

# Il dato è tratto

**Indicatori di valutazione nel processo di budgeting  
Esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia**



**Ilaria Bernardini**

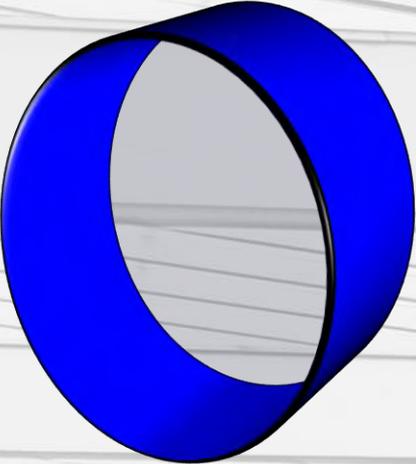
 @ilaberna

**Firenze, 26 ottobre 2017**

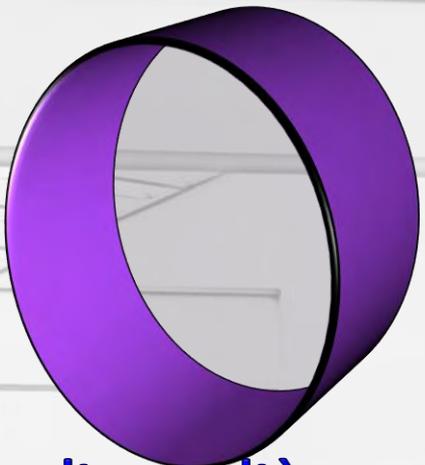
# Architettura Sistema Informativo



# Utilizzo indicatori in AOU



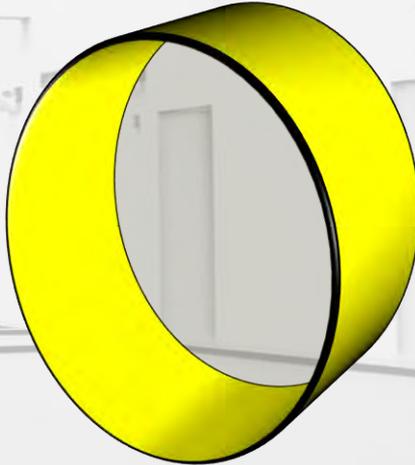
**Adempimenti agli standard**



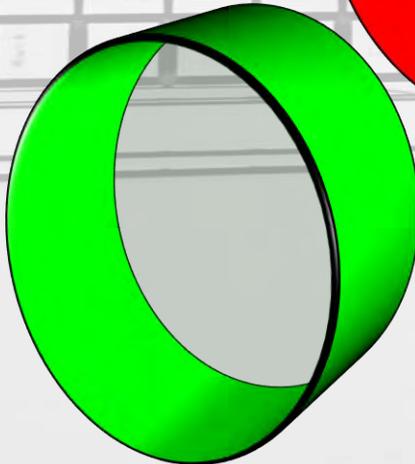
**Processo di  
Budgeting**



**Confronto con altre realtà**



**Supporto nei processi  
organizzativi**



**Obiettivi del Direttore Generale**

# Il budget aziendale

 <b>Budget 2017</b> <b>Scheda C - Obiettivi di Struttura</b> <b>Struttura</b> <b>Direttore:</b>				
AREA	OBIETTIVO	INDICATORI DI MISURAZIONE	STANDARD	PESO
MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE	Migliorare l'integrazione del personale attraverso l'organizzazione di una riunione per la condivisione e la conoscenza delle attività e degli obiettivi della	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione del verbale della riunione di presentazione degli obiettivi della Struttura al personale ad essa afferente entro 20 giorni dalla sottoscrizione della scheda stessa	Invio del verbale entro i tempi stabiliti	2
	Qualificare i sistemi di programmazione e controllo attraverso l'utilizzo degli indicatori e delle misure di esito e performance di AGENAS e MES attinenti alla mission aziendale	Partecipazione al workshop, organizzato dall'Ufficio Controllo di Gestione in collaborazione con la Formazione e Qualità del Responsabile di Struttura Complessa di almeno due dirigenti medici	Partecipazione al workshop	3
	Diffondere l'appropriatezza nella pratica clinica e nei percorsi assistenziali attraverso l'utilizzo di linee guida e profili di diagnosi	Partecipare audit dipartimentali organizzati dalle SC Neuroradiologia, SC Radiologia 1 e SC Radiologia 2 per il miglioramento dell'appropriatezza delle richieste	Partecipazione audit	2
		Partecipazione focus group per il miglioramento dell'appropriatezza delle richieste al Servizio di Patologia Clinica ed Ematologia	Partecipazione agli audit e organizzazione per SC al Servizio di Patologia Clinica ed Ematologia per la prescrizione appropriati per i marcatori tumorali	2
			Mantenimento rispetto al 2016 delle richieste in urgenza al Servizio di Patologia Clinica ed Ematologia	2
	Implementazione della richiesta informatizzata di sangue	Richiesta informatizzata >=80% sul totale richieste	2	
	Partecipazione ad eventuali audit clinici dipartimentali per la richiesta appropriate di sangue	Partecipazione all'audit	2	

