHEMA MINISTERIALE
(D.M. del 11 febbraio 2002)

| B.III) ATTIVITA' FINANZIARIE | Esercizio corrente 2012 | Esercizio precedente 2011 | differenze |
|---|---|---|---|
| B.III.1) Titoli a breve | - | - | - |
| **Totale attività finanziarie (B.III)** | - | - | - |
| B.IV) DISPONIBILITA' LIQUIDE | | | |
| B.IV.1) Cassa | 1.184 | 13.989 | - 12.805 |
| B.IV.2) Istituto tesoriere | 11.944.292 | 19.171.627 | - 7.227.335 |
| B.IV.3) C/C Postale | 2.696 | 3.261 | - 565 |
| **Totale disponibilità liquide (B.IV)** | **11.948.172** | **19.188.877** | **- 7.240.706** |
| **TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (B)** | **123.898.320** | **130.391.107** | **- 6.492.787** |
| **C) RATEI E RISCONTI** | | | |
| C.1) Ratei attivi | - | - | - |
| C.2) Risconti attivi | 1.628 | 1.312.833 | - 1.311.205 |
| **Totale ratei e risconti C)** | **1.628** | **1.312.833** | **- 1.311.205** |
| **D) CONTI D'ORDINE** | | | |
| D.1) Canoni leasing da pagare | - | - | - |
| D.2) depositi cauzionali | 245.388 | 245.388 | - |
| **TOTALE ATTIVO (A)+(B)+C)** | **160.023.946** | **160.920.070** | **- 896.124** |



il Commissario Straordinario
f.to

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. MARTINO" - MESSINA

## BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31/12/2012

*SCHEMA MINISTERIALE*
*(D.M. del 11 febbraio 2002)*

| PASSIVITA' | Esercizio corrente 2012 | Esercizio precedente 2011 | differenze |
|---|---|---|---|
| **A) PATRIMONIO NETTO** | | | |
| A.I) Finanziamenti per investimenti | 37.332.203 | 36.865.611 | 466.592 |
| A.II) Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti | 197.655 | 231.451 | - 33.797 |
| A.III) Fondo di dotazione | 2.403.575 | 2.403.575 | - |
| A.IV) Contributi per ripiani perdite | - | - | - |
| A.V) Utili (perdite) portati a nuovo | 3.189.139 | 2.675.918 | 513.221 |
| A.VI) Utile (perdita) dell'esercizio | 34.226 | 513.221 | - 478.996 |
| *Riserva da arrotondamento euro* | 2 | 2 | - |
| **TOTALE PATRIMONIO NETTO (A)** | **43.156.799** | **42.689.778** | **467.020** |
| **B) FONDI PER RISCHI E ONERI** | | | |
| B.1) Per imposte | - | - | - |
| B.2) Rischi | 4.323.884 | 4.911.596 | - 587.713 |
| B.3) Altri | 5.884.703 | 4.369.877 | 1.514.826 |
| **TOTALE FONDI PER RISCHI ED ONERI (B)** | **10.208.587** | **9.281.474** | **927.113** |
| **C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO** | | | |
| C.1) Premi di operosità medici SUMAI | - | - | - |
| C.2) Trattamento di fine rapporto | 13.491 | 11.640 | 1.852 |
| **TOTALE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO ( C )** | **13.491** | **11.640** | **1.852** |
| **D) DEBITI** | | | |
| D.1) Mutui | - | - | - |
| D.2) Regione e prov.autonoma | 6.836.339 | 6.836.339 | - |
| D.3) Comune | - | - | - |
| D.4) Aziende sanitarie pubbliche | 245.377 | 381.674 | - 136.296 |
| D.5) ARPA | - | - | - |
| D.6) Debiti verso fornitori | 45.146.047 | 55.733.848 | - 10.587.802 |
| D.7) Debiti verso Istituto tesoriere | 22.206.181 | 8.515.499 | 13.690.683 |
| D.8) Debiti tributari | 6.001.533 | 6.663.710 | - 662.177 |
| D.9) Debiti verso istituti di previdenza | 218.281 | 172.763 | 45.518 |
| D.10) Altri debiti | 23.926.846 | 28.741.534 | - 4.814.688 |
| **TOTALE DEBITI (D)** | **104.580.605** | **107.045.368** | **- 2.464.763** |
| **E) RATEI E RISCONTI** | | | |
| E.1) Ratei passivi | - | - | - |
| E.2) Risconti passivi | 2.064.464 | 1.891.811 | 172.654 |
| **TOTALE RATEI E RISCONTI PASSIVI (E)** | **2.064.464** | **1.891.811** | **172.654** |
| **F) CONTI D'ORDINE** | | | |
| F.1) Canoni leasing da pagare | - | - | - |
| F.2) Depositi cauzionali | 245.388 | 245.388 | - |
| **TOTALE PASSIVO (A)+(B)+( C )+(D)+(E)** | **160.023.947** | **160.920.070** | **- 896.124** |

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. MARTINO" - MESSINA

BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31/12/2012

SCHEMA MINISTERIALE
(D.M. del 11 febbraio 2002)

| CONTO ECONOMICO | Esercizio corrente 2012 | Esercizio precedente 2011 | differenze |
|---|---|---|---|
| **A) VALORE DELLA PRODUZIONE** | | | |
| A.1) Contributi in c/esercizio | 171.515.657 | 171.934.354 | - 418.697 |
| A.2) Proventi e ricavi diversi | 5.318.179 | 4.677.743 | 640.435 |
| A.3) Concorsi,recuperi e rimborsi per attività tipiche | 581.347 | 311.120 | 270.227 |
| A.4) Compartecipazioni alla spese prest.sanitarie | 2.485.431 | 2.008.070 | 477.361 |
| A.5) Costi capitalizzati | 1.971.270 | 1.298.078 | 673.193 |
| **TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)** | **181.871.885** | **180.229.365** | **1.642.520** |
| **B) COSTI DELLA PRODUZIONE** | **Esercizio corrente 2012** | **Esercizio precedente 2011** | **differenze** |
| B.1) Acquisti di beni | 44.502.788 | 42.352.022 | 2.150.766 |
| B.2) Acquisti di servizi | **22.973.087** | **20.745.318** | **2.227.769** |
| *a) Prestazioni sanitarie da pubblico* | 514.363 | 215.546 | 298.816 |
| *b) Prestazioni sanitarie da privato* | 996.369 | 547.484 | 448.884 |
| *c) Prestazioni non sanitarie da pubblico* | - | - | - |
| *d) Prestazioni non sanitarie da privato* | 21.462.356 | 19.982.288 | 1.480.068 |
| B.3) Manutenzione e riparazione | 5.221.264 | 4.918.016 | 303.248 |
| B.4) Per godimento di beni di terzi | 366.843 | 260.533 | 106.310 |
| B.5) Personale del ruolo sanitario | 80.882.210 | 81.405.091 | - 522.881 |
| B.6) Personale del ruolo professionale | 242.719 | 125.786 | 116.933 |
| B.7) Personale del ruolo tecnico | 7.316.105 | 7.473.027 | - 156.922 |
| B.8) Personale del ruolo amministrativo | 2.852.087 | 3.204.093 | - 352.006 |
| B.9) Oneri diversi di gestione | 4.856.489 | 4.898.585 | - 42.096 |
| B.10) Ammortamenti immobilizzaz.immateriali | **438.723** | **324.475** | **114.247** |
| *-ammortamenti costi di impianto e ampliamento* | - | - | - |
| *-ammortamenti costi di ricerca e sviluppo* | - | - | - |
| *-amm.ti diritti di brevetto e utilizz.opere di ingegno* | | - | - |
| *-altre* | 438.723 | 324.475 | 114.247 |
| B.11) Ammortamenti dei fabbricati | - | - | - |
| *a) disponibili* | - | - | - |
| *b) indisponibili* | - | - | - |
| B.12) Ammortamenti immobilizzaz.materiali | **2.484.573** | **2.048.636** | **435.938** |
| *-ammortamento impianti e macchinari* | 431.316 | 425.011 | 6.305 |
| *-amm.to attrezzature sanitarie e scientifiche* | 1.644.002 | 1.380.710 | 263.292 |
| *-ammortamento mobili e arredi* | 77.353 | 48.340 | 29.012 |
| *-ammortamento automezzi* | 24.005 | 48.010 | - 24.005 |
| *-ammortamento altri beni* | 307.898 | 146.565 | 161.333 |
| B.13) Svalutazione dei crediti | 71.166 | 50.322 | 20.843 |
| B.14) Variazione delle rimanenze | **453.583** | **336.277** | **117.307** |
| *a) sanitarie* | 509.021 | 443.453 | 65.567 |
| *b) non sanitarie* | - 55.437 | - 107.177 | 51.740 |
| B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio | 4.668.713 | 5.346.485 | - 677.772 |
| **TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)** | **177.330.350** | **173.488.666** | **3.841.684** |
| **DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI PRODUZ. (A-B)** | **4.541.535** | **6.740.699** | **- 2.199.165** |

