



Ospedale
di Circolo

Fondazione
Macchi

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
AZIENDA OSPEDALIERA – POLO UNIVERSITARIO



Azienda Ospedaliera

**OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI
VARESE**

Piano della Performance

Anno 2015

Vers. 3 del 28 Luglio

A cura di Controllo di Gestione e Programmazione



Indice

Indice	2
Premessa	3
L'Azienda Ospedaliera	3
Mission Aziendale	6
Gli obiettivi strategici	7
Gli obiettivi per l'anno 2015	7
La performance aziendale	9
Collegamento con il Piano della trasparenza e anticorruzione	10
Le aree di valutazione della Performance	11
Efficienza	11
Processi organizzativi	12
Efficacia	14
Appropriatezza - Qualità	14
Accessibilità e soddisfazione	15
Risk management	16
Note esplicative sulle modalità di calcolo degli indicatori	17



Premessa

Il presente Piano della Performance è adottato in attuazione del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

La Direzione aziendale ha scelto di articolare il Piano della Performance 2015 considerando, da una parte i contenuti del piano triennale precedente e gli indirizzi strategici regionali, dall'altra le scadenze istituzionali del mandato della Direzione stessa.

Gli obiettivi individuati, che sono stati coerentemente distribuiti ai Dirigenti e al Comparto, si sono dettagliati in una road map che impegna organicamente tutta l'Azienda sia sul versante dei Collaboratori di area sanitaria sia sul versante dei Collaboratori di area amministrativa.

Il Piano della Performance è pubblicato sul sito istituzionale nella Sezione "Amministrazione Trasparente" sotto-sezione Performance (www.ospedalivarese.net).

L'Azienda Ospedaliera

L'Ospedale di Circolo di Varese ha una storia lunga 800 anni. Dal 1929 l'Ospedale, insediato nell'attuale sito, il parco della villa del tenore Francesco Tamagno, ha continuato a crescere e a svilupparsi fino alla recentissima realizzazione del nuovo monoblocco.

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" ha sede legale in Viale Borri n.57, 21100 Varese ed è stata costituita con decreto del Presidente della Regione Lombardia n. 4071 del 30.06.1994, successivamente integrato e modificato con ulteriori provvedimenti regionali e, in particolare, con il decreto integrativo del Presidente della Regione Lombardia n. 70606 del 22.12.1997.

Dal 1995, l'Azienda Ospedaliera di Varese è riconosciuta di rilievo nazionale e di alta specializzazione. Essa ha sempre mantenuto la natura di Polo Universitario da ultimo riconosciuta con DGR della Lombardia n. 46798/99, grazie alla presenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi dell'Insubria che articola la sua offerta formativa nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia, nel corso di laurea di Odontoiatria, nei corsi di laurea triennali e nelle scuole di specializzazione.

Il patrimonio aziendale è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio d'esercizio, ed è sostanzialmente composto dai beni trasferiti alla medesima dal disciolto Presidio Multizonale di Assistenza Ospedaliera (PMAO) e Fondazione Macchi di Varese e dalle disciolte azienda USSL n.1 di Varese, così come modificato dai successivi atti gestionali.

In questi ultimi anni l'impegno di Regione Lombardia in ambito sanitario è stato considerevole e sono stati effettuati investimenti importanti sia per l'ammodernamento delle maggiori strutture ospedaliere sia sul versante della sicurezza e del comfort alberghiero che come tecnologie.

L'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi comprende:

Presidio di Varese

- Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, ubicato a Varese
- Ospedale Filippo Del Ponte, con sede in Varese
- Ospedale di Cuasso al Monte



Presidio del Verbano

- Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio
- Ospedale Luini Confalonieri di Luino

Il presidio del Circolo è costituito da un monoblocco, che è entrato in funzione nel marzo del 2007, e da una serie di padiglioni dove vi sono i servizi di laboratorio, gli ambulatori, i reparti di psichiatria e di malattie infettive.



Gli adeguamenti della struttura sono in continua evoluzione: nel corso del 2015 verranno attivati 10 letti di Terapia Sub-intensiva; verrà realizzato il nuovo reparto di Ematologia, che consentirà l'attività di trapianto autologo del midollo.

I progetti di miglioramento, gli investimenti e le ristrutturazioni, in ambito aziendale, non hanno interessato esclusivamente il nuovo monoblocco ma sono stati previsti interventi significativi anche nelle altre strutture ed in particolare:

- Realizzazione Day Center, la cui completa apertura avverrà nel corso del 2015
- Ristrutturazione e adeguamento normativo vecchi padiglioni del Presidio di Varese, con la realizzazione, entro la fine dell'anno, di 30 letti per i pazienti sub-acuti
- Ristrutturazione e adeguamento normativo del Presidio del Verbano
- Ristrutturazione e adeguamento normativo del Presidio di Cuasso
- Realizzazione del Nuovo Ospedale F. Del Ponte, con conclusione dei lavori nel 2015 e attivazione nel 2016.