 <b>Budget 2017</b> <b>Scheda C - Obiettivi di Struttura</b> <b>Struttura</b> <b>Direttore:</b>					
AREA	OBIETTIVO	INDICATORI DI MISURAZIONE	STANDARD	PESO	
MIGLIORAMENTO EFFICIENZA E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Migliorare l'appropriatezza del ricovero	Ridurre la % di DRG ad alto rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Riduzione rispetto all'anno 2016 % di ricoveri alto rischio di inapproprietezza sul tot. ordinari	3	
		Contenere la % di ricoveri oltre soglia	%oltre soglia <= valore anno 2016	3	
		Degenza media preoperatoria ricoveri programmati - MES (<= 1 giorno)	<= 1 giorno come da indicatore MES	3	
	Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	Miglioramento dell'Indice di Performance della Degenza Media (IPDM) per DRG chirurgici rispetto all'anno 2016 - MES	Aumentare la % di ricoveri ordinari chirurgici programmati su totale ricoveri programmati	IPDM DRG chirurgici <= anno 2016	3
		Ridurre la % dei ricoveri ordinari medici da reparti chirurgici - MES	% di ordinari medici da reparti chirurgici <=valore anno 2016	2	
		Aumento della % DRG LEA chirurgici erogati in DS - MES	% DRG LEA chirurgici in DS >=valore anno 2016	3	
		Aumento della % di DRG chirurgici totali	% DRG chirurgici totali >= valore anno 2016	3	
		Aumento della % di DRG chirurgici erogati in DS	% DRG chirurgici DS >= valore anno 2016	3	
		Aumento del peso medio ordinario chirurgico	Peso medio chirurgico ordinario >=valore anno 2016	3	
		% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Valore atteso=>anno 2016	3	
Implementare l'organizzazione LEAN nei Blocchi Operatori	Rispetto del tempo d'ingresso in sala entro 30 minuti	>80%	3		
	Rispetto della corretta programmazione della seduta	>80%	3		
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici a reparto	n. unità posologiche di antibiotici erogati nei reparti (ATC J01 regime ordinario e DH esclusa distribuzione diretta) su giornate di degenza - MES	Valore atteso=<=anno 2016	3	
MIGLIORAMENTO QUALITÀ PERCEPTA ED EQUITÀ DI ACCESSO	Corretta tempistica della compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera	% di Schede di Dimissione Ospedaliera compilate nei tempi previsti su totale Schede di Dimissione Ospedaliera	>98%	3	
	Monitorare l'attività libero professionale ambulatoriale	% di prestazioni ambulatoriali per esterni erogate in regime di ALPI su totale prestazioni per esterni attività istituzionale e ALPI	<12%	1	
	Implementare il processo di accreditamento istituzionale	Partecipazione audit organizzati dalla Direzione Medica Ospedaliera	Partecipazione audit	2	
	Implementare il percorso del paziente chirurgico ambulatoriale	Redazione del percorso del paziente chirurgico ambulatoriale	Invio entro il 31/12/2017	3	

 <b>Budget 2017</b> <b>Scheda C - Obiettivi di Struttura</b> <b>Struttura</b> <b>Direttore:</b>				
AREA	OBIETTIVO	INDICATORI DI MISURAZIONE	STANDARD	PESO
MIGLIORAMENTO GESTIONE DELLA SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Migliorare l'informazione del paziente e la successiva acquisizione del consenso all'esecuzione di trattamenti sanitari secondo la normativa vigente	Corretta applicazione delle linee d'indirizzo e della relativa modulistica verificata mediante analisi delle cartelle cliniche, con riferimento alla presenza della data e della firma del medico	100%	2
		Corretta applicazione delle linee d'indirizzo e della relativa modulistica verificata mediante analisi delle cartelle cliniche, con riferimento alla presenza del consenso del paziente, della compilazione in ogni sua parte e firma del paziente	100%	2
	Compilazione corretta della documentazione in cartella clinica	Rilevazione presenza dell'anamnesi nella procedura Galileo	90%	2
		Rilevazione presenza dell'esame obiettivo procedura Galileo	95%	2
		Rilevazione presenza della lettera di dimissione nella procedura Galileo	100%	2
Compilare e validare il verbale operatorio in Ormaweb (chirurgi)	% convalide interventi chirurgici su totale interventi chirurgici	100%	5	

 <b>Budget 2017</b> <b>Scheda C - Obiettivi di Struttura</b> <b>Struttura</b> <b>Direttore:</b>				
AREA	OBIETTIVO	INDICATORI DI MISURAZIONE	STANDARD	PESO
MIGLIORAMENTO QUALITÀ PERCEPTA ED EQUITÀ DI ACCESSO	Implementare il progetto OMS "Ospedale senza Dolore"	Partecipazione all'indagine di prevalenza	Partecipazione e applicazione procedura in almeno il 95%	2
		Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa degli interventi chirurgici	Rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici programmati (Classe A 30giorni, Classe B 60giorni, Classe C 180giorni, Classe D365giorni)	>90% dei casi nei tempi stabiliti
	Attuare il piano di contenimento dei tempi di attesa per la riduzione dei tempi di degenza	Rispetto dei tempi di refertazione per livello di prenotazione entro i tempi stabiliti da delibera aziendale	>=90% entro i tempi stabiliti per i diversi livelli di priorità	3
		Migliorare l'informazione dell'utenza esterna	Aggiornare la pagina della struttura sul sito aziendale	Invio all'Ufficio Controllo di Gestione entro il 30/05/2017
			<b>Punteggio Obiettivi</b>	<b>90</b>
			<b>Punteggio Farmacia</b>	<b>10</b>
			<b>Punteggio Totale</b>	<b>100</b>

# Cruscotto Aziendale

Percentuale ricoveri urgenti da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione



PRIMI 7 MESI

Anno precedente

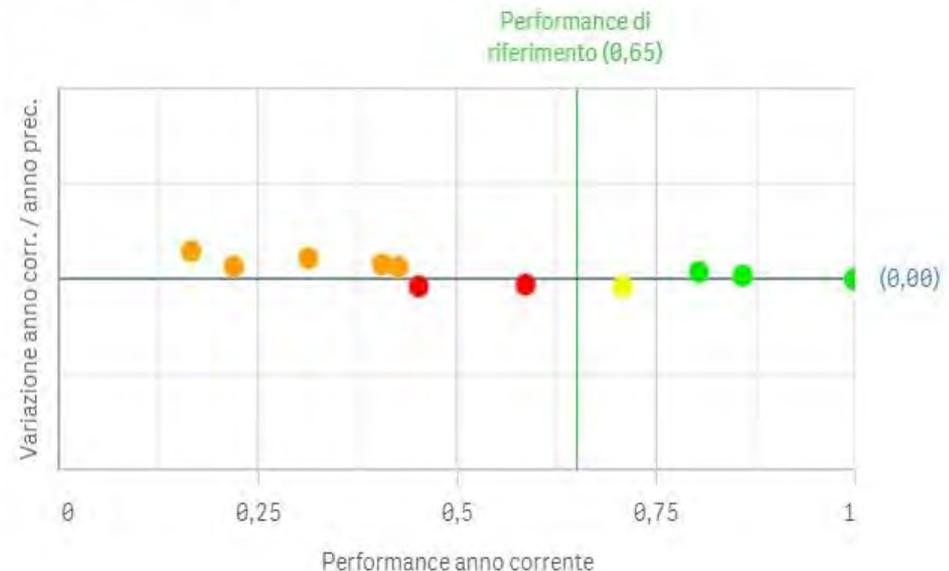
Anno corrente

Struttura ▼	Misure	
	Ricoveri urgenti da PS con DRG chirurgico ann...	Ricoveri urgenti da PS anno precedente
CHIRURGIA GENERALE URGENZA-CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	151	431
CHIRURGIA TORACICA	24	125
CARDIOCHIRURGIA	13	17
CHIRURGIA VASCOLARE	137	166
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	39	307
CLINICA OCULISTICA	73	150
NEUROCHIRURGIA	168	271
CHIRURGIA PEDIATRICA	0	0
CHIRURGIA GENERALE	106	282
CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	801	1.073
CLINICA UROLOGICA	48	188
BREAST UNIT	2	2
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0	1
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	0	0



**VERDE** = Performance ottima  
**VERDINO** = performance buona  
**GIALLO** = performance media  
**ARANCIONE** = Performance scarsa  
**ROSSO** = Performance molto scarsa

Mappa Territoriale

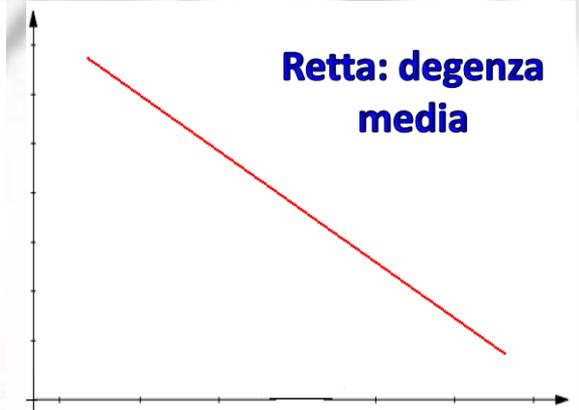


# INDICATORI DI SINTESI E VALUTAZIONE AZIENDALI

**ISVAM: Indicatore Sintetico Valutazione Area Medica**

**ISVAC: Indicatore Sintetico Valutazione Area Chirurgica**

**ISVO: Indicatore Sintetico Valutazione Ospedaliera**



# Grazie per l'attenzione!



**ospedaleperugia**

**[www.ospedale.perugia.it](http://www.ospedale.perugia.it)**