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. MARTINO" - MESSINA

*BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31/12/2012*

*SCHEMA MINISTERIALE*
*(D.M. del 11 febbraio 2002)*

| C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI | Esercizio corrente 2012 | Esercizio precedente 2011 | differenze |
|---|---|---|---|
| C.1) Interessi attivi | 4.059 | 754 | 3.305 |
| C.2) Altri proventi | - | - | - |
| C.3) Interessi passivi | - 964.271 | - 668.499 | - 295.772 |
| C.4) Altri oneri | - 15.447 | - 6.335 | - 9.111 |
| **TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI ( C )** | **- 975.659** | **- 674.080** | **- 301.579** |
| | | | |
| **D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZ.** | | | |
| D.1) Rivalutazioni | - | - | - |
| D.2) Svalutazioni | - | - | - |
| **TOTALE RETTIFICHE DI VALORE DI ATT.FINANZ.(D)** | - | - | - |
| | | | |
| **E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI** | | | |
| E.1) Minusvalenze | - | - | - |
| E.2) Plusvalenze | 27.990 | - | 27.990 |
| E.3) Accantonamenti non tipici attività sanitaria | - | - | - |
| E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per att.non tipiche | - | - | - |
| E.5) Sopravvenienze e insussistenze | 2.458.823 | 590.080 | 1.868.742 |
| *arrotondamento euro* | | | |
| **TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)** | **2.486.813** | **590.080** | **1.896.732** |
| | | | |
| **RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+/-C+/-D+/-E)** | **6.052.689** | **6.656.699** | **- 604.011** |
| | | | |
| IMPOSTE E TASSE (IRAP-IRES) | 6.018.463 | 6.143.478 | - 125.015 |
| **UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO** | **34.226** | **513.221** | **- 478.996** |

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr.Giuseppe Pecoraro)

**Figure 3 e 4**
**Fonte dati – Settore Risorse Economiche**

## 2 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI

In questa seconda sezione l'Amministrazione presenta il dettaglio dei risultati di *performance* conseguiti nel 2012 con esplicitato il metodo di attribuzione teorica del fondo

### 2.1 Obiettivi

Gli obiettivi che vengono concordati nel budget sono gli stessi impiegati ai fini della misurazione della produttività aziendale; essi comprendono sia quelli assegnati dalla Regione che quelli assegnati dalla Direzione Strategica. In riferimento ai programmi presenti in Azienda va evidenziato che gli obiettivi assegnati sono quelli contenuti nei singoli cotratti stipulati con in responsabili.
In entrambi i casi si tratta della programmazione nel breve periodo (1 anno) e la cui assegnazione, alle UU.OO. viene fatta nei primi giorni dell'anno a cui l'esercizio si riferisce.
Va messo in evidenza che sono rappresentate diverse dimensioni, dal punto di vista organizzativo, come percorso di ottimizzazione delle attività nel loro complesso.
Più in dettaglio osserviamo le dimensioni maggiormente rappresentate e che attendono a:

- Gestione dei farmaci a somministrazione diretta attraverso la somministrazione del 1° ciclo terapeutico
- Circolazione dei flussi informativi attraverso l'impiego dell'intranet e di tutti i vari programmi applicativi che generano i flussi riduzione dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza
- Attraverso lo spostamento delle attività legate ai 43 D.R.G. esclusi dai L.E.A. verso altre forme di accesso a servizi che prevedono costi minori a parità di efficacia

- Abbattimento dei costi variabili attraverso l'appropriatezza della prescrizione terapeutica, l'ottimizzazione della profilassi antibiotica, l'ottimizzazione dell'impiego del materiale sanitario e diagnostico, la corretta gestione dei pasti
- Incremento dei valori di produzione attraverso l'aumento degli accessi per attività ambulatoriale, incremento del Case Mix
- Soddisfazione dell'utenza attraverso la somministrazione di questionari e la loro elaborazione statistica a supporto della gestione della qualità
- Incremento accessi in diagnostica attraverso monitoraggio e gestione delle liste di attesa per ricoverati ed esterni, incremento dell'offerta
- Ottimizzazione attività attraverso: l'incremento/monitoraggio dell'indice di occupazione posto letto, l'incremento del Case Mix, la riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg, la riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno

Si mette in evidenza che in riferimento alle attività del Comparto sanitario, è stato assegnato un obiettivo comune e che consiste nell'implementazione quotidiana dei sistemi informativi di competenza del personale sanitario, per la messa a regime dell'utilizzo dei supporti informatici operativi in Azienda e che sono di seguito elencati:

Applicativi in uso in tutte le strutture aziendali

- Vitruvio (ADT – Accettazione Dimissione Trasferimento, richieste consulenze, SDO, lettera dimissione, gestione ambulatori)
- Ormaweb (gestione Sala Operatori)
- Arianna (gestione Pronto Soccorso)
- Infoclin (gestione cartella infermieristica – somministrazione terapia – cartella ostetrica)
- RFid Quality application (bracialetto elettronico)
- Portale Sogei (corretta identificazione codice fiscale)

Applicativi dedicati

- Concerto (LIS Laboratori aziendali)
- Armonia (Anatomia Patologica)
- Emonet (Centro Trasfusionale)

Per la valutazione degli obiettivi sono stati impiegate diverse tipologie di indicatori, affinché ognuno di essi potesse esprimere, in termini di aderenza strutturale verso al tipologia di misura da effettuare, la massima aderenza concettuale ed operativa.
Infatti, nel pool di indicatori impiegati, sono rappresentate le principali macrocategorie quali:

- Indicatori di risorse
- Indicatori di attività
- Indicatori di risultato
- Indicatori di domanda e accessibilità

In riferimento all'attribuzione della quota di fondo di equipe, così come riportato nel DCS 1316 del 19.12.2013, vanno messi in evidenza due aspetti presenti nella stessa ai punti 3 e 5:

- Il primo si riferisce all'assegnazione dei fondi così come disposto dal DDG 652/12, per cui viene lasciata inalterata la scelta degli indicatori impiegati, così come indicati dalla Direzione Amministrativa, e operativi all'interno dei calcoli eseguiti

- Il secondo si riferisce al punto 5 dove viene espresso il concetto di trasferimento della quota economica per singolo profilo, attribuendola alla equipe dove l'operatore risulta trasferito per svolgere i propri compiti istituzionali

Per poter dare applicazione ai contenuti della DDG sopraccitata per cui proporzionare il fondo sulla base del numero di personale operante nell'equipe, viene utilizzato un metodo che prevede la conversione dei valori ottenuti, in punteggi che rappresentano l'attribuzione teorica del fondo. Tale scelta offre l'accesso a tutti gli operatori, contemporaneamente e sullo stesso ammontare economico, usufruendo dalla proporzionalità fra migliori performance e quota economica promessa

La DDG 652/12 prevedeva un'accesso al fondo differenziato fra componente sanitaria e componente amministrativa, creando, di fatto, una doppio canale di accesso. Questo non permetterebbe alle equipe con una buona valutazione, in ambito amministrativo, di confrontarsi con l'intera Azienda, ma solamente con l'Area di appartenenza. Considerato che gli indicatori selezionati dalla Direzione Amministrativa sono prevalentemente di natura economica, il differenziale che si viene a generare fra equipe è notevole, per cui, anche le differenze economiche. Sebbene ciò si connoti come un'applicazione della meritocrazia, di certo si verrebbero a penalizzare tutte quelle equipe che si presentano alla suddivisione del fondo con una valutazione maggiormente meritoria e che deve tradursi in un compenso economico maggiore rispetto alle altre relatà organizzative con valutazione inferiore. Però, essendo, le stesse, poste al confronto solo con una parte dell'intero fondo, e cioè quella considerata dimensionata per la componente amministrativa, le stesse non avrebbero modo di partecipare alla suddivisione del fondo che vede impegnato l'intero ammontare dello stesso, generando, nonostante titolari di una buona valutazione, un quota economica inferiore.

Per il calcolo delle quote viene impiegata la metodologia in uso in Azienda e già approvata dall'OIV attraverso la "Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4 ,lettera a, del D.Lgs. n. 150/09) al punto 2.2.3.

Per ottenere quanto sopra si è operato nel seguento modo:

1) Individuazione della distribuzione dei valori ottenuti
2) Individuazione del valore massimo
3) Selezione di un range che preveda un valore minimo, 0, che non genera alcun compenso, ed un valore massimo 2.00 (nel contesto 179 che rappresenta il valore massimo ottenuto da equipe presente nella componente aziendale sanitaria prima della conversione) che genera il massimo valore econonico ottenibile
4) Conversione dei valori calcolati all'interno di tale range attraverso l'impiego della seguente formula :

   x = [(Pt-Ptmin)*(Lmax-Lmin)]/Ptmax-Ptmin

   dove:

   x = valore da calcolare

   Pt = punteggio ottenuto

   Ptmin = punteggio minimo ottenibile

   Ptmax = punteggio massimo ottenibile

   Lmax = limite massimo nuovo range

   Lmin = limite minimo nuovo range

Vengono lasciate inalterate le valutazioni espresse dal Commissario Straordinario e riportate all'interno delle scheda di valutazione a 8 punti, in uso in Azienda, che viene impiegata per l'attribuzione del punteggio per equipe, in riferimento alla componente amministrativa.

Componente che oltre ad individuare le proprie linee di attività, ha provveduto alla

standardizzazione dei processi, riportando, in relazione specifica, quanto è stato posto in essere in termini di processo, e quanto ottenuto in termini di realizzazione applicativa degli stessi, nell'anno 2012. Si evidenzia che tale relazione, in ottemperanza al verbale n. 12 dell'OIV, è stata supportata da un certificazione prodotta dalla Direzione Ammnistrativa.
I programmi accedono al fondo usufruendo dei valori d'ingresso delle UU.OO. dalla quale proviene il responsabile.
Va messo in evidenza che la globalità delle azioni intraprese, per conseguire i risultati attesi, sono state frutto di una scelta manageriale che intende, in termini di missione perseguibile dall'organizzazione, porre al centro delle attività il cittadino utente, dedicando grande attenzione alla fruibilità del sistema, e dando, al contempo, le indicazioni mirate al migliore impiego delle risorse assegnate.

## 2.2 Risultati

L'applicazione di quanto sopra descritto, una volta concluso il processo, ha portato ad esiti che vengono qui di seguito riportati. Si mette in evidenza che la seconda tabella (tab.2) si riferisce agli obiettivi che, previa contrattazione con i vertici aziendali, sono stati assegnati alle varie UU.OO. in riferimento al budget anno 2012, e rientranti nella pesatura finale come riportata nella terza tabella (tab. 3). Gli obiettivi riconducibili all'attività istituzionale riconosciuti dalla Direzione Strategica in riferimento all'Amministrazione sono presenti nella quarta tabella, insieme alle percentuali di raggiungimento conseguite (tab.4). A seguire vengono riportati i valori di distribuzione teorica del fondo ottenuti con gli strumenti matematici sopra esposti (tab. 5).
Al momento della stesura del presente documento risultano mancanti le percentuali di raggiungimento degli obiettivi che riguardano i programmi, le stesse potranno essere acquisite quando esitate in risposta alle note inviate dal Direttore degli Affari Generali e Risorse Umane.
In riferimento alle valutazioni individuali, essendo le stesse soggette, in prima istanza, solo alle determinazioni del dirigente responsabile di valutazione, non trovano spazio nella presente relazione.

**Tab. 2**

| **1) Dipartimento di Medicina Interna** |
|---|
| **U.O.C. - Medina interna** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 20% sul consumo dei farmaci su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 6 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |

| |
|---|
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Medicina interna ad indirizzo Gastroenterologico** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| attività ambulatoriale > = € 200.000 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 6 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Epatologia Clinica e Biomolecolare** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 10% sul consumo dei farmaci e del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Medicina delle Malattie Metaboliche** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |

| |
|---|
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 6 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Nefrologia e Dialisi** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 20% sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del consumo dei farmaci e del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 7 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |

| |
|---|
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Diabetologia** |
| Incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali entro il 5 del mese successivo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Farmacologia** |
| Incremento del 20% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Monitoraggio e gestione della appropriatezza nella prescrizione degli antibiotici e dei fans (cicli di formazione RID e Dirigenza Medica, attivazione specifiche procedure) |
| Preparazione farmaci antiblastici (formazione del personale ed attivazione procedure operative) |
| Nr di dirigenti formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio) |
| Nr. Consulenze fornite informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( file T) |
| Proposta procedura per il buon uso dei farmaci |
| Collaborazione al team di verifica appropriatezza cartelle cliniche |
| **U.O.S.D. - Endoscopia Digestiva** |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui dati del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Riduzione del 20% del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |

| |
|---|
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Geriatria** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 7 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza, esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **2) Dipartimento di Chirurgia Generale** |
| **U.O.C. - Chirurgia Generale** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 30% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 20% del consumo dei farmaci e 10% del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |

| |
|---|
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 20% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 10% del consumo dei farmaci e mantenimento del consumo del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 6 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list Sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Chiruriga generale ad Indirizzo Oncologico** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del consumo dei farmaci e del 30% del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 6 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |

| |
|---|
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Malattie Infettive** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 10% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie e anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Oncologia Medica con Hospice** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del + /-5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 9 (nove) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |

| |
|---|
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Ematologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e mantenimento del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Terapie Integrate in Oncologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 9 (nove) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |

| |
|---|
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Anatomia Patologica** |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Monitoraggio ed applicazione di azioni correttive mirate al miglioramento della customer- satisfaction |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Abbattimento tempi di attesa (refertazione pezzi istologici) attività concordata con i clienti |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica |
| Positività audit JCI |
| Abbattimento prestazioni ridondanti e non appropriate |
| Ottimizzazione dei calendari delle procedure diagnostiche per l'abbattimento dei tempi di attesa |
| **U.O.S.D. - Chirurgia ano Rettale** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 20% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Chirurgia Endoscopica** |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |

| |
|---|
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Chirurgia geriatrica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Riduzione del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 10%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Endocrinochirurgia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 30% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |

| |
|---|
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Trattamenti non resettivi in Ch epato-bilio-pancreatica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **3) Dipartimento di Chiruriga Specialistica** |
| **U.O.C. - Chirurgia Plastica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |

| |
|---|
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Odontoiatria** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 30% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Riduzione del 20% del consumo dei farmaci su valori del 2011 |
| Incremento del 20% dell'attività in DH |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta , della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Oftalmologia** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del consumo dei farmaci e mantenimento del consumo del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Otorinolaringoiatria** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |

| |
|---|
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 20% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Microchirurgia Auricolare** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 20% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |

| |
|---|
| Positività audit clinico su esiti |
| **4) Dipartimento di Diagnostica per Immagini** |
| **U.O.C. - Medicina Nucleare** |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario sui valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 2 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Neuroradiologia** |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Assicurazione di tutte le prestazioni di diagnostica per immagini in emergenza ( da P.S. o UU.OO.) H 24 |
| Implementazione e gestione di procedure condivise con i Direttori dei DAI interessati mirate all'ottimizzazione della disponibilità fornita alle singole UU.OO. per i pazienti in follow up e in ricovero programmato o elezione ( da pubblicare mensilmente nel sito polime.it, area riservata) |
| Interventi su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Mantenimento del consumo del materiale sanitario e del materiale diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio) |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente Vitruvio/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali -consulenze-DH ) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Verifica ed ottimizzazione dei carichi di lavoro anche nelle ore di attività di guardia |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Radiodiagnostica** |
| Incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Assicurazione di tutte le prestazioni di diagnostica per immagini in emergenza ( da P.S. o UU.OO.) H 24 |
| Implementazione e gestione di procedure condivise con i Direttori dei DAI interessati all'ottimizzazione della disponibilità fornita alle singole UU.OO. per i pazienti in follow up e in ricovero programmato o elezione ( da pubblicare mensilmente nel sito polime.it, area riservata) |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci, del materiale sanitario e diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Interventi su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |

| |
|---|
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio) |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente Vitruvio/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali ) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Verifica ed ottimizzazione dei carichi di lavoro anche nelle ore di attività di guardia |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Radiologia Oncologica** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Assicurazione di tutte le prestazioni di diagnostica per immagini in emergenza ( da P.S. o UU.OO.) H 24 |
| Implementazione e gestione di procedure condivise con i Direttori dei DAI interessati all'ottimizzazione della disponibilità fornita alle singole UU.OO. per i pazienti in follow up e in ricovero programmato o elezione ( da pubblicare mensilmente nel sito polime.it, area riservata) |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del materiale sanitario |
| Interventi su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio) |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente Vitruvio/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Verifica ed ottimizzazione dei carichi di lavoro anche nelle ore di attività di guardia |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Radioterapia** |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Incremento del 50% di prestazioni con Cyberknife (con verifica trimestrale) |
| Riduzione del 10% del consumo del materiale sanitario sui valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Diagnostica Strumentale del Seno** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |

| |
|---|
| Mantenimento del consumo del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio) |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente Vitruvio/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali -CONSULENZE- entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica per immagini e delle prestazioni dell'area critica |
| Positività audit clinico su esiti |
| **5) Dipartimento di Anestesia e Rianimzaizone** |
| **U.O.C. - Anestesia e Rianmazione** |
| Supporto a procedura trattamento su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti e della Nutrizione artificiale (Enterale/parenterale) su pazienti |
| Implementazione ed attivazione della partoanalgesia entro aprile 2012 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti Anestesiologici gestiti informaticamente / Nr. Atti Anestesiologici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Medicina e Chirurgia d'Accett. E D'Urg.** |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Applicazione della procedura per i ricoveri in urgenza tramite consulenza specialistica |
| Supporto a procedura trattamento su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Verifica codice fiscale dei pazienti ricoverati in urgenza |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Rimodulazione dell'utilizzo del personale medico ed infermieristico e della turnazione degli stessi sulla base della rilevazione statistica degli algoritmi legati agli accessi |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |

| |
|---|
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Oropedia e Traumatologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/-10% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento (+/-5%) del consumo dei farmaci e riduzione del 20% del consumo del materiale sanitario sui valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Interventi su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| **U.O.S.D. - Ortopedia Oncologica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 30% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |

| |
|---|
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **6) Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio** |
| **U.O.C. - Medicina Trasfusionale** |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico sui valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta, della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - consulenze) entro il 5 del mese successivo |
| Procedura condivisa con le parti interessate per la programmazione di eventi di donazione riferiti alla componente studentesca sia nell'ambito della Facoltà che dei Dipendenti aziendali ed universitari |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni/esterni nell'area della diagnostica mediante il ricorso a calendarizzazione programmata ed opportunamente comunicata (sito polime.it area riservata) |
| Positività audit JCI |
| Formalizzazione procedure condivise orientate all'abbattimento delle richieste ridondanti e non appropriate ed al buon uso del sangue. |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Microbiologia Clinica** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Monitoraggio ed applicazione di azioni correttive mirate al miglioramento della customer- satisfaction |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta , della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |
| Allert, mediante reportistica dedicata, mirata alla segnalazione, settimanale degli esiti degli antibiogrammi richiesti dalle UU.OO. Aziendali (U.O.C. Igiene Ospedaliera e Direzione Medica di Presidio)) |
| Positività audit JCI |
| Abbattimento prestazioni ridondanti e non appropriate |
| Supporto e collaborazione con il Direttore del DAI di laboratorio nella gestione delle procedure da condividere con i Direttori dei DAI Clinici |
| Pubblicazione sul sito polime.it dei calendari mensili sulla cadenza analitica di tutte le prestazioni |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Patologia Clinica** |
| Incremento - riduzione del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Riscontro entro 7 gg. (PEC) alle segnalazioni e reclami avanzati dall'utenza, oggetto delle note in fase di istruttoria URP |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale, verificati i carichi di lavoro individuali, in termini di utilizzo del personale e delle risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo implementato e gestito attraverso formali procedure condivise con i Direttori dei DAI nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta , della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni, della tempestività della consegna dei referti, dell'abbattimento delle richieste ridondanti o inappropriate |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Monitoraggio dal 1° Aprile sul n° di richieste non informatizzate |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - consulenze) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |

| |
|---|
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica |
| Positività audit JCI |
| Pubblicazione sul sito polime.it dei calendari mensili sulla cadenza analitica di tutte le prestazioni |
| Ottimizzazione dei calendari dei dosaggi per l'abbattimento dei tempi di attesa |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Biochimica Clinica** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta , della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali, consulenze) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica |
| Positività audit JCI |
| Supporto e collaborazione con il Direttore del DAI di laboratorio nella gestione delle procedure da condividere con i Direttori dei DAI Clinici |
| Pubblicazione sul sito polime.it dei calendari mensili sulla cadenza analitica di tutte le prestazioni |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S:D. - Tipizzazione Tissutale** |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 10% del materiale diagnostico sui valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta , della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze erogate informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - consulenze entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica |
| Positività audit JCI |
| Supporto e collaborazione con il Direttore del DAI di laboratorio nella gestione delle procedure da condividere con i Direttori dei DAI Clinici |
| Pubblicazione sul sito polime.it dei calendari mensili sulla cadenza analitica di tutte le prestazioni |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. – Virologia** |
| Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazionei di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico(+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta, della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Nr di dirigenti medici/biologi formati su procedure informatizzate |
| Monitoraggio dal 1° Aprile sul n° di richieste non informatizzate |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - consulenze) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica |
| Positività audit JCI |

| |
|---|
| Supporto e collaborazione con il Direttore del DAI di Laboratorio nella gestione delle procedure da condividere con i Direttori dei DAI Clinici |
| Pubblicazione sul sito polime.it dei calendari mensili sulla cadenza analitica di tutte le prestazioni |
| Positività audit clinico su esiti |
| **8) Dipartimento Materno Infantile** |
| **U.O.C. - Chirurgia Padiatrica** |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia generale superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Ginecologia e Ostetricia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 30% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione i di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della ginecologia superiore al 75% |
| Riduzione parti cesarei primari |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala operatoria |

| |
|---|
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Somministrazione questionario customer satisfaction |
| **U.O.C. - TIN** |
| incremento del 20% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 30% del consumo dei farmaci e del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Genetica ed Immunologia Pediatrica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% sul consumo dei farmaci e mantenimento del consumo del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 4 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Pediatria** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |

| |
|---|
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Neuropsichiatria Infantile** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 20% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Gastroenterologia Pediatrica e Fisbrosi Cistica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 10% sul consumo dei farmaci e del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 8 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |

| |
|---|
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Neonatologia** |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento del 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Nefrologia Pediatrica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento del 5% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 20% sul consumo dei farmaci su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 4 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **8) Dipartimento di Neuroscienze** |
| **U.O.C. - Neurochirurgia** |

| |
|---|
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 30% sui valori del 2011 |
| Procedura condivisa sull'ottimizzazione disponibilità diagnostica per immagini |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 8 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Neurologia e Malattie Neuromuscolari** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del consumo dei farmaci e del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 7 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Procedura condivisa sull'ottimizzazione disponibilità diagnostica per immagini |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Psichiatria** |

| |
|---|
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| **U.O.S.D. - Riabilitazione Neurologica** |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Medicina Fisica Riabilitativa** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 20% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |

| |
|---|
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Chirurgia Maxillo Facciale** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 20% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore ai 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Neurifisiopatologia e Disordini del Movimento** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del consumo dei farmaci e del materiale sanitario su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |

| |
|---|
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **9) Dipartimento Toraco Cardio Vascolare** |
| **U.O.C. - Cardiologia** |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Supporto a procedura trattamento su pz. Over 65 con frattura femore entro 48 h |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Pneumologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del + / -5% sui valori del 2011 |
| Implementazione ed Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 8 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Chirurgia Toracica** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |

| |
|---|
| Implementazione ed Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 8 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list Sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Chirurgia Vascolare** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| incremento del 5% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Valore dell'indice operatorio, nell'area della chirurgia specialistica superiore al 75% |
| Ottimizzazione della dispensazione dei pasti su pazienti chirurgici |
| Degenza media non superiore a 7 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Atti chirurgici gestiti informaticamente / Nr. Atti Chirurgici |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura di Time-out |
| Adozione Check list sala Operatoria |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| adozione braccialetto identificativo |
| Positività audit su Buon Uso del Sangue |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - UTIC** |

| |
|---|
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. su valori inferiori al 10% |
| Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione ed attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 5(cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Effettuazione PTCA su pazienti con IMA STEMI entro 24 H |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri formati su procedure informatizzate ( utilizzo Ormaweb, utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Adozione procedura per la gestione del dolore paziente |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **10) Dipartimento di Medicina Specialistica** |
| **U.O.C. - Allergologia e Immunologia Clinica** |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Incremento dell'attività ambulatoriale del 6% (EURO) sui valori del 2011 (dal 1° marzo l'unità operativa verrà esentata da turni di guardia interdipartimentale e dal P. S.) |
| Attivazione del sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie e/o anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 a parità di volumi di attività |
| Degenza media non superiore ai 3 (tre) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Dermatologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione del sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie e/o anonime degli eventi avversi |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |

| |
|---|
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Endocrinologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Attivazione del sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie e/o anonime degli eventi avversi |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 3 (tre) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate (utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Malattie Infettive** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore a 8 giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |

| |
|---|
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.S.D. - Reumatologia** |
| Definizione e gestione di una procedura interna per la gestione del 1° Ciclo Terapeutico |
| Riduzione dei ricoveri ordinari di un giorno su valori inferiori al 5% |
| Riduzione dei ricoveri ad « elevato rischio di inappropriatezza » a valori al di sotto del 5% ( 43 DRG -Allegato 2c) |
| Valore dell' Indice di Occupazione Posto Letto superiore all'80% |
| Riduzione del numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 gg. Su valori inferiori al 10% |
| Mantenimento e/o incremento fino al 10% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Implementazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Mantenimento del consumo dei farmaci e del materiale sanitario (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Degenza media non superiore ai 5 (cinque) giorni |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di posti letto, personale e risorse tecnologiche |
| Partecipazione ai tavoli tecnici di competenza per realizzazione di programmi assessoriali specifici |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, utilizzo cartella clinica) |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate ( utilizzo cartella clinica) |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Nr. Cartelle gestite informaticamente |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - SDO - SDAO) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione cartella clinica informatizzata |
| Positività audit su Gestione farmaco |
| Adozione braccialetto identificativo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **11) Dipartimento dei Servizi** |
| **U.O.C. - Farmacia** |
| Gestione e verifica delle richieste sulla base dei dati forniti dal Controllo di Gestione riferito alle UU.OO. Richedenti e coerenti con gli obiettivi di budget Aziendali |
| Gestione, attraverso l'uso di sistemi informatici, delle fasi di carico/scarico di materiale sanitario, farmaci, diagnostico e protesico nei tempi previsti dalle linee guida Assessoriali e Ministeriali |
| Garanzia della partecipazione al programma di audit per la verifica della gestione degli armadi farmaceutici secondo standard JCI |
| Nr di dirigenti formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, |
| Nr di operatori comparto formati su procedure informatizzate |
| Invio flussi informativi entro il 5 del mese successivo |
| PROCEDURA GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO FARMACI, MATERIALE DIAGNOSTICO E SANITARIO |
| PROCEDURA GESTIONE CONSEGNE FARMACI, MATERIALE DIAGNOSTICO E SANITARIO |
| PROCEDURA GESTIONE PRIMO CICLO TERAPEUTICO |
| PROCEDURA GESTIONE FILE F E FILE T |
| PROCEDURA ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI DA CONCORDARE CON IL SETTORE APPALTI E CONTRATTI |
| **U.O.C. - Fisica Sanitaria** |
| Programmazione di audit interni sui processi e sulle procedure applicative a tutela del rischio clinico secondo i parametri della JCI da condividere con l'U.O.S. di Sicurezza e Protezione |
| Informatizzazione delle attività di reportistica post verifica e controlli |
| Formazione alle UU.OO. Interessate sulle procedure di prevenzione e qualità operativa (da concordare con l'U.O. Formazione) |
| Realizzazione di un manuale e/ o compendio da distribuire agli operatori coinvolti nelle attività sottoposte a verifica e controllo della fisica sanitaria |
| Disponibilità nella partecipazione agli audit programmati quando coerenti con le attività controllate dalla fisica sanitaria |
| Applicazione procedura di valutazione del rischio nell'ambito delle attività radiologiche da condividere con la Direzione Medica di Presidio, la Medicina del Lavoro, il Medico Competente ed i Direttori delle UU.OO. interessate |
| **U.O.C. - Igiene Ospedaliera** |
| Incremento del 30% delle verifiche nelle aree chirurgiche e delle emergenze e connesse prescrizioni |
| Verifiche mirate connesse con la reportistica dell'U.O.C. di Microbiologia |
| Implementazione ed Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |

| |
|---|
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico su valori del 2011 |
| Prescrizione post audit su check list fornite dal team di audit |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| mantenimento o incremento del + / - 5% dell'attività ambulatoriale sui valori del 2011 |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate ( Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali-consulenze ) entro il 5 del mese successivo |
| Adozione procedura per la gestione delle infezioni ospedaliere |
| Positività audit clinico su esiti |
| **U.O.C. - Medicina del lavoro** |
| Incremento del 5% dell'attività ambulatoriale in coerenza con i valori di attività intramoenia sui valori del 2011 |
| Implementazione ed Attivazione di un sistema di Incident Reporting e Near Miss basato sulle segnalazioni volontarie ed anonime degli eventi avversi: |
| Riduzione del 5% del consumo del materiale diagnostico su valori del 2011 |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Nr di dirigenti medici formati su procedure informatizzate (Richieste informatizzate di consulenza/esami di laboratorio, |
| Nr di infermieri professionali formati su procedure informatizzate |
| Nr. Consulenze richieste informaticamente/ Nr Richieste Consulenza Totali |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali -consulenze ) entro il 5 del mese successivo |
| Procedure di raccordo tra Fisica Sanitaria, Commissione Rischio Radiologico |
| **U.O.C. - Medicina legale** |
| Pianificazione di corsi di formazione ed aggiornamento da proporre ai Dipartimenti assistenziali da concordare con l'U.O. di Formazione |
| Definizione dei consensi informati, suddivisi per area omogenea, da condividere con la Direzione Medica di Presidio completata dalla procedura della acquisizione specifica verso il paziente |
| Partecipazione al collegio medico per l'accertamento di morte cerebrale |
| Analisi degli eventi avversi pervenuti e registrati nel 2012 suddivisi per area omogenea e tipologia |
| Garanzia, mediante l' impiego delle risorse umane tramite turnazione pomeridiana, a supporto delle consulenze alla dirigenza |
| Partecipazione al team aziendale sulla verifica delle cartelle cliniche (appropriatezza e qualità) |
| Composizione team per il supporto alla Direzione Sanitaria per le attività connesse alla root cause analisys |
| Supporto alla Direzione Aziendale nel contenzioso medico-legale |
| **U.O.S.D. - VEQ e Servizi di Immunometria** |
| Mantenimento o incremento dell'attività ambulatoriale del +/- 5% sui valori del 2011 |
| Attivazione e supporto delle indicazioni dell'Assessorato per la gestione Regionale della VEQ |
| Mantenimento del consumo del materiale diagnostico (+/- 5%) su valori del 2011 |
| Monitoraggio e fidelizzazione medici prescrittori |
| Ottimizzazione delle risorse in ambito dipartimentale in termini di personale e risorse tecnologiche |
| Piano organizzativo-operativo di riordino delle attività di diagnostica ambulatoriale, nell'ottica della ottimizzazione dell'offerta , della riduzione dei tempi di attesa, delle efficienza delle prestazioni e della tempestività della consegna dei referti |
| Nr di dirigenti /biologi formati su procedure informatizzate |
| Monitoraggio dal 1° Aprile sul n° di richieste non informatizzate |
| Invio flussi informativi ( prestazioni Ambulatoriali - consulenze) entro il 5 del mese successivo |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti esterni nell'area della diagnostica |
| Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per pazienti interni nell'area della diagnostica |
| Positività audit JCI |
| Abbattimento prestazioni ridondanti e non appropriate |
| Ottimizzazione dei calendari dei dosaggi per l'abbattimento dei tempi di attesa |
| Positività audit clinico su esiti |

**tab. 3**

| **1) Dipartimento di Medicina Interna** | **% rag.** |
|---|---|
| **U.O.C - Medicina Interna** | 54 |
| **U.O.C. - Medicina interna ad indirizzo Gastroenterologico** | soppressa |

| | |
|---|---|
| **U.O.C. - Epatologia Clinica e Biomolecolare** | 78 |
| **U.O.C. - Medicina delle Malattie Metaboliche** | 60 |
| U.O.C. - Nefrologia e Dialisi | soppressa |
| U.O.C. - Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | 80 |
| **U.O.S.D. - Diabetologia** | 50 |
| **U.O.S.D. - Farmacologia** | 81 |
| **U.O.S.D. - Endoscopia Digestiva** | 48 |
| **U.O.S.D. - Geriatria** | 63 |
| **2) Dipartimento di Chirurgia Generale** | |
| **U.O.C. - Chirurgia Generale** | 61 |
| **U.O.C. - Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale** | 66 |
| **U.O.C. - Chiruriga generale ad Indirizzo Oncologico** | 59 |
| **U.O.C. - Oncologia Medica con Hospice** | 71 |
| **U.O.C. - Ematologia** | 82 |
| **U.O.C. - Terapie Integrate in Oncologia** | soppressa |
| **U.O.C - Urologia** | 68 |
| **U.O.C. - Anatomia Patologica** | 50 |
| **U.O.S.D. - Chirurgia ano Rettale** | 74 |
| **U.O.S.D. - Chirurgia Endoscopica** | 55 |
| **U.O.S.D. - Chirurgia geriatrica** | 50 |
| **U.O.S.D. - Endocrinochirurgia** | 53 |
| **U.O.S.D. - Trattamenti non resettivi in Ch epato-bilio-pancreatica** | 47 |
| **3) Dipartimento di Chiruriga Specialistica** | |
| **U.O.C. - Chirurgia Plastica** | 70 |
| **U.O.C. - Odontoiatria** | 38 |
| **U.O.C. - Oftalmologia** | 51 |
| **U.O.C. - Otorinolaringoiatria** | 72 |
| **U.O.S.D. - Microchirurgia Auricolare** | 76 |
| **4) Dipartimento di Diagnostica per Immagini** | |
| **U.O.C. - Medicina Nucleare** | 45 |
| **U.O.C. - Neuroradiologia** | 73 |
| **U.O.C. - Radiodiagnostica** | 83 |
| **U.O.C. - Radiologia Oncologica** | 60 |
| **U.O.C. - Radioterapia** | 75 |
| **U.O.S.D. - Diagnostica Strumentale del Seno** | 86 |
| **5) Dipartimento di Anestesia e Rianimzaizone** | |
| **U.O.C. - Anestesia e Rianmazione** | 70 |
| **U.O.C. - Medicina e Chirurgia d'Accett. E D'Urg.** | 65 |
| **U.O.C. - Oropedia e Traumatologia** | 73 |
| **U.O.S.D. Anestesia e Neurorianimazione** | 70 |
| **U.O.S.D. Terapie Neurointensive** | 70 |
| **U.O.S.D. - Ortopedia Oncologica** | 78 |
| **6) Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio** | |
| **U.O.C. - Medicina Trasfusionale** | 95 |
| **U.O.C. - Microbiologia Clinica** | 81 |
| **U.O.C. - Patologia Clinica** | 86 |
| **U.O.S.D. - Biochimica Clinica** | 75 |
| **U.O.S.D. - Tipizzazione Tissutale** | 64 |
| **U.O.S.D. - Virologia** | 66 |
| **7) Dipartimento Materno Infantile** | |
| **U.O.C. - Chirurgia Padiatrica** | 71 |
| **U.O.C. - Ginecologia e Ostetricia** | 79 |
| **U.O.C. - TIN** | 55 |

