

## ***Sistemi di remunerazione, finanziamento e valutazione delle performance***



**Dott. Giovanni La Valle**

*Direttore Generale*

*A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino*



# Molinette



***O.I.R.M.***



***S. Anna***



***C.T.O.***



L'organizzazione dell'**Azienda** si articola in:

n. **4 Presidi Ospedalieri**

n. **14 Dipartimenti** (12 sanitari strutturali, 1 sanitario funzionale 1 amministrativo)

n. **116 Strutture Complesse** (104 sanitarie e 12 amministrative)

n. **53 Strutture Semplici Dipartimentali** (52 sanitarie, 1 amministrativa)

n. **100 Strutture Semplici** (83 sanitarie e 17 amministrative)

*Fonte Dati: PIAO 2023-2025 Delibera n.466 del 30/03/2023*

## *Funzione assistenziale*

**Reti Regionali**

**Trauma Center**

**Centri HUB e Spoke**

**Rete patologie tempo dipendenti**

**Riferimento regionale trattamento ECMO**

**Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

**Centro Regionale Trapianti Piemonte e Valle d'Aosta**

**Centri e strutture di riferimento interaziendali, provinciali e regionali**



## *Funzione Didattica e Ricerca*

- Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Biotecnologie
- Odontoiatria
- Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie
- Scuole di Specializzazione
- Master I e II Livello
- Dottorati di Ricerca





## II PERSONALE che compone l'Azienda

RAGGRUPPAMENTO	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO	Totale Risultato
COMPARTO AMMINISTRATIVO	26	966	992
COMPARTO PROFESSIONALE		10	10
COMPARTO SANITARIO	58	4548	4606
COMPARTO TECNICO	79	1854	1933
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>163</b>	<b>7378</b>	<b>7541</b>
DIRIGENZA SANITARIO	15	1491	1506
DIRIGENZA AMMINISTRATIVO	1	24	25
DIRIGENZA PROFESSIONALE		13	13
DIRIGENZA TECNICO		7	7
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>16</b>	<b>1535</b>	<b>1551</b>
<b>TOTALE</b>	<b>179</b>	<b>8913</b>	<b>9092</b>