Sistema ambulatoriale

Il Sistema ambulatoriale è articolato in otto poliambulatori ubicati sia negli stabilimenti ospedalieri sia in strutture ambulatoriali della Provincia.

Cinque di questi sono ubicati presso gli stabilimenti ospedalieri, i rimanenti tre ad Arcisate, Gavirate, e in viale Monte Rosa a Varese. Sono presenti inoltre sei ambulatori specialistici territoriali: in via O. Rossi a Varese, e ad Azzate, Comerio, Gazzada, Lavena Ponte Tresa, Viggiù.

Vi è, inoltre, una struttura dedicata esclusivamente all'Odontostomatologia, in Velate (Va).

L'apertura del Day Center rappresenterà una profonda riorganizzazione del sistema ambulatoriale con la centralizzazione dei laboratori, la riorganizzazione degli spazi per la specialistica ambulatoriale, la riunificazione del servizio di riabilitazione del presidio del Circolo e di via Rossi, il trasferimento del CAL di via Rossi all'interno del Circolo.

L'Azienda Ospedaliera dispone di Unità Operative di Psichiatria e di strutture psichiatriche territoriali, per la popolazione adulta, come previsto nell'ambito dei Dipartimenti di Salute mentale.

È presente anche una Unità operativa di Neuropsichiatria infantile, con strutture territoriali, inserita nell'ambito del Dipartimento materno infantile.



Infine, l'Azienda dispone di 3 C.A.L.:

- C.A.L. (Centro Assistenza Limitato) di Varese
- C.A.L. (Centro Assistenza Limitato) di Cittiglio (Va)
- C.A.L. (Centro Assistenza Limitato) di Luino (Va)



Mission Aziendale

L'Azienda ospedaliera "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi-Polo Universitario" è punto di riferimento nel suo territorio per le attività di ricovero e per le prestazioni specialistiche e perciò deve poter mantenere e migliorare un'offerta assistenziale adeguata e appropriata al bisogno del territorio settentrionale della provincia di Varese. D'altra parte una peculiarità dell'Azienda, fin dalle sue origini, è data dall'accompagnare l'offerta assistenziale con l'attività di ricerca, di didattica, di sperimentazione e di studio, coerenti con la natura di polo universitario.

L'analisi interna dell'Azienda porta ad evidenziare le proprie caratteristiche significative:

- l'alta specializzazione: la presenza di discipline riconosciute di alta specializzazione, fra le quali emerge l'attività trapiantologica, contribuisce a costituirne un punto di riferimento regionale e, in alcuni ambiti, nazionale;
- l'A.O. costituisce l'unico presidio accreditato per il ricovero per acuti. Questa caratteristica determina la necessità che l'offerta, nonostante si tratti di un polo universitario, debba necessariamente indirizzarsi anche verso quelle attività di minore peso per soddisfare bisogni che altrimenti dovrebbero trovare risposta nel centro-sud della provincia o al di fuori del territorio dell'ASL;
- L'AO è punto di riferimento, attraverso l'Ospedale Del Ponte, sugli aspetti di diagnosi e cura, ma anche di ricerca, per l'area materno infantile e per le patologie peculiari della Donna;
- l'A.O. costituisce l'unico presidio pubblico in grado di offrire tutti i diversi livelli di assistenza, ad esclusione dei LEA residenziali. L'integrazione dei percorsi di cura e la presa in carico "globale" del paziente costituiscono pertanto un tratto peculiare della missione aziendale;
- la gestione dell'emergenza urgenza: il Dipartimento Emergenza Accettazione di Alta specialità (EAS), il Dipartimento di Anestesia e Rianimazione e i servizi di diagnostica interventistica qualificano l'azienda come fulcro della rete dell'urgenza/emergenza nella provincia; l'Azienda è stata inoltre individuata come "Trauma center" all'interno del progetto di riorganizzazione regionale; è inoltre attivata la collaborazione con SOREU per la gestione dell'emergenza urgenza attraverso il numero unico 112 mantenendo in sede una centrale operativa oltre alle elisuperfici di Varese e nel Verbano;
- la funzione didattica articola la sua offerta formativa nel corso di Laurea in medicina e chirurgia, nel corso di Laurea in odontoiatria e protesi dentaria, nei corsi di laurea triennali e nelle scuole di specializzazione e determina un impatto organizzativo che riguarda sia le cliniche universitarie che le U.O. ospedaliere;
- la presenza di Centri specialistici e di competenze specifiche nelle diverse branche specialistiche, di riferimento sia a livello provinciale che sovra provinciale;
- la presenza di Centri sovra-aziendali:
 - ✓ Dipartimento Oncologico Provinciale, struttura di riferimento per l'intera provincia;
 - ✓ Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia della Provincia di Varese e Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione; la stessa struttura è stata inoltre individuata quale Centro di validazione e lavorazione per le Aree di Varese e di Como all'interno del progetto di riorganizzazione delle attività trasfusionali di validazione e lavorazione del sangue ed emocomponenti";

Tutte le caratteristiche sopra riportate si esprimono, ovviamente, attraverso un forte coordinamento e integrazione tra area sanitaria ed area sociale.



Gli obiettivi strategici

Le linee strategiche di sviluppo aziendali, si pongono l'obiettivo di rimodulare l'offerta di prestazioni sanitarie sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento e del nuovo contesto generato dall'attesa riforma del servizio sanitario regionale.

Le evidenze che emergono dall'analisi dei dati e dai percorsi organizzativi avviati in questi anni fanno ritenere di dover stabilire gli obiettivi di seguito descritti.

- Rivisitazione delle attività ospedaliere con una concezione della centralità del servizio al paziente, in ottica di continuità tra Ospedale e Territorio nel quale la sperimentazione organizzativa viene ad assumere un'importanza strategica.
- Implementazione dell'offerta di posti letto sub intensivi, in coerenza con il fabbisogno dell'Ospedale e del Territorio.
- Implementazione dell'offerta di cure subacute a gestione diretta dell'Ospedale.
- Valorizzazione delle eccellenze aziendali non solo in termini di singole Unità operative ma anche in termini di iniziative di tipo dipartimentale.
- Revisione e specializzazione dell'offerta riabilitativa.
- Progressivo incremento dei Percorsi diagnostici, a partire dall'area oncologica.
- Individuazione di percorsi ospedalieri programmati a supporto del Pronto soccorso.
- Ulteriore implementazione dei percorsi dedicati alla chirurgia di elezione (prericovero, Day surgery, BIC)
- Sviluppo di forme di assistenza domiciliari e di telemedicina legate alle nuove reti sanitarie (per esempio la rete delle "cure palliative", della BPCO, dello scompenso cardiaco) come risposta di secondo livello e coordinata con il Territorio ai pazienti portatori di patologie croniche riacutizzabili o degenerative.
- Completamento degli interventi per qualificare progressivamente l'Ospedale F. del Ponte come presidio di riferimento sovraprovinciale per l'area materno-infantile, alla luce degli interventi strutturali già autorizzati da Regione Lombardia.
- Integrazione fra i diversi Presidi dell'Azienda, da realizzare anche attraverso un'appropriata suddivisione della casistica coerente con la mission dei Presidi stessi.
- Investire nel governo clinico, inteso come sistema di qualità, per migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza.
- Implementazione del Piano di valorizzazione e valutazione della Dirigenza.

In particolare l'ultimo degli obiettivi strategici elencato sarà il punto di ricaduta operativo di tutti i progetti descritti in precedenza.

Si ritiene infatti fondamentale che gli elementi di programmazione aziendale diventino da una parte patrimonio dei Professionisti, dall'altra uno strumento di misura collegato anche agli adempimenti contrattuali e al percorso di carriera dei Professionisti stessi.

Gli obiettivi per l'anno 2015

Gli obiettivi strategici indicati nel paragrafo precedente vengono declinati in una serie di linee di intervento che caratterizzano la programmazione annuale ovvero:



- L'attivazione del Day center e il rispetto delle scadenze del VI Accordo quadro: in questo obiettivo si esplicitano gli indirizzi che tendono a strutturare i percorsi interni all'ospedale di Circolo in modo funzionale agli utenti ambulatoriali attraverso le nuove collocazioni di alcune Unità operative, a raggiungere un'efficienza maggiore nella gestione dei servizi ospedalieri, attraverso l'accorpamento dei Laboratori aziendali, e completare il progetto del nuovo Ospedale Filippo Del Ponte.
- Il rispetto del Piano programma cittadino che ridefinisce in modo più funzionale l'uso delle strutture pubbliche tra Regione Lombardia, Provincia di Varese, Comune di Varese, Università dell'Insubria e Azienda ospedaliera: l'obiettivo si dettaglia nel trasferimento delle attività sanitarie tradizionalmente collocate in Via Ottorino Rossi (dialisi e ambulatori di recupero e rieducazione funzionale) nel Day center e nell'ex Padiglione maternità'.
- L'integrazione del sistema aziendale di emergenza e urgenza secondo gli indirizzi di Regione Lombardia e la costruzione di percorsi interni dedicati ai pazienti che accedono da Pronto soccorso: questo obiettivo si dettaglia nella applicazione del Piano di gestione del sovraffollamento (PGS), nelle modifiche organizzative che hanno portato ad individuare la SSD di Medicina a degenza breve, la SSD di Degenza breve chirurgica, la SS di Terapia subintensiva, la SSD di Cure subacute e a ricollocare la UO di Neurologia e stroke unit; contestualmente per i presidi "spoke" l'obiettivo si dettaglia nella organizzazione che consente la guardia aziendale di Radiologia e la pronta disponibilità di Neuroradiologia.

Le Unità operative coinvolte e che hanno ricevuto obiettivi per il 2015 in coerenza con il Piano sopra illustrato sono le seguenti:

Immunoematologia, Chimica clinica, Microbiologia, Genetica, Endocrinologia, Dermatologia, Neurologia, Pronto soccorso, Riabilitazione, Ematologia, Medicina 1, Medicina 2, Nefrologia, Chirurgia ad indirizzo toracico, Degenza Breve Internistica, Direzione Medica e SITRA, Ingegneria clinica e Ufficio tecnico, il personale di assistenza alle UU.OO. coinvolte, il personale amministrativo del CUP e delle UU.OO. coinvolte.

La Tabella individua le tempistiche dei progetti di attuazione del Piano, integrandole tra di loro in modo funzionale ed illustra il percorso logico di conduzione globale delle attività.

Tabella 1 - Road map dei trasferimenti di attività previsti nel 2015

Mese	Attività
Marzo	Trasferimento e ampliamento degenza di Neurologia e Stroke
Maggio / Giugno	Trasferimento definitivo della Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
	Trasferimento Laboratorio di Analisi chimico cliniche, Laboratorio di microbiologia e Laboratorio Genetica medica
Giugno	Definizione organizzazione ambulatori Day Center e cronoprogramma trasferimenti
Settembre	Endocrinologia e diabetologia, Dermatologia, Neurologia, Reumatologia nel Day Center
	Nefrologia e dialisi trasferiti a Monoblocco (3° piano) e Day Center
Ottobre	Ambulatori al Day center e RRF al Padiglione ex infermieri



	Ristrutturazione e ampliamento Ematologia
Novembre	Centralizzazione dei laboratori di tutti i presidi sul Day Center

- Una serie di interventi di razionalizzazione nelle politiche di gestione delle risorse umane e strumentali, di approvvigionamento, di riduzione dei consumi; vanno in questo senso i Progetti già avviati di collaborazione interaziendale in ambito di servizi sanitari (laboratorio) e amministrativi (formazione, concorsi) avviati con la Aziende pubbliche che insistono sulla Provincia di Varese.
- La definizione puntuale del percorso per l'accreditamento istituzionale che garantisca la corretta impostazione in termini di assolvimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e con il fine di sostenere la riorganizzazione delle attività secondo una logica dipartimentale. Riconoscendo peraltro anche l'Accreditamento istituzionale come un sistema di gestione, l'Azienda insisterà nell'implementazione di percorsi di qualità trasversali (sicurezza dei pazienti, sicurezza dei lavoratori, risk management, gestione integrata del rischio).

La performance aziendale

Il Presente Piano delle Performance è redatto in ottemperanza ai documenti programmatici relativi agli strumenti di livello istituzionale, strategico, operativo quali: il Piano Socio-sanitario Regionale, Nazionale, il Piano Strategico triennale, il Piano triennale delle Performance, il POA - Piano di Organizzazione Aziendale, nonché tutti i documenti strategici, progettuali ed organizzativi fondanti dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo – Fondazione Macchi.

Il Piano si articola nel rispetto delle indicazioni contenute nella DGR X 2989 del 23/12/2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario Regionale per l'esercizio 2015”, nonché delle circolari applicative, di quanto stabilito nelle DGR contenenti le indicazioni per gli Enti del Sistema Regionale e nelle note attuative specifiche per ciascun ambito.

Le azioni contenute nel Piano sono in linea con quanto previsto dalla deliberazione n. 3226 del 6/3/2015 che individua gli obiettivi aziendali di interesse regionale da perseguire da parte dell'Alta Direzione Strategica compatibilmente con il controllo e contenimento della spesa.

La programmazione degli obiettivi è esercitata nel rispetto dei dati di Bilancio di Previsione.

Il piano delle performance tiene conto di quanto deliberato dall'Azienda nel Piano di prevenzione della Corruzione, con deliberazione n.42 il 30/01/2014, e nel Programma triennale della Trasparenza ed integrità, con deliberazione n.794 il 27/09/2013, e del documento di Programmazione aziendale 2015 e del collegamento col Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale (d.g.r.) 20/12/2013, n. X/1185 e successive modifiche ed integrazioni (s.m.i.).

L'AO ritiene di esercitare la propria attività ed i propri obiettivi di performance tenendo conto delle peculiarità aziendali, territoriali e specialistiche cui è nel tempo orientata, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi.

Gli obiettivi aziendali vengono assegnati alle varie articolazioni dell'Azienda attraverso il processo di budget che fissa per ogni centro di responsabilità - unità operativa obiettivi e risorse collegate. La valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle unità operative

aziendali e del personale assegnato alle stesse e coinvolto concorre alla valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Viene riportato nello schema seguente il grafico del Sistema di misurazione e valutazione della performance evidenziando i diversi collegamenti con il sistema degli indicatori.



Collegamento con il Piano della trasparenza e anticorruzione

Le recenti norme in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità e della trasparenza (Legge 6 novembre 2012 n. 190 "e al Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33), hanno ridisegnato i rapporti tra Pubblica Amministrazione e Cittadinanza introducendo disposizioni tese a potenziare lo strumento della trasparenza, intesa come completezza, chiarezza ed accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione, anche in relazione alle attività volte alla prevenzione della corruzione.

Per rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e quindi garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, nonché performance e trasparenza, l'Azienda intende prevedere esplicitamente nel Piano della Performance 2015 il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del PTPC e del PTTI.

La consapevolezza della rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione ha comportato quindi l'inserimento negli strumenti del ciclo della performance – in qualità di obiettivi e indicatori - dei processi e delle attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPC e del PTTI nel duplice ambito:

- performance strategica (art. 8, D.Lgs. n.150/2009) che si traduce nella costante applicazione dei Piani programmatici in parola in ambito organizzativo;
- performance individuale (art.9, D.Lgs. n.150/2009):
 - obiettivi assegnati al personale dirigenziale
 - obiettivi assegnati al personale (con particolare attenzione a coloro che operano nelle aree a rischio) come già declinato nell'aggiornamento al PTPC adottato dall'Azienda con deliberazione del 30/01/2015 n.49.



La continua alimentazione della sezione “Amministrazione trasparente” dà evidenza del grado di avanzamento dei risultati tesi al buon andamento dei servizi pubblici erogati, alla corretta gestione delle risorse, in una logica di trasparenza dei dati per il cittadino.

Nella Relazione delle Performance, documento che evidenzia i risultati aziendali organizzativi ed individuali raggiunti, si darà specificatamente conto dei risultati organizzativi e individuali raggiunti.

Le aree di valutazione della Performance

Le aree omogenee di performance verso le quali si orienta la strategia la programmazione regionale ed aziendale riprendono, in parte, quelle condivise a livello regionale dal documento finale prodotto dal Gruppo di approfondimento sui Piani delle Performance in A.O., IRCSS, AREU che ha proceduto alla revisione degli indicatori finalizzata ad una omogeneizzazione dell’approccio alla redazione dei Piani nelle Aziende Ospedaliere.

Con la redazione del Piano delle Performance viene proposta la misurazione delle performance: sia su indicatori selezionati e comuni ad altre aziende ospedaliere, sia su indicatori specifici aziendali, in coerenza con gli obiettivi assegnati nel percorso di budget.

Le aree strategiche individuate sono le seguenti:

- Efficienza
- Processi Organizzativi
- Efficacia
- Appropriatelyzza e qualità dell’assistenza
- Accessibilità e soddisfazione dell’utenza
- Risk management

Per ciascuna area viene individuato un set di indicatori sul quale misurare e rendicontare la Performance aziendale.

La maggior sfida per l’Azienda sarà conseguire i risultati attesi in concomitanza con il regolare svolgimento dei lavori di ristrutturazione, ampliamento e riqualificazione dell’ospedale sopra descritti.

Efficienza

In un contesto di tensioni economiche e finanziarie, l’Azienda tende a massimizzare l’efficienza dei processi di produzione, l’efficienza delle procedure di acquisto e a migliorare l’appropriatezza d’uso delle risorse. La misurazione dell’efficienza viene effettuata sui seguenti indicatori:

1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata: capacità dell’Azienda di raggiungere efficacemente gli obiettivi di produzione annualmente assegnati e finanziati nel bilancio aziendale come ricavi per prestazioni erogate in equilibrio con i costi di produzione. Tale indicatore dovrebbe essere superiore a 1.

1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva: l’incidenza del costo dei farmaci sul valore della produzione effettiva dovrebbe indicare, a parità di produzione, la capacità di conseguire prezzi di acquisto vantaggiosi. Tale indicatore, tuttavia, può essere influenzato da variabili quali l’introduzione di nuovi farmaci ad alto costo.



1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva: l'incidenza del costo dei dispositivi (protesi, reagenti, ecc.) sul valore della produzione indica la capacità di conseguire prezzi di acquisto vantaggiosi a parità di produzione, ma può essere influenzato da variabili quali l'introduzione di nuovi dispositivi.

1.d Valore protesi/valore produzione effettiva: l'incidenza del costo delle protesi (protesi ortopediche, elettrostimolatori impiantabili, protesi cardiocirurgiche, ecc.) sul valore della produzione effettiva indica la capacità di conseguire prezzi di acquisto vantaggiosi a parità di produzione, ma può essere influenzato da variabili quali l'introduzione di nuovi dispositivi o il cambiamento del mix di prestazioni erogate.

1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno: indica la produttività media del personale dipendente, espressa come valore della produzione effettiva per ogni unità di personale equivalente (ovvero "teste" pesate per periodi di servizio o per tipo di impegno orario).

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2013	2014	Andamento atteso 2015
Efficienza	Mantenimento dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale	1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata	101,4%	101,3%	mantenimento
		1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva	13,2%	13,7%	mantenimento
		1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva	11,5%	11,6%	riduzione
		1.d Valore protesi/valore produzione effettiva	4,6%	4,5%	riduzione
		1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno	€ 67.910	€ 68.645	mantenimento

Processi organizzativi

Il governo dei processi sanitari e amministrativi è funzionale al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati.

Gli indicatori su cui si misura l'azienda sono:

2.a Road-map - trasferimenti attività: Per l'azienda ospedaliera di Varese assume una priorità determinante il rispetto del cronoprogramma illustrato nella tabella 1.

Indicatori SISS: nell'ambito del progetto regionale "Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale", le strutture erogatrici sono tenute a pubblicare della documentazione sanitaria nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dei cittadini, accessibile via internet mediante autenticazione dell'utente (credenziali GASS) anche per il tramite del suo medico di base. L'implementazione di tale progetto da parte dell'Azienda implica il buon funzionamento dell'organizzazione in termini di risorse umane e di attrezzature, auspicando il progressivo incremento dei relativi indicatori che misurano l'incidenza dei documenti pubblicati rispetto al totale prestazioni:

2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente

2.c Percentuale referti Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente



- 2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente**
2.e Percentuale di referti di radiologia firmati digitalmente
2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente

2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità: l'Azienda e le sue articolazioni devono attivarsi per dare piena attuazione alla programmazione aziendale in materia. L'attuazione è misurata sulle azioni declinate nel relativo documento.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2013	2014	Andamento atteso 2015
Processi organizzativi	Road-map	2.a Rispetto del cronoprogramma come da tabella presente nel Piano della Performance			Realizzazione 100%
	Lettere di dimissione	2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente	64,1%	81,6%	mantenimento
	Verbalì PS	2.c Percentuale verbalì Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente	91,3%	91,9%	mantenimento
	Referti laboratorio	2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente	99,8%	99,8%	mantenimento
	Referti radiologia	2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente	99,4%	99,8%	mantenimento
	Referti ambulatoriali	2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente	64,4%	61,8%	aumento
	Piano anticorruzione e trasparenza	2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità:			tend.100%



Efficacia

L'efficacia dell'Azienda è intesa come capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento con qualità e sicurezza delle cure.

In questo ambito l'obiettivo aziendale prioritario, come definito nel Piano della Performance, è rappresentato dall'integrazione del sistema aziendale di emergenza e urgenza e dalla costruzione di percorsi interni dedicati ai pazienti che accedono da Pronto soccorso.

Gli indicatori di efficacia su cui si misura l'Azienda sono:

3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento: Oltre il 90% dei pazienti portatori delle patologie di cui alla tabella di pagina 6 (identificati con codice ICD-9-CM) accettati nei reparti di destinazione nei tempi previsti

3.b Potenziamento di livelli di assistenza differenziati: Attivazione dei reparti di Terapia subintensiva e di Cure subacute

3.c Attivazione della Guardia aziendale di Radiologia e pronta disponibilità di Neuroradiologia: Tracciabilità dell'organizzazione della guardia radiologica e reperibilità neuroradiologica aziendale da ottobre a dicembre 2015.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	Andamento atteso 2015
Efficacia	Capacità dell'Azienda di rispondere ai bisogni del territorio	3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento	90% pazienti, con patologia da PGS, ricoverati nei tempi previsti
		3.b Potenziamento di livelli di assistenza differenziati	Attivazione dei reparti di Terapia subintensiva e di Cure intermedie
		3.c Attivazione della Guardia aziendale di Radiologia e pronta disponibilità di Neuroradiologia	Attuazione Protocollo

Appropriatezza - Qualità

Tra gli indicatori utilizzati da Regione Lombardia nell'ambito del "Sistema di valutazione periodica della performance delle strutture di ricovero e cura", vi sono alcuni indicatori di risultato "generici" che approssimano la qualità delle cure più specificatamente misurati sugli esiti clinici. Tali indicatori sono:

4.a Ritorni in sala operatoria: si tratta di tutti quei ricoveri chirurgici nei quali si identificano due o più procedure eseguite in giornate diverse. Tale indicatore non sempre è indicativo di una scarsa qualità delle cure in quanto può rappresentare anche la necessità di eseguire, per ragioni cliniche, più interventi chirurgici allo stesso paziente nel corso del medesimo episodio di ricovero.

4.b Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC: un numero elevato di ricoveri consecutivi per le stesse ragioni può evidenziare problemi in termini di appropriatezza e/o qualità delle cure prestate.



4.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti: le dimissioni volontarie possono essere legate a una valutazione non positiva della qualità percepita dell'assistenza da parte del soggetto assistito.

4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti: un numero significativamente alto di trasferimenti tra strutture può evidenziare problemi relativi alla qualità dell'assistenza erogata.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2013	2014	Andamento atteso 2015
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	Ritorni in sala operatoria	4.a Ritorni in sala operatoria	1,94%	1,79%	mantenimento
	Ricoveri ripetuti entro 30 gg	4.b Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC/ Totale ricoveri in regime ordinario per acuti	9,59%	9,47%	riduzione
	Dimissioni volontarie	4.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti / Totale ricoveri in regime ordinario per acuti	0,50%	0,68%	riduzione
	Trasferimenti tra strutture	4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti /Totale ricoveri in regime ordinario per acuti	0,34%	0,36%	riduzione

Accessibilità e soddisfazione

Intesa come capacità di adeguare l'erogazione del servizio ai bisogni di salute della popolazione. Il governo dei tempi di attesa, la messa in campo di forme nuove di organizzazione, la trasparenza delle informazioni e la conseguente misurazione della soddisfazione del cliente/utente sono gli indicatori su cui orientare l'attività.

5.a Tempi di attesa prime visite: l'accessibilità alle prestazioni erogate dall'Azienda è misurata sulla rilevazione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie. La Regione disciplina i requisiti minimi di accesso, stabilendo, per esempio, che almeno il 95% delle prime visite richieste sia erogato entro 30 giorni.

Analogamente, sono fissati tempi di attesa per alcune prestazioni diagnostiche o per alcuni interventi chirurgici (per neoplasia maligna e per cataratta). L'indicatore proposto è misurato sui tempi di attesa delle prime visite e rileva la percentuale di quelle erogate entro i 30 giorni.



Customer satisfaction: la rilevazione della qualità percepita dai pazienti e dai loro accompagnatori è costantemente monitorata dall'Azienda e utilizzata per orientare il processo di costante miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli indicatori proposti per la misurazione della performance aziendale sono:

5.b Giudizi customer: le schede di rilevazione della customer satisfaction contengono anche un item sulla valutazione complessiva della qualità percepita.

5.c Reclami ricevuti: i reclami permettono di recepire indicazioni utili a migliorare servizi o loro parti che non incontrino i bisogni dell'utenza per vari motivi. Monitorare il numero di reclami ricevuti permette di tenere sotto controllo elementi essenziali per migliorare costantemente la qualità del servizio erogato.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2013	2014	Andamento atteso 2015
Accessibilità e soddisfazione utenza	Tempi di attesa	5.a Prime visite specialistiche entro 30 gg	42%	40%	mantenimento
	Customer satisfaction	5.b N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi	70%	65%	aumento
	Reclami	5.c Reclami ricevuti/ 1.000 ricoveri	6,09	5,81	riduzione

Risk management

La gestione del rischio clinico è un'importante area strategica presidiata dall'Azienda, funzionale non solo al sistema di gestione della qualità delle prestazioni ma anche alle implicazioni economiche e finanziarie che ne derivano.

Gli indicatori di performance di tale area strategica sono:

6.a Cadute di persone trattate: il dato sulle cadute risente dell'incompleta segnalazione negli anni precedenti, l'indicatore può risultare in incremento perché più rappresentativo tra le cadute avvenute e le segnalazioni effettuate.

6.b Richieste risarcimento area clinica: il numero di richieste di risarcimento per eventi avversi in area clinica, rilevati in occasione di un accesso alle cure sanitarie, che possono essersi verificati fino a dieci anni prima.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2013	2014	Andamento atteso 2015
Risk management	Cadute	6.a Cadute di persone trattate /1.000 gg degenza	0,73	1,01	riduzione
	Risarcimento eventi avversi in area clinica	6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza	0,36	0,26	riduzione



Note esplicative sulle modalità di calcolo degli indicatori

1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata

Numeratore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15)

Denominatore: valore della produzione a contratto, desunta da Contabilità Generale (COGE) o da contratto in essere con la ASL (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15)

1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva

Numeratore: valore complessivo dei farmaci (compreso File F ad eccezione tipologia 15)

Denominatore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15)

1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva

Numeratore: valore complessivo dei dispositivi appartenenti a tutte le classi della Classificazione Nazionale Dispositivi (CND), escluse J e P

Denominatore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15)

1.d Valore protesi/valore produzione effettiva

Numeratore: valore complessivo delle protesi appartenenti alle classi J e P della CND

Denominatore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15)

1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno

Numeratore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15)

Denominatore: personale dipendente equivalente a tempo pieno (FTE) al 31/12 di ogni anno

2.a Road-map - trasferimenti attività

Rispetto del cronoprogramma previsto nella Tabella 1

2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente

Numeratore: numero di lettere di dimissioni con firma digitale

Denominatore: numero totale di lettere di dimissioni

2.c Percentuale referti Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di PS con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di PS

2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di laboratorio con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di laboratorio

2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di radiologia con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di radiologia



2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti ambulatoriali con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti ambulatoriali

2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità:

Numeratore: numero di adempimenti ottemperati

Denominatore: numero di adempimenti da ottemperare

3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento

Numeratore: numero pazienti con patologia prevista da PGS ricoverati nei tempi previsti

Denominatore: numero totale pazienti con patologia prevista da PGS

3.b Potenziamento di livelli di assistenza differenziati

Attivazione di 10 letti di Terapia subintensiva entro luglio 2015 e di 30 letti di Cure subacute entro dicembre 2015

3.c Attivazione della Guardia aziendale di Radiologia e pronta disponibilità di Neuroradiologia

Attuazione del protocollo per la guardia radiologica notturna nei weekend

4.a Ritorni in sala operatoria

Numeratore: Ritorni in sala operatoria

Denominatore : Ricoveri di tipo chirurgico (indicatore DG Salute)

4.b Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC/ Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore DG Salute)

Numeratore: ricoveri ordinari per acuti avvenuti entro 30 gg dalla dimissione da ricovero ordinario per acuti precedente con la stessa MDC (come da protocollo DG Salute)

Denominatore: ricoveri ordinari per acuti totali (riferimento: protocollo DG Salute)

4.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti / Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore DG Salute)

Numeratore: dimissioni volontarie (MODIM=2) in ricoveri ordinari per acuti (riferimento: protocollo DG Salute)

Denominatore: ricoveri ordinari per acuti totali (riferimento: protocollo DG Salute)

4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti /Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore DG Salute)

Numeratore: ricoveri in ricoveri ordinari per acuti con dimissioni seguite entro due giorni da ricovero ordinario per acuti in altra struttura (riferimento: protocollo DG Salute)

Denominatore: ricoveri ordinari per acuti totali (riferimento: protocollo DG Salute)

5.a Prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio effettuate entro 30 gg/ totale prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio

Numeratore: numero di prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa effettuate entro 30 giorni dalla prenotazione

Denominatore: numero totale di prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa

5.b N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi

Numeratore: numero giudizi di customer satisfaction con valutazione pari a 6 o 7



Denominatore: numero totale giudizi customer satisfaction

5.c Reclami ricevuti/ 1.000 ricoveri

Numeratore: numero totale reclami ricevuti

Denominatore: migliaia di ricoveri (ordinari, DH, subacuti)

6.a Cadute di persone trattate /1.000 gg degenza

Numeratore: numero totale cadute di persone trattate

Denominatore: migliaia di giornate di degenza (inclusi accessi DH/DS, BIC e MAC, pesati ½ giornata di degenza ordinaria)

6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza

Numeratore: numero totale richieste di risarcimento pervenute nell'anno solare

Denominatore: migliaia di giornate di degenza (inclusi accessi DH/DS, BIC e MAC, pesati ½ giornata di degenza ordinaria)

Titolo documento: Piano Performance 2015

Data creazione: 05/08/2015

Data pubblicazione: 05/08/2015