| | |
|---|---|
| **U.O.C. - Genetica ed Immunologia Pediatrica** | 46 |
| **U.O.C. - Pediatria** | 47 |
| **U.O.C. - Neuropsichiatria Infantile** | 48 |
| **U.O.S.D. - Gastroenterologia Pediatrica e Fisbrosi Cistica** | 82,5 |
| **U.O.S.D. - Neonatologia** | 69 |
| **U.O.S.D. - Nefrologia Pediatrica** | 51 |
| **8) Dipartimento di Neuroscienze** | |
| **U.O.C. - Neurochirurgia** | 62 |
| **U.O.C. - Neurologia e Malattie Neuromuscolari** | 52 |
| **U.O.C. - Psichiatria** | 61 |
| **U.O.S.D. - Riabilitazione Neurologica** | non attiva |
| **U.O.C. - Medicina Fisica Riabilitativa** | 20 |
| **U.O.S.D. - Chirurgia Maxillo Facciale** | 75 |
| **U.O.S.D. - Neurifisiopatologia e Disordini del Movimento** | 49 |
| **9) Dipartimento Toraco Cardio Vascolare** | |
| **U.O.C. - Cardiologia** | 80 |
| **U.O.C. - Pneumologia** | 67 |
| **U.O.C. - Chirurgia Toracica** | 76 |
| **U.O.C. - Chirurgia Vascolare** | 75 |
| **U.O.C. - UTIC** | 75 |
| **10) Dipartimento di Medicina Specialistica** | |
| U.O.C. - Allergologia e Immunologia Clinica | 41 |
| **U.O.C. - Dermatologia** | 60 |
| **U.O.C. - Endocrinologia** | 66 |
| **U.O.C. - Malattie Infettive** | 69 |
| **U.O.C. - Reumatologia** | 68 |
| **11) Dipartimento dei Servizi** | |
| **U.O.C. - Farmacia** | 60 |
| **U.O.C. - Fisica Sanitaria** | 93,35 |
| **U.O.C. - Igiene Ospedaliera** | 75 |
| **U.O.C. - Medicina del lavoro** | 73 |
| **U.O.C. - Medicina legale** | 86 |
| **U.O.S.D. - VEQ e Servizi di Immunometria** | 88 |

**tab. 4**

| Amministrazione | punteggio d'ingresso | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Settore Affari Generali e Risorse Umane** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Rideterminazione fondi | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Procedure concorsuali | | si | si | 100,00 | |
| Assunzioni a tempo indeterminato | | si | si | 100,00 | |
| Stipula contratti individuali di lavoro per conferimento incarichi di responsabile di U.O.C./U.O.S. in Area ATP e Staff Direzione Strategica | | si | si | 100,00 | |
| Conferimento incarichi Dirigenti medici e D.S. in servizio presso la Direzione Strategica Aziendale | | si | si | 100,00 | |
| Gestione specializzandi | | si | si | 100,00 | |
| Aggiornamento fascicoli del personale | | si | si | 100,00 | |
| Trattamento economico | | si | si | 100,00 | |
| Cessazioni dal servizio, riscatti e ricongiunzioni | | si | si | 100,00 | |
| Affari Generali/Posta e Protocollo/Gestione pratiche assicurative | | si | si | 100,00 | |
| Definizione delle modalità operative | | si | si | 100,00 | |
| **Settore Economico e Patrimoniale** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Definizione delle procedure amministrativo-contabile | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Monitoraggio della spesa per il personale con particolare riferimento al personale a tempo determinato | | si | si | 100,00 | |
| Relazione della procedura per il pagamento dei debiti v/fornitori e contestuale riduzione di tempi medi di pagamento per fatture fornitori | | si | si | 100,00 | |
| Contenimento della spesa dispositivi medici | | si | si | 100,00 | |
| Definizione delle modalità operative | | si | si | 100,00 | |
| **Settore Provveditorato** | **1,83** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Redazione delle procedure amministrative | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Miglioramento della qualità del cittadino | | si | si | 100,00 | |
| Realizzazione dei CUP provinciali | | si | si | 100,00 | |
| Acquisizione software perl la gestione dell'Area Amministrativa | | si | si | 100,00 | |
| Aggiornamento tecnologico apparecchiature elettromedicali | | si | si | 100,00 | |
| Definizione delle modalità operative | | si | si | 100,00 | |
| **Settore Tecnico** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Monitoraggio interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili fondi ex art. 20 | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Efficientamento del servizio di gestione manutentiva del parco tecnologico | | si | si | 100,00 | |
| Rinnovo del parco tecnologico ed istallazione delle apparecchiture di cui al piano di finanziamento PO FESR 2007-2013 linea di intervento 6.1.2.1. entro il 32.12.2012 ed aggiornamento dei dati sul sistema informatizzato Caronte | | si | si | 100,00 | |
| Investimenti tecnologici sulla linea di intervento 6.1.2.3. del PO FESR 2007-2013 entro il 31.12.2012 ed aggironamento dei dati sul sistema Caronte | | si | si | 100,00 | |
| Definizione delle modalità operative | | si | si | 100,00 | |
| **Settore Facility Management** | **1,21** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Definizione delle modalità operative relative alle linee di attività dei diversi servizi, nel rispetto dei tempi per ogni procedura indentificata | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| **Staff Direzione Strategica Aziendale** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Monitoraggio sull'inappropriatezza dei ricoveri in regime ordinario per i primi 43 DRG allegato 2c | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Monitoraggio delle attività nell'ottica della valutazione degli indicatori di performance | | si | si | 100,00 | |
| Monitoraggio dell'indice di attrazione | | si | si | 100,00 | |
| Monitoraggio dell'indice chirurgico | | si | si | 100,00 | |
| Monitoraggio dell0'indice di occupazione posto letto su RO e DH per sinogla U.O. | | si | si | 100,00 | |
| Monitoraggio dell'attività relativa al I ciclo terapeutico | | si | si | 100,00 | |
| Supporto alla realizzazione informatizzata del sistema contabile gestionale utilizzabile anche ai fini della gestione della Contabilità Analitica per Centri di Costo | | si | si | 100,00 | |
| Supporto alla realizzazione del sitema di budget aziendale | | si | si | 100,00 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Monitoraggio delle attività delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. Nell'ottica degli indicatori degli obiettivi assegnati in sede di contrattazione di budget | | si | si | 100,00 | |
| supporto alla gestione del processo di informatizzazione | | si | si | 100,00 | |
| Gestone della produttività aziendale | | si | si | 100,00 | |
| aggiornamento dei dati relativi alle consulenze interne | | si | si | 100,00 | |
| servizio vigilanza Mondialpol | | si | si | 100,00 | |
| attività anestesiologica in sala operatoria | | si | si | 100,00 | |
| attività chirurgica in sala operatoria | | si | si | 100,00 | |
| graduzione degli incarichi professional | | si | si | 100,00 | |
| richiesta patrocinio e/o utilizzo logo | | si | si | 100,00 | |
| costante aggironamento del sito web della formazione | | si | si | 100,00 | |
| attività relative alle relazioni con il pubblico | | si | si | 100,00 | |
| supporto alle uu.oo soggette a verfiica JCI | | si | si | 100,00 | |
| realizzazione piano della formazione | | si | si | 100,00 | |
| Aggionamento del sito della formazione | | si | si | 100,00 | |
| **Direzione Sanitaria** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Monitoraggio e gestione della distribuzione afficace del personale infermieristico tecnico ed ausiliario nei vari dipartimenti aziendali | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Implementazione ed attivazione procedure | | si | si | 100,00 | |
| Gestione non conformità | | si | si | 100,00 | |
| Redazione piano d'emergenza aziendale, promozione e diffusione cultura gestione maxiemergenze | | si | si | 100,00 | |
| **Medico Competente** | **1,21** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| calendarizzazione ed accesso del personale alle visite di sorveglianza sanitaria | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| monitoraggio degli accessi alle visite | | si | si | 100,00 | |
| statistiche esplicative e riassuntive delle attività di prevenzione | | si | si | 100,00 | |
| **Sicurezza e Protezione** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Applicazione Dlgs 81/2008 | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| attività di consulenza interna | | si | si | 100,00 | |
| Coordinamento gruppi di lavoro | | si | si | 100,00 | |
| monitoraggio rischio chimico | | si | si | 100,00 | |
| monitoraggio rischio microclimatico | | si | si | 100,00 | |
| verifica stress lavoro correlato | | si | si | 100,00 | |
| valutazione rischio e requisiti di sicurezza nel laboratori | | si | si | 100,00 | |
| componente gruppi audit | | si | si | 100,00 | |
| organizzazione link sulla sicurezza all'interno del sito aziendale | | si | si | 100,00 | |
| **Affari Legali** | **1,72** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| informatizzazione delle attività di rappresentanza | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| monitraggio delle attività attraverso web | | si | si | 100,00 | |
| **Segreteria Direzione Generale** | **1,89** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| gestione appuntamenti con DG, DS, DA | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| selezione e convogliamento della comunicazione bifrontale della direzione strategica | | si | si | 100,00 | |
| **ICT e Innovazione Aziendale** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| definizione form processi amminisrtativi on-line | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| definizione form richieste esterne on-line | | si | si | 100,00 | |
| definito sistema per la gestione infromatica delle sale operatorie | | si | si | 100,00 | |
| gestione infromatizzata della cartella clinica | | si | si | 100,00 | |
| applicazni per ris pacs | | si | si | 100,00 | |
| ristrutturazione rete dati | | si | si | 100,00 | |
| Configurazione sistema business intelligence | | si | si | 100,00 | |
| realizzazione salal server | | si | si | 100,00 | |
| aggiornamento sito web | | si | si | 100,00 | |
| **Ufficio Relazioni con il Pubblico** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| gestione front e back office | | si | si | 100,00 | 100,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| gestione reclami e comunicazione interistituzionale | | si | si | 100,00 | |
| gestione rappoti con le associazioni | | si | si | 100,00 | |
| gestione custome satisfation | | si | si | 100,00 | |
| elaborazione ritardometro | | si | si | 100,00 | |
| rilevazione criticità di sistema | | si | si | 100,00 | |
| elaborazione dati | | si | si | 100,00 | |
| **Servizi e beni economali** | **1,83** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Miglioramento della qualità del posto letto del degente | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Miglioramento dlela qualità dei pasti per i degenti | | si | si | 100,00 | |
| istituzione micronido aziendale | | si | si | 100,00 | |
| Manutenzione e assistenza tecnica elisuperficie | | si | si | 100,00 | |
| rinnovamento dell'abbigliamento pprofessionale sanitario | | si | si | 100,00 | |
| **Ingegneria dei Servizi Ospedalieri** | **1,94** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Monitoraggio ed attuazione degli interventi di mautenzione | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Aggiornamento documentazione e dati degli interventi | | si | si | 100,00 | |
| **Personale Amministrativo presente in struttre sanitarie e RAD** | **1,72** | **concordato** | **misurato** | **ragg. ob.** | **rag.ob.tot.** |
| Adeguamento procedurale delle attività amministrative periferiche | | si | si | 100,00 | 100,00 |
| Composizione e trasmissione dei flussi informativi aziendali di pertinenza | | si | si | 100,00 | |

**Tab 5**

| UU.OO. | **pt totale** |
|---|---|
| U.O.C. Patologia Clinica | 2,00 |
| U.O.C. Ematologia | 1,35 |
| U.O.S. DIP. VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di Diagn. di Lab. | 1,15 |
| U.O.C. Terapia Subintensiva e Tecniche Dialitiche | 1,11 |
| U.O.C. Terapia Cardiologica Intensiva ed Interventistica | 1,83 |
| U.O.C. Chirurgia Plastica | 1,35 |
| U.O.C. Igiene Ospedaliera | 0,65 |
| U.O.S. DIP. Neurofisiopatologia e disordini del movimento | 0,93 |
| U.O.C. Epatologia Clinica e Biomolecolare | 0,98 |
| U.O.C. Radioterapia | 0,95 |
| U.O.C. Reumatologia | 0,86 |
| U.O.C. Neuroradiologia | 1,03 |
| U.O.C. Oftalmologia | 1,20 |
| U.O.C. Radiologia Oncologica | 0,97 |
| U.O.C. Urologia | 1,21 |
| U.O.C. Medicine delle Malattie Metaboliche | 0,87 |
| U.O.S. DIP. Nefrologia e Reumatologia Pediatrica con dialisi | 0,78 |
| U.O.C. Medicina Interna | 1,10 |
| U.O.S. DIP. Chirurgia Geriatrica | 1,02 |
| U.O.C. Medicina Nucleare | 1,02 |
| U.O.S. DIP. Chirurgia Maxillo-facciale | 1,13 |
| U.O.S. DIP. Trattamenti non resettivi in chirurgia epato-bilio-pancreatica | 0,96 |
| U.O.S. DIP. Chirurgia Anorettale | 0,97 |
| U.O.S. DIP. Microchirurgia Auricolare | 1,08 |
| U.O.C. Medicina Trasfusionale | 1,33 |
| U.O.C. Dermatologia | 0,74 |
| U.O.S. DIP. Geriatria | 0,74 |
| U.O.S. DIP. Ortopedia Oncologica | 1,04 |
| U.O.C. Allergologia ed Immunologia Clinica | 0,81 |
| U.O.C. Pneumologia | 0,88 |
| U.O.S. DIP. Diagnostica Strumentale del seno | 0,82 |

| | |
|---|---|
| U.O.C. Genetica ed Immunologia Pediatrica | 1,04 |
| U.O.C. Cardiologia | 0,79 |
| U.O.C. Pediatria | 0,78 |
| U.O.C. Anatomia Patologica | 0,94 |
| U.O.C. Chirurgia Pediatrica | 1,07 |
| U.O.C. Ginecologia e Ostetricia | 1,38 |
| U.O.C. Fisica Sanitaria | 0,51 |
| U.O.C. Neuropsichiatria Infantile | 0,77 |
| U.O.S. DIP. Neonatologia | 0,71 |
| U.O.C. Endocrinologia | 0,79 |
| U.O.C. Microbiologia Clinica | 0,84 |
| U.O.S. DIP. Virologia | 0,86 |
| U.O.C. Radiodiagnostica | 0,95 |
| U.O.S. DIP. Endocrinochirurgia | 0,99 |
| U.O.S. DIP. Gastroenterologia Pediatrica e Fibrosi Cistica | 0,72 |
| U.O.S. DIP. Biochimica Clinica | 0,81 |
| U.O.C. Odontoiatria e Odontostomatologia | 1,05 |
| U.O.S. DIP. Diabetologia | 0,68 |
| U.O.S. DIP. Tipizzazione Tissutale | 0,82 |
| U.O.S. DIP. Endoscopia Digestiva | 0,75 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico | 1,33 |
| U.O.C. Anestesia e Neurorianimazione | 1,50 |
| U.O.C. Chirurgia Vascolare | 1,43 |
| U.O.C. Nefrologia e Dialisi | 0,97 |
| U.O.S. DIP. Farmacologia Clinica | 0,67 |
| U.O.C. Chirurgia Generale ad indirizzo Gastrointestinale | 1,17 |
| U.O.C. Ortopedia e Traumatologia | 1,25 |
| U.O.S. DIP. Chirurgia Endoscopica | 0,93 |
| U.O.C. Medicina Legale e delle Assicurazioni | 0,45 |
| U.O.C. Terapie Integrate in Oncologia | 0,91 |
| U.O.C. Psichiatria | 0,77 |
| U.O.S. DIP. Terapie Neurointensive | 1,50 |
| U.O.C. Medicina del Lavoro | 0,47 |
| U.O.C. Chirurgia Toracica | 1,17 |
| U.O.C. Malattie Infettive | 0,82 |
| U.O.C. Otorinolaringoiatria | 1,13 |
| U.O.C. Medicina Interna ad indirizzo Gastroenterologico | 0,85 |
| U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa | 0,71 |
| U.O.C. Chirurgia Generale | 1,14 |
| U.O.C. Oncologia Medica con Hospice | 0,98 |
| U.O.S. DIP. Anestesia e rianimazione cardiovascolare e toracica | 1,24 |
| U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari | 1,01 |
| U.O.C. Neurochirurgia | 1,55 |
| U.O.C. Patologia e TIN | 1,30 |
| U.O.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza con o.b. | 1,39 |
| U.O.C. Anestesia e Rianimazione | 1,50 |
| Progr. Malattie rare neurologiche | 1,01 |
| Progr. Terapia cellulare | 0,98 |
| Progr. Endocrinologia molecolare | 0,79 |
| Progr. Diagnostica ultrastrutturale integrata | 0,94 |
| Progr. Implantologia orale | 1,05 |
| Progr. Screening e follow-up dei tumori del colon-retto | 1,22 |
| Progr. Percorsi diagnostico terapeutici in Medicina Oncologica | 0,98 |

| | |
|---|---|
| Progr. Valutazione anestesiologica e terapie del dolore | 1,50 |
| Progr. Risk analisys microbiologico | 0,65 |
| Progr. Psichiatrie per la terapia integrata dei disturbi dell'uinomre e delle psicosi | 0,77 |
| Progr. Infettivologia speciale, Medicina Tropicale e delle Migrazioni e Parassitologia | 0,82 |
| Progr. Nuovi modelli di gestione multidisciplinari integrati in Endocrinologia | 0,79 |
| Progr. Citodiagnostica e patologia Molecolare | 0,94 |
| Progr. Prevenzione dei tumori | 1,33 |
| Settore Facility Management | 1,21 |
| Settore Provveditorato | 1,83 |
| Settore Economico | 1,94 |
| Settore Tecnico | 1,94 |
| Settore Affari Generali e Risorse Umane | 1,94 |
| Direzione Medica di Presidio e Dir San | 1,94 |
| Staff della Direzione Generale | 1,94 |
| U.O.C. Farmacia | 1.89 |
| Personale Amministrativo in strutture sanitarie | 1,72 |
| U.O.S.Medico competente | 1,21 |
| U.O.S. Sicurezza e protezione | 1,94 |
| U.O.S. Affari legali | 1,72 |
| Segretetia DG | 1,89 |
| U.O.S. ICT | 1,94 |
| U.O.S. URP | 1,94 |
| U.O.S. Servizi ed economato | 1,83 |
| U.O.S. Ingegneria dei servizi ospedalieri | 1,94 |

## 2.3 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" (sistema premiante aziendale)

### 2.3.1 Introduzione

L'attribuzione del salario accessorio, quale retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale, ha sempre avuto enormi problemi nel riconoscere valori differenziati fra tutti gli aventi diritto all'interno dell'Amministrazione pubblica. Ciò risulta evidente dal fatto che i criteri per l'attribuzione delle quote individuali, hanno sempre visto applicate modalità di ripartizione che seguivano una logica equidistributiva. In altre parole veniva calcolata la quota individuale, semplicemente dividendo il valore del fondo per il numero di dipendenti presenti in Azienda, aventi diritto, ed appartenenti alla relativa area contrattuale (Area Dirigenza Medica, Area Dirigenza non Medica, Area Dirigenza TPA e Comparto). Tale sistema ha procurato una difformità palese nell'assegnazione delle sopraccitate quote, realizzando un disallineamento fra gli obiettivi gestionali raggiunti sia dalla U.O., come espressione del lavoro di equipe, sia dai singoli componenti l'organico della equipe stessa, in termini di contributo ai risultati aziendali ottenuti, generando, di fatto, una sovrastima per chi non ha raggiunto buoni esiti gestionali all'interno dell'esercizio. La corresponsione di tale forma di salario ha seguito, fin adesso, la logica della "distribuzione a pioggia", non dando alcun valore alle capacità produttive delle equipe e/o dei singoli operatori appartenenti alla stessa.
La mancanza di un differenziale che agisse sulle quote economiche individuali, ha reso inefficace il senso dato alla retribuzione di risultato quale premio per il raggiungimento delle migliori perfomance.

In questo contesto si inserisce, con carattere di innovazione radicale, il Dlgs 150/09 (legge Brunetta) che, all'art 18 c 1 e 2 recita:
1. Le amministrazioni pubbliche promuovono il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti selettivi, secondo logiche meritocratiche, nonché valorizzano i dipendenti che conseguono le migliori performance attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi sia economici sia di carriera.
2. E' vietata la distribuzione in maniera indifferenziata o sulla base di automatismi di incentivi e premi collegati alla performance in assenza delle verifiche e attestazioni sui sistemi di misurazione e valutazione adottati ai sensi del presente decreto.
Quanto sopra per evidenziare il contesto all'interno del quale il presente progetto ha trovato motivazione, ed al contempo, per dare evidenza della necessità di trovare soluzioni operative, che facessero emergere le equipe e gli individui, capaci di raggiungere le migliori performance, ed allineando, di conseguenza, la quantità di fondo liberata, ai risultati ottenuti.
Questa Azienda, già dall'anno 2005, ha applicato una metodologia con pesatura differenziale della attività per avere una lettura che evidenziasse le migliori performance raggiunte sia dalle equipe che dai singoli operatori. Si evidenzia che in relazione all'anno 2012 la valutazione 'd'ingresso delle equipe è stata eseguita come sintesi di quanto contenuto nella DDG 652/1 e nella DCS 1316/13

### 2.3.2 Finalità

Gli obiettivi messi a sistema sono stati individuati in modo che si avesse una coerenza dinamica fra la capacità di operare per conto dell'Azienda, e la quantità di fondo assegnata ad ogni singolo operatore, anche in virtù dei risultati raggiunti dalla equipe di appartenenza. Ovviamente il tutto creando una sistema operativo che fosse in grado di garantire l'applicazione della norma, differenziando le valutazioni al fine di ottenere una distribuzione che tenesse conto della variabilità delle performance da parte della varie realtà organizzative dell'Azienda.
Gli obiettivi prioritari di sistema sono:

1) L'applicazione di una valutazione comparata delle performance, ottenute nel tempo dalla equipe, al fine di proporzionarla alla quantità di fondo da assegnare (valutazione di ingresso) ottenuta, per l'anno 2012 con metodologia differente come sopra riportato
2) La valutazione delle performance dell'organizzazione realizzate nell'esercizio, espresse in termini di raggiungimento percentuale degli obiettivi predefiniti (valutazione di esercizio)
3) La valutazione delle perfomance individuali espresse attraverso l'impiego di indicatori che tengano conto anche dei comportamenti degli operatori (variabili soft)

Quanto sopra al fine di ottenere valutazioni differenziali che permettano un distribuzione, anch'essa differenziale, delle quote economiche individuali.
Gli obiettivi organizzativi prioritari sono:

1) Adeguamento alla norma che prevede il radicale cambiamento nella gestione del fondo legato alla retribuzione del salario di risultato, agganciando lo stesso al raggiungimento di programmate perfomance di equipe ed individuali
2) Garanzia di massima imparzialità degli esiti attraverso l'impiego di tutta una serie di indicatori (di attività, di risorse, di risultato, ecc.) per la valutazione di equipe e prevalentemente comportamentali (disponibilità, presenza in servizio, rapporti con l'utenza, ecc.) per la valutazione individuale; con caratteristiche di oggettività riscontrabile.

3) Avere facilitato le attività di valutazione attraverso la realizzazione di uno strumento informatico (scheda di valutazione) fruibile da remoto e da ogni singolo valutatore, attraverso accesso protetto
4) Minimizzazione di insorgenza di conflitti legati alla nuove modalità di distribuzione del salario di risultato che vedono diversificate le somma individuali anche all'interno della stessa unità operativa oltre che fra unità operative diverse
5) Funzionalità del processo
6) Applicazione del sistema con esito positivo sia in termini di gestione operativa che di feedback di risultato

### 2.3.3 Descrizione sintetica del processo

Il processo è strutturato in 4 macro fasi:

1) Assegnazione del fondo di equipe come sopra epsresso
2) Calcolo della percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte della equipe (percentuale di risultato espressa in 100 %)
3) Acquisizione delle valutazioni individuali espresse dai valutatori (range 0.2-2.00)
4) Calcolo delle quote individuali

Il processo è articolato anche in micro fasi che attendono alla corretta acquisizione dei dati, alla identificazione degli aventi diritto, al supporto per l'utilizzo dello strumento informatico da parte dei valutatori, alla verifica dell'O.I.V., ecc.
Si mette in evidenza che, il sistema di distribuzione del fondo di risultato, rappresenta un sistema confine con il budget, poiché condivide, con quest'ultimo, gli stessi obiettivi ed il relativo raggiungimento.
Al momento, il progetto realizzato da questa A.O.U, ha come caratteristica principale, oltre alla già collaudata funzionalità operativa, quella di rappresentare una possibile soluzione per le politiche di gestione inerenti le valutazioni nella Pubblica Amministrazione.
In riferimento all'Area dell'Amministrazione si mette in evidenza che, per l'anno in interesse, che la valorizzazione del merito legata all'equipe, in riferimento al raggiungimento degli obiettivi riconducibili all'attività istituzionale, è stata eseguita attraverso la redazione di una relazione sulle attività specifiche svolte. Quanto dichiarato nelle relazioni è stato sottoposto a verifiche effettuate ad opera della Direzione Strategica secondo le rispettive competenze, queste, a loro volta, hanno comunicato gli esiti attraverso relazione sintetica riepilogativa di certificazione (giusto verbale O.I.V. n. 12).
Fra le varie azioni poste in essere sono state evidenziate quelle che hanno costituito una evoluzione dell'azione amministrativa, sia in termini di ottimizzazione della attività peculiari, che in termini di innovazione rivolta o alla semplificazione, dimensione rientrante nella fruibilità, che nel controllo, dimensione rientrante nel governo.
Va inoltre sottolineato che alcuni obiettivi, così come assegnati dall'Assessorato alla Salute, sono stati assegnati in itinere poiché comunicati dalla Regione in sensibile disallineamento con la tempistica della programmazione nel breve periodo riferita all'esercizio 2012.
In riferimento alle modalità di pagamento del salario di risultato, al fine di generare una risposta dinamica, da parte dei valutatori di I prima istanza, verso le esigenze gestionali dell'Azienda, e quindi riduzione dei tempi di istruttoria del Sistema Premiante; si ritiene più conducente esitare pagamenti differerenziati fra equipe che hanno assolto al feed-back atteso, rendendo esigibili le quote relative, e coloro che ancora, alla data del presente documento, non hanno provveduto all'invio delle valutazioni

Lasciando, per tutti i partecipanti, le quote generate dal mancato raggiungimento degli obiettivi di budget disponibili per un successivo conguaglio

### 2.3.4 Destinatari

I destinatari di tale sistema sono i direttori e responsabili di UU.OO.CC., UU.OO.SS.DD, Programmi Interdipartimentali e Settori Amministrativi in qualità di valutatori e tutti gli operatori appartenenti alle aree della Dirigenza Medica, Dirigenza non Medica, Dirigenza TPA e Comparto, in qualità di valutati.

# 3 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

In questa sezione viene descritto il processo seguito dall'Amministrazione per la redazione della Relazione, indicando le fasi, i soggetti, i tempi e le responsabilità.

## 3.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La fase di monitoraggio del Piano della Perfomance per l'anno 2012, utile per rendicontare i risultati finali degli obiettivi assegnati alle strutture dell'Azienda si è protratta a lungo, concludendosi soltanto nel mese di ottobre 2013.
Per la raccolta e l'analisi dei dati, ai fini della misurazione della performance, l'azienda si è avvalsa i suoi sistemi informativi: tale attività di raccolta ed elaborazione dei dati è stata svolta dall'U.O. controllo di gestione.
Per concludere compiutamente la fase di misurazione e valutazione del Piano della Performance 2012 è stato necessario integrare il monitoraggio della performance con il bilancio dell'esercizio finanziario riferito all'anno 2012 e con le risorse umane effettivamente disponibili nel corso del 2012.
Il processo di redazione della presente Relazione è stato svolto dall'U.O.S Pianificazione strategica e controllo di gestione, in particolare dal dirigente responsabile delle Struttura Tecnica Permanente, che nella stesura del documento si è confrontato con l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'azienda.