*Fonte Dati: PIAO 2023-2025 Dotazione organica al 31/12/2022*

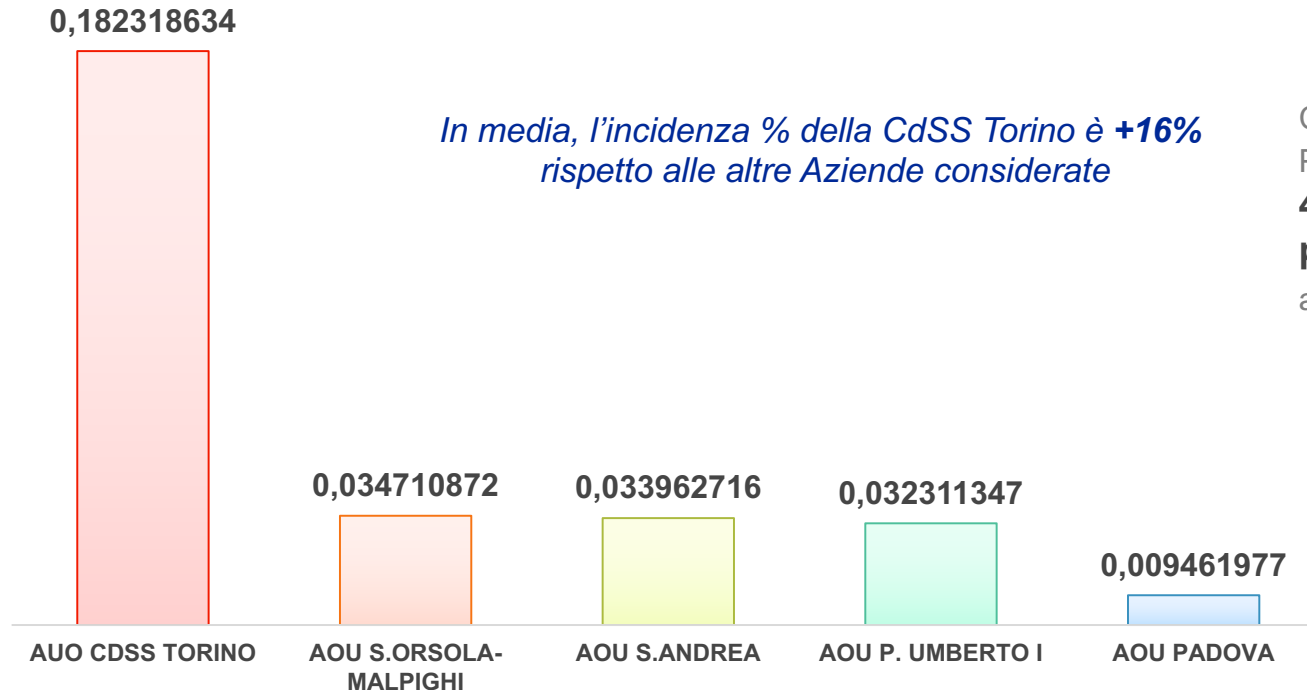


## I processi di trasformazione in corso per l'Azienda



## La necessità di prevenire interventi nazionali

**Incidenza % del finanziamento indistinto sul totale valore della produzione(1)**



Il valore 2020 del **Finanziamento Indistinto** per CdSS risulta pari a circa

**192 mln/€** rappresenta **un'eccezione nel SSN** e suggerisce che il «**disequilibrio strutturale**» sia più elevato del disavanzo economico

Perché è un valore elevato?

Comprende:

Parte del **finanziamento per funzione** pari a circa **40€/mln**, il fabbisogno ASR per la **copertura della perdita programmata** dell'esercizio **2020** per un ammontare complessivo di **+111,7€/mln**

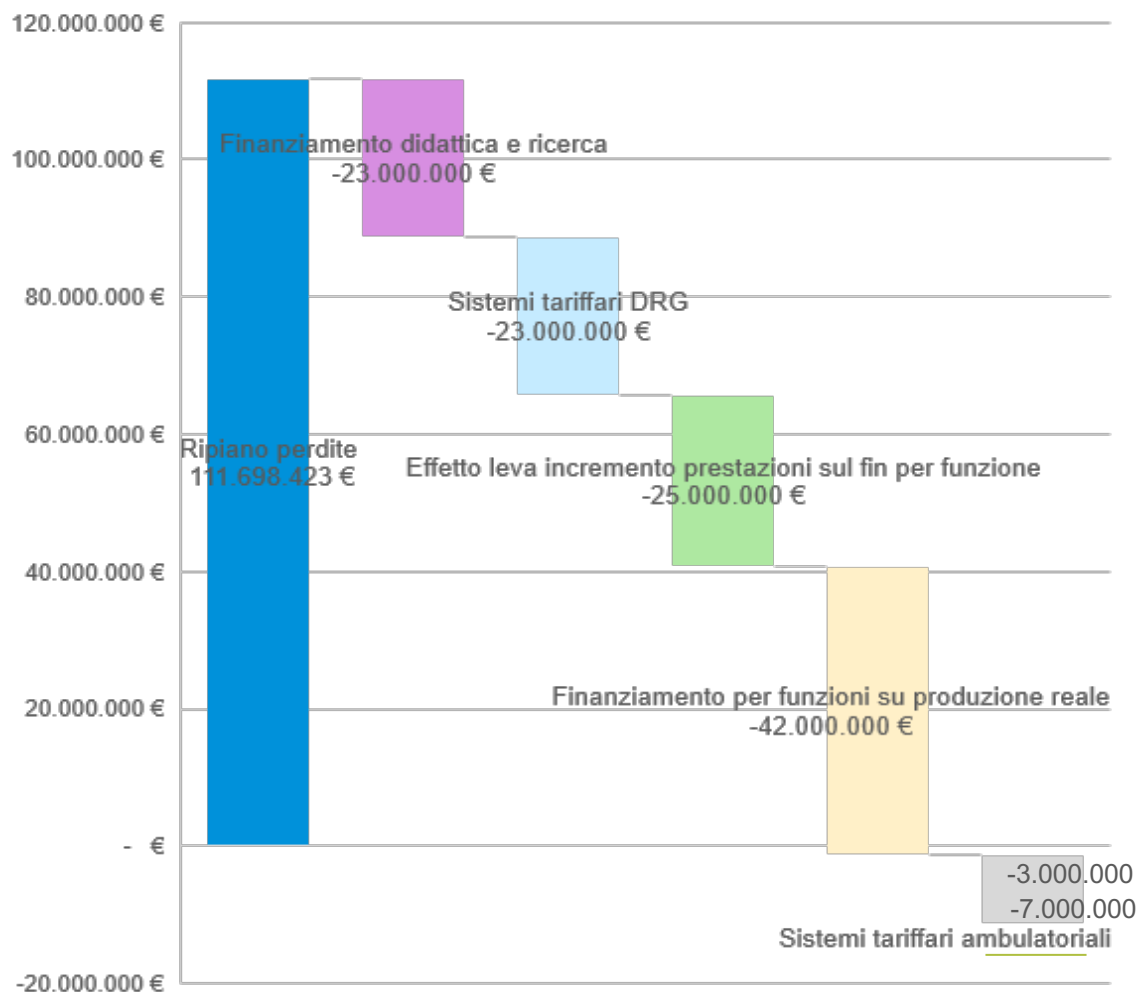
(1) I dati del CDSS Torino fanno riferimento al Consuntivo 2020; i dati delle altre Aziende fanno riferimento ai Consuntivi 2019.



