



IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Largo Rosanna Benzi, 10 16132 GENOVA

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12/06/2012

Alle ore 14,00 del giorno 12 giugno 2012, presso la Sala Ceramiche sita al secondo piano del Palazzo dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, L.go R. Benzi, n. 10, si è riunito l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'A.O.U. "San Martino" (OIV di seguito nel testo), nominato con la deliberazione n. 1369 del 23/12/2010 dell'Azienda predetta, nelle persone di:

Dott. Gaddo FLEGO, Direttore Sanitario presso l'ASL 4 "Chiavarese";

Dott.ssa Cinzia PACE, professionista in possesso di esperienza in materia di organizzazione e gestione tecnico-professionale di strutture sanitarie;

Dott. Francesco Maria SPANO, professore ordinario di Economia Aziendale dell'Università di Milano.

Pertanto, constatata la regolare costituzione dell'OIV, si procede ad esaminare la documentazione riferita ai seguenti processi:

- Anno 2011, Produttività Generale per Dirigenza Medica, Veterinaria e STPA e Comparto dell'ex A.O.U. "San Martino" e dell'ex IST, oltre all'esame conclusivo di una Progettualità specifica della Dirigenza inerente l'Anatomia Patologica;
- Anno 2012, esame del Piano di valutazione della Performance per l'anno 2012.

ANNO 2011

1. PROGETTUALITÀ SPECIFICHE DIRIGENZA EX SAN MARTINO

ANATOMIA PATOLOGICA

La progettualità in oggetto era strettamente legata all'omonimo Progetto Obiettivo del Comparto già esaminato nella seduta precedente, relativo al personale tecnico delle UUOO di Anatomia Patologica di questo IRCCS, finalizzato al recupero dell'arretrato di blocchetti di paraffina giacenti. L'incremento nell'attività dei Tecnici ha infatti prodotto un sovraccarico nell'attività medica di refertazione oggetto di questa progettualità. Il progetto è finalizzato a far fronte a tale sovraccarico in orario di servizio aggiuntivo, orientativamente quantificabile in tre ore alla settimana per singolo medico.

L'OIV prende visione della comunicazione prot. n. 8914 del 12/06/2012 della Direzione Sanitaria, nella quale si forniscono chiarimenti sulle modalità di svolgimento dell'attività da parte del personale Dirigente coinvolto.

Si prende atto che nella predetta comunicazione si attesta il raggiungimento del 60% degli obiettivi da parte dei Dirigenti Medici coinvolti; pertanto verrà liquidato il 60% del budget previsto tenuto conto dell'impegno orario dei medici interessati.

1. PRODUTTIVITÀ GENERALE 2011

In occasione della precedente seduta, l'OIV aveva preso visione del set di indicatori proposti per la valutazione della Produttività Generale per l'anno 2011, formulati in base agli obiettivi assegnati alla Dirigenza Medica e STPA (cfr. comunicazione ai Direttori UU.OO. di SC n. 12679 del 05/08/2011 e Accordo sindacale firmato in data 14/07/2011), effettuando alcuni rilievi sull'opportunità di integrarli con ulteriori strumenti di valutazione.

In quella sede era stato rilevato, inoltre, che un obiettivo originariamente assegnato dall'Agenzia Sanitaria Regionale come obiettivo condiviso tra l'ex A.O.U. San Martino e l'ASL3, ossia "l'Incremento efficacia percorsi di riabilitazione post-acuzie", non è stato perseguibile, in quanto, nell'ambito della riorganizzazione della rete sanitaria regionale, la Regione Liguria non aveva più proceduto alla necessaria attività di coordinamento.

L'Istituto rappresenta che oltre agli indicatori già esaminati, sono stati presi in esame, come ulteriori elementi idonei a valutare la performance complessiva aziendale, gli ulteriori obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Liguria per l'ultimo quadrimestre 2011 (cfr. DGR Liguria n. 1111 del 9.9.2011, ad oggetto: "IRCCS A.O.U. San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro: presa d'atto degli adempimenti di cui all'art. 3 della L.r. n. 2/2011 e dell'art. 28bis comma 5 della L. r. n. 41/2006. Recepimento addendum al contratto del Direttore").

Si procede pertanto all'esame dei singoli indicatori.

INDICATORI ORIGINARIAMENTE PREDISPOSTI PRESSO L'EX A.O.U. SAN MARTINO

1) MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN REGIME DIURNO

Si prende atto che l'obiettivo è costituito dalla riduzione del 50% dell'ospedalizzazione per ricoveri diurni diagnostici rispetto all'anno precedente.

Nella tabella sono riportati, in ordine, il numero di episodi di ricovero diurno diagnostico e terapeutico effettuati nell'anno 2010 e 2011, la percentuale rappresentata da tali episodi sul totale dei ricoveri diurni effettuati negli stessi anni; la differenza, in termini di punti percentuali, tra il 2011 ed il 2010.

Il risultato è stato calcolato assegnando 0 punti per chi non avesse ridotto o avesse aumentato il numero di ricoveri, 1 punto per coloro che hanno conseguito una riduzione ma la stessa è stata inferiore alla media aziendale, 2 punti se la riduzione conseguita è compresa tra la media aziendale ed il 50% e 3 punti se superiore al 50%.

2) MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DEI RICOVERI IN ELEZIONE

L'obiettivo era finalizzato alla riduzione dei ricoveri preoperatori, fissando come indicatore la degenza media preoperatoria inferiore ad un giorno. Nella tabella sono riportati, in ordine, la degenza media preoperatoria degli anni 2010 e 2011 ed la differenza in termini di punti percentuali, tra il 2011 ed il 2010.

Il risultato è stato calcolato assegnando 2 punti per chi ha nel 2011, una degenza media preoperatoria inferiore al giorno; 1 punto per chi, nonostante sia superiore ad un giorno, ha operato una riduzione rispetto all'anno precedente; 0 punti per chi, oltre ad avere una degenza media superiore ad un giorno, l'ha aumentata.



3) MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA AL PARTO DELTA PERCENTUALE DI PARTI CESAREI SUL TOTALE DEI PARTI NTSV ANNO 2011 vs 2010

L'obiettivo consisteva nell'abbattimento percentuale, pari ad almeno il 5%, del numero di parti cesarei sul totale dei parti effettuati presso l'Azienda. L'obiettivo risulta conseguito, in quanto si registra una riduzione dal 36,71% al 30,24%.

4) MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN URGENZA

L'obiettivo era mirato alla riduzione del tasso di ospedalizzazione degli accessi al Pronto Soccorso classificati come codici verdi all'atto della seconda visita (successiva al triage).

Nella tabella sono riportati, in ordine, il numero di dimissioni effettuate nell'anno 2011 e 2010 ed il numero di ricoveri, seguiti dalla percentuale di ospedalizzazione; si registra un passaggio del tasso di ospedalizzazione dal 15,82 al 14,79, con una riduzione, sul totale delle ospedalizzazioni, del 6,5%; l'obiettivo è raggiunto.

5) MIGLIORAMENTO DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO NELLA GESTIONE DEL POST-ACUZIE

L'obiettivo era mirato alla riduzione dei ricoveri con degenza superiore a 30 giorni.

Nella tabella sono riportati, in ordine, il numero di ricoveri oltre i 30 giorni effettuati nell'anno 2011 e 2010 e la percentuale rappresentata da tali episodi sul totale dei ricoveri effettuati negli stessi anni; la differenza, in termini numerico e di punti percentuali, tra il 2011 ed il 2010.

L'indicatore è stato costruito in due tempi. In primo luogo, il risultato è stato calcolato assegnando 2 punti a coloro che hanno effettuato una riduzione percentuale del numero di ricoveri oltre 30 gg superiore al 10%; 1 punto se compreso tra il 10% e la media aziendale di riduzione; 0 punti se inferiore alla media aziendale oppure in aumento. Il secondo elemento dell'indicatore valuta l'andamento percentuale dei ricoveri oltre 30 gg sul numero dei ricoveri dell'U.O.; viene assegnato un punto aggiuntivo se, indipendentemente dal numero, c'è una riduzione percentuale dei ricoveri oltre 30 gg.

6) COLLABORAZIONE ALLA ELABORAZIONE DI PROTOCOLLI AZIENDALI PER UN CORRETTO UTILIZZO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE;

L'obiettivo ha lo scopo di ridurre la variabilità nell'utilizzo della diagnostica nei confronti dei ricoverati uniformandola a protocolli aziendali condivisi.

La prima tabella rappresenta il livello aziendale. Per ogni macrosettore diagnostico sono rappresentati nell'ordine: il costo medio per punto DRG negli anni 2010 e 2011; il coefficiente di variazione di tale costo tra le Unità Operative, per gli anni 2010 e 2011; la deviazione standard del costo per punto DRG tra le Unità Operative per gli anni 2010 e 2011. Nella colonna punti è riportato il flag "1" se il coefficiente di variazione del 2011 è inferiore a quello del 2010, fenomeno che esprime quella riduzione della variabilità tra le Unità Operative che costituisce l'obiettivo sopra descritto.

La seconda tabella descrive il livello di dettaglio tramite il quale valutare il conseguimento dell'obiettivo da parte della dirigenza medica, impegnata ad applicare i protocolli.

Nelle colonne sono riportati, per ogni Unità Operativa e per ogni macrosettore diagnostico i seguenti dati: costo totale negli anni 2010 e 2011; punti DRG prodotti negli stessi anni; costo per punto DRG negli anni 2010 e 2011. Non potendo prendere in considerazione la variabilità interna a ciascuna unità operativa in quanto quest'ultima rappresenta l'unità statistica fondamentale, si è espresso il suo "scostamento" dalla media aziendale in termini di costo/punto DRG 2011 con il valore Z, standardizzato alla distribuzione Gaussiana teorica con media=0 e deviazione standard=1. Si è quindi considerato raggiunto l'obiettivo con

l'assegnazione di 3 punti quando tale valore è minore di 2,58, espressione del 99mo percentile, comunemente applicato quale limite per l'individuazione dei comportamenti anomali.

Sono presenti, come rilevato l'anno precedente, degli outliers UU.OO. H04, H1U ed U14, per le seguenti motivazioni: H04 vede un incremento dei costi causato dall'utilizzo di radiologia pesante (PET-CT) ed ha aumentato la complessità; H1U ha ridotto i costi del 25% e per la tipologia di attività produce poche dimissioni; U14 ha aumentato la complessità.

7) CORRETTA DISTRIBUZIONE DEI CARICHI DI LAVORO TRA IL PERSONALE DELL'UNITÀ OPERATIVA

L'obiettivo ha lo scopo di razionalizzare l'attività all'interno di ciascuna Unità Operativa individuando correttamente tempi e risorse umane impiegate. Sono state mantenute le matrici organizzative del personale quale criterio di rilevazione del raggiungimento dell'obiettivo.

8) RENDICONTAZIONE DELL'ATTIVITÀ ENTRO I TEMPI PREVISTI

L'obiettivo prevede la completa rendicontazione dell'attività mediante la compilazione dei flussi che costituiscono il debito informativo nei confronti di Regione Liguria.

La tabella riporta, per le sole Unità Operative che non hanno completato la rendicontazione dell'attività, i seguenti dati: numero di SDO non compilate negli anni 2010 e 2011; percentuale delle SDO non compilate sul totale dei dimessi negli anni 2010 e 2011; differenza, sia in termini di valore assoluto (numero SDO) che di punti percentuali tra il 2011 e il 2010.

Premesso che nessuno dei registrati nella tabella ha completamente conseguito l'obiettivo, la colonna conseguito li stratifica comunque in due livelli secondo i seguenti criteri:

- ridotta numerosità e ridotta prevalenza di SDO non compilate associate ad un numero assoluto inferiore a 5: livello intermedio di conseguimento;
- trend in aumento, in valore assoluto o percentuale, e/o numero di SDO incomplete >5: obiettivo non conseguito

9) COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'obiettivo prevede l'aderenza agli obblighi dettati dalla normativa e dalle linee guida aziendali in tema di compilazione della documentazione sanitaria.

I dati sono ricavati dal lavoro di monitoraggio dell'U.O. Ufficio Qualità, Accredimento e Relazioni con il Pubblico con la quale si è concordato di utilizzare le informazioni presenti in tabella quali indicatori per la valutazione del grado di conseguimento dell'obiettivo.

Per ogni Unità Operativa sono riportate il numero di non conformità documentali; il numero di non conformità di processo ed un punteggio che esprime la completezza della documentazione di ricovero, ove pertinente. Si è altresì condiviso con il Direttore della U.O Ufficio Qualità.. di assegnare un punteggio pari al 100% alle Unità Operative con flag "verde" in tutte le colonne pertinenti ed un punteggio pari all'80% alle Unità Operative che presentavano tale flag solo parzialmente. Non esistono U.O con segnalazioni negative in tutte le colonne.

INDICATORI DERIVANTI DALL'ASSEGNAZIONE DI NUOVI OBIETTIVI AL DIRETTORE GENERALE (ULTIMO QUADRIMESTRE 2011)

10) INTEGRAZIONE STRUTTURALE E FUNZIONALE DEI SISTEMI E MECCANISMI OPERATIVI DELL'IRCCS

Il presente obiettivo prevedeva l'integrazione delle strutture degli Enti pregressi, con particolare riguardo alla contabilità economico - patrimoniale e analitica, al sistema informativo e al controllo di

gestione nonché all'unificazione dei sistemi e meccanismi operativi. Il termine ultimo per il completamento dell'integrazione veniva identificato dall'Ente Regione nella data del 31.12.2011; si prende visione della relazione inerente lo stato di realizzazione dell'obiettivo (Prot. n. 0003621/12 del 24/01/2012), inviata dall'Istituto alla Regione Liguria.

Per quanto la valutazione finale sul livello di adempimento rimanga necessariamente una prerogativa dell'Ente Regione, si prende atto dell'elevata complessità dei processi di integrazione e dell'elevato fattore di integrazione conseguito; a parere dell'OIV, sulla scorta della relazione in atti, nulla osta a considerare l'obiettivo raggiunto al 100%.

11) "IPOTESI E PROPOSTE PER IL RINNOVO DEI VIGENTI PROTOCOLLI GENERALE E ATTUATIVO REGIONE- UNIVERSITÀ" e "PREDISPOSIZIONE DI UNA PROPOSTA ORGANIZZATIVA DELL'IRCCS"

L'Obiettivo consisteva nella formulazione, da parte dell'Istituto, di una proposta per il rinnovo del Protocollo Generale d'Intesa Regione Università e nella predisposizione di una proposta organizzativa dell'IRCCS, entrambe da effettuarsi entro 45 giorni dall'insediamento del Direttore Generale.

L'OIV prende visione della comunicazione con cui le proposte sopra menzionate sono state inviate dall'Istituto alla Regione Liguria (Prot. n. 0056889/11 del 17/10/2011).

Si prende atto che il Direttore Generale è stato nominato con DGR Liguria n. 1111 del 9.9.2011, a far data dal 01/09, pertanto con effetto retroattivo. Si ritiene, pertanto, anche in relazione alla concreta conoscibilità dell'obiettivo, che il termine di 45 giorni per l'invio delle proposte sia stato rispettato, pertanto l'obiettivo può dirsi raggiunto.

Trattandosi di 3 obiettivi (il n. 11 è in realtà formato da due sotto obiettivi), sull'arco di 4 mesi si ritiene possano essere riassunti in un indicatore univoco, con risultato pari al 100%, avente medesimo "peso" rispetto agli altri già previsti.

VALUTAZIONE DIRIGENZA EX "A.O.U. SAN MARTINO"

Per quanto riguarda la Dirigenza dell'ex "A.O.U. San Martino", l'OIV prende atto che si è proceduto alla disamina di un indicatore aggregato, costituito dalla media delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi sopra delineati, ove applicabili caso per caso all'Unità Operativa di appartenenza.

Si esamina il prospetto preliminare di tutte le UU.OO.; si ritiene di rinviare ad un successivo incontro sulla definizione del raggiungimento dei risultati.

VALUTAZIONE COMPARTO EX "A.O.U. SAN MARTINO"

Relativamente al Comparto, si procede alla disamina di un indicatore aggregato degli obiettivi raggiunti da tutte le UU.OO. aziendali, calcolando una media pesata per le frequenze degli obiettivi presso le singole Unità Operative. Anche in questo caso gli obiettivi assegnati al Direttore Generale costituiscono un singolo item di valutazione, con frequenza pari a tutte le Unità Operative dell'Istituto.

Si esamina il prospetto preliminare di tutte le UU.OO.; si ritiene di rinviare ad un successivo incontro sulla definizione del raggiungimento dei risultati.

DIRIGENZA E COMPARTO EX IST

Si prende atto che, grazie all'avvenuta integrazione dei processi relativi alla contabilità analitica ed al controllo di gestione, sono disponibili i dati relativi alle strutture ex IST a far data dall'inizio dell'anno 2011, inclusi i dati relativi all'attività di ricerca.



Per la valutazione del personale afferente l'ex IST, si rinvia ad un ulteriore incontro la disamina approfondita del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

ANNO 2012

L'OIV prende visione della balanced scorecard, che sulla base delle prospettive Risorse, Attivita', Organizzazione, Qualita' e Controllo del Rischio, Ricerca, definisce una matrice di indicatori relativi all'attività del Comparto delle professioni sanitarie e della Dirigenza Sanitaria, Medica e Veterinaria.

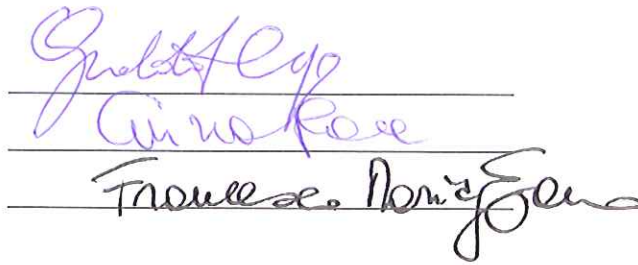
L'OIV esamina il documento illustrativo della balanced scorecard aziendale (cfr. allegato....).

La riunione termina alle ore 16,30.

Dott. Gaddo FLEGO

Dott.ssa Cinzia PACE

Dott. Francesco Maria SPANO



Handwritten signatures of Gaddo Flego, Cinzia Pace, and Francesco Maria Spano over horizontal lines.

ANNO 2011	1
1. Progettualità specifiche dirigenza EX SAN MARTINO	1
1. Produttività GENERALE 2011.....	2
Indicatori originariamente predisposti presso l'ex A.O.U. San Martino	2
Indicatori derivanti dall'assegnazione di nuovi obiettivi al Direttore Generale (ultimo quadrimestre 2011)	4
VALUTAZIONE Dirigenza ex "A.O.U. San MARTINO"	5
VALUTAZIONE COMPARTO ex "A.O.U. San MARTINO"	5
DIRIGENZA e COMPARTO EX IST	5
anno 2012	6

The image shows three handwritten signatures or initials in black ink. The first is a cursive signature that appears to be 'Cpe'. The second is a more stylized signature, possibly 'P. G.', with a long horizontal stroke extending to the right. The third is a cursive signature that appears to be 'G. P.'.

AREE DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE (PROSPETTIVE)

RISORSE la finalità è la corretta allocazione delle risorse nel rispetto dei vincoli di bilancio assegnati da Regione Liguria; si sviluppa attraverso i seguenti obiettivi:

- **MANTENIMENTO DEI COSTI ENTRO IL BUDGET ASSEGNATO:** viene valutato attraverso la misurazione dello scostamento percentuale tra il materiale di consumo consegnato e la disponibilità riportata nella scheda di budget; sono utilizzati due indicatori rispettivamente per il materiale sanitario e per il materiale economale; per il monitoraggio sintetico di tali indicatori è disponibile la scheda 10.MONITORAGGIO CONSUMI dei cruscotti direzionali mentre il dettaglio delle voci di costo è ricavabile tramite il report DETTAGLIO CONSUMI – MATERIALE DI CONSUMO 2012 nel portale SAS
- **AGGIORNAMENTO DELLA MATRICE ORGANIZZATIVA DELLA DIRIGENZA:** la finalità è la corretta distribuzione dei carichi di lavoro nonché la copertura omogenea di tutte le attività della struttura; viene valutato mediante il riscontro della presenza del documento presso il controllo di gestione con le caratteristiche minime richieste: elenco delle attività, personale impiegato, ore giornaliere, giorni settimanali, settimane all'anno
- **PRODUZIONE DELLA MATRICE DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE:** come per il precedente la finalità è la corretta distribuzione dei carichi di lavoro nonché la copertura omogenea di tutte le attività della struttura; viene valutato mediante il riscontro della presenza del documento presso il dipartimento delle professioni sanitarie

ATTIVITÀ la finalità è l'orientamento delle prestazioni dell'IRCCS verso una maggiore appropriatezza con riduzione dei tempi di degenza e conseguentemente dei tempi di attesa per i ricoveri; si sviluppa attraverso i seguenti obiettivi il cui monitoraggio è possibile tramite la scheda 11.VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE dei cruscotti direzionali:

- **INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO** con la finalità di riconvertire in regime ambulatoriale le prestazioni diagnostiche erogate in regime diurno e le prestazioni chirurgiche indicate in specifiche delibere della giunta regionale; viene valutato con due indicatori tratti dalla base dati SDO:
 - prevalenza assoluta e percentuale dei day hospital medici diagnostici
 - prevalenza assoluta e percentuale delle prestazioni chirurgiche di cui alle DGR 1222/2011 e 1528/2011 erogate in regime di day surgery
- **CONTENIMENTO DEI TEMPI DI DEGENZA ENTRO GLI STANDARD REGIONALI;** viene valutato tramite il calcolo dell'indice comparativo di performance DRG specifico (degenza media normalizzata per la casistica trattata) avendo a riferimento la produzione di ricovero di Regione Liguria; le basi dati interessate sono l'archivio SDO e il datawarehouse regionale
- **INCREMENTO APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI INTERMEDIE;** ha la finalità di verificare l'appropriatezza della diagnostica richiesta nei confronti dei pazienti ricoverati al fine di razionalizzarne l'utilizzo secondo linee guida condivise e ridurre di conseguenza i tempi di attesa per tali prestazioni; viene valutata attraverso l'analisi della variabilità, stratificata per la differente casistica (DRG), tra i diversi reparti; la valutazione viene effettuata utilizzando le basi dati MedTrak delle prestazioni intermedie (su pazienti ricoverati); l'indicatore utilizzato è la distanza del dato relativo a ciascuna Unità Operativa rispetto alla media aziendale, standardizzato per la



variabilità complessiva; il cut-off scelto è quello che individua le misure situate oltre il 95% della distribuzione

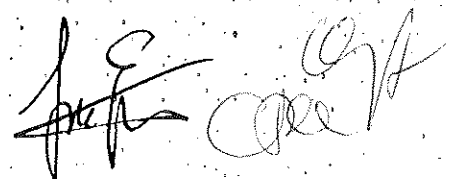
- RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI INTERMEDIE; ha la finalità aumentare la disponibilità di prestazioni nei confronti dei pazienti ricoverati riducendo di conseguenza i tempi di diagnosi e di degenza; viene valutato con due indicatori tratti dalla base dati Medtrak delle prestazioni intermedie:
 - tempo intercorso tra richiesta ed erogazione, espresso in giorni e stratificato per diversa tipologia di prestazione
 - tempo intercorso tra erogazione e refertazione, espresso in giorni e differenziato tra prestazioni di anatomia patologia e di altre discipline

ORGANIZZAZIONE la finalità è la corretta allocazione delle risorse strategiche e una completa e corretta rendicontazione indispensabile per l'attribuzione del fondo sanitario regionale e la pianificazione regionale e aziendale; si sviluppa attraverso i seguenti obiettivi il cui monitoraggio è possibile tramite la scheda 11.VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE dei cruscotti direzionali:

- CORRETTO UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE: prevede la saturazione della seduta tramite il monitoraggio dei tempi di inizio e fine e degli intertempi tra procedure consecutive nonché l'utilizzo delle sale su 12 ore; viene valutato con i seguenti indicatori elaborati a partire dalla base dati Ormawin:
 - percentuale di sedute iniziate entro le ore 8:00;
 - percentuale di sedute concluse tra le 13:30 e le 14:00
 - percentuale del tempo paziente (ingresso sala-uscita sala) sul totale tempo seduta
- CORRETTO UTILIZZO POSTI LETTO: valuta sia l'uso della risorsa con casistica appropriata, sia la sua gestione 7 giorni su 7 mediante i seguenti indicatori elaborati a partire dalla base dati MedTrak della ospedalità:
 - tasso di occupazione appropriato (calcolato mediante il sistema APPRO che associa alla complessità della casistica il grado di severità di malattia)
 - numero di dimissioni nei giorni festivi e prefestivi
- RISPETTO DEI TEMPI DI RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI: valuta la percentuale di schede di dimissione ospedaliere (SDO) correttamente compilate sia per quanto riguarda la tempistica che la coerenza delle informazioni in esse contenute; la base dati utilizzata è costituita dagli archivi MedTrak
- UTILIZZO PROCEDURE INFORMATICHE PER LA LISTA DI ATTESA: ha lo scopo di assicurare la trasparenza di gestione delle liste di attesa; l'indicatore utilizzato è la percentuale di episodi di ricovero presenti in lista sul totale dei ricoveri in elezione; la base dati utilizzata è costituita dagli archivi MedTrak

QUALITÀ E CONTROLLO DEL RISCHIO la finalità è assicurare e monitorare efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate all'utente; si sviluppa attraverso i seguenti obiettivi il cui monitoraggio è possibile tramite la scheda 11.VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE dei cruscotti direzionali:

- COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: valuta la qualità e l'eshaustività nella compilazione della documentazione clinica tramite il risultato degli audit interni espletati dall'UO Qualità, Accredimento e Relazioni con il Pubblico



- ASSICURAZIONE QUALITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI: valuta la qualità e l'eshaustività nella compilazione delle diverse informazioni negli applicativi informatici della spedalità, del registro di sala operatoria e della lista di attesa; la valutazione viene effettuata sulle basi dati MedTrak e Ormawin
- CORRETTO UTILIZZO DEL FARMACO: tramite la lettura delle basi dati del sistema della dose unica valuta la correttezza della somministrazione della terapia tramite i seguenti indicatori:
 - corretta individuazione del paziente tramite la scannerizzazione dei bracciali (percentuale di lettura)
 - corretta individuazione del farmaco tramite la scannerizzazione della confezione (percentuale di lettura)
 - percentuale delle somministrazioni fuori orario
 - percentuale delle mancate somministrazioni
 - percentuale delle conferme giornaliere della terapia da parte del medico
- EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI; viene valutata tramite i seguenti indicatori:
 - percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa categoria diagnostica principale (MDC) elaborata a partire dalla base dati SDO in MedTrak
 - percentuale di ripresentazioni al DEA entro 7 giorni elaborata a partire dalla base dati PS in MedTrak
- MONITORAGGIO E CONTENIMENTO DELLE COMPLICANZE INTRAOSPEDALIERE; viene valutato mediante i seguenti indicatori:
 - incidenza delle lesioni da decubito valutata dall'U.O. Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie tramite la scheda compilata dal coordinatore al termine dell'episodio di ricovero; l'indicatore è espresso come differenza percentuale rispetto all'anno precedente
 - incidenza delle cadute valutata dall'U.O. Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie a partire dalle segnalazioni effettuate dal medico refertatore; l'indicatore è espresso come differenza percentuale rispetto all'anno precedente
- ANALISI FMEA-CA CON PIANO DI CONTENIMENTO DELLE PRIORITÀ DI RISCHIO; mira ad individuare i fattori di rischio nell'attività assistenziale e viene valutato con la presenza del relativo documento presso l'U.O. Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Pubblico

RICERCA la finalità è monitorare ed incrementare l'attività di ricerca; si sviluppa attraverso i seguenti obiettivi:

- QUALITÀ DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA misurata attraverso il punteggio di impact factor (IF) grezzo e normalizzato
- CAPACITÀ DI ATTRAZIONE: misurata attraverso il volume dei finanziamenti
- TRASFERIMENTO TECNOLOGICO: misurato attraverso il numero e la valorizzazione di brevetti e MTA

La responsabilità del conseguimento del valore atteso per ogni indicatore è suddivisa percentualmente tra il personale dirigente e quello delle professioni sanitarie, con alcuni obiettivi esclusivi dell'una o dell'altra tipologia di figure.