## Il disequilibrio economico: valorizzazione della produzione di CdSS - scenari

Leve per riduzione disavanzo	Diagnosi AS IS	Possibili linee di intervento	Scenari CERGAS	Verifica regionale	Introduzione meccanismo finanziamento
<b>Finanziamento per funzione</b>	CdSS riceve il finanziamento massimo ammissibile	i) Parte del finanziamento è erogato come finanziamento indistinto e non per funzione ii) Maggiorazioni tariffarie parte del finanziamento massimo ammissibile	<i>In corso verifica bottom-up</i>		
<b>Sistemi tariffari per ricoveri</b>	Regione Piemonte non utilizza un proprio sistema DRG	Introdurre un sistema di classificazione DRG regionale che valorizzi l'alta complessità senza impatto l'equilibrio SSR	✓	<i>Da attivare?</i>	
<b>Sistemi tariffari ambulatoriali</b>	Regione Piemonte non utilizza un proprio nomenclatore su specialistica ambulatoriale	Introdurre un proprio nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale	✓	✓	?
<b>Finanziamento per maggiori costi didattica e ricerca</b>	Regione Piemonte non utilizza delle maggiorazioni tariffarie o una linea di finanziamento specifica per DRG	Introdurre delle maggiorazioni tariffarie per le attività di didattica e ricerca	✓	<i>Da attivare?</i>	
<b>Contributi in conto capitale e l'effetto sul godimento dei beni di terzi, manutenzioni</b>	CdSS registra costi elevati per godimento di beni di terzi (noleggio e contratti service)	Un Piano di Investimenti volto a ridurre gli elevati costi per godimento beni di terzi	✓	Avviare gruppo di lavoro aziendali?	

Il disequilibrio economico: valorizzazione della produzione di CdSS – evoluzione degli scenari



Quattro possibili leve su cui agire

..quali attivare?

Sistema tariffario DRG

Finanziamento didattica e ricerca

Effetto leva incremento prestazioni sul finanziamento per funzione

Finanziamento per funzioni su produzione reale

Sistemi tariffari ambulatoriali

Godimento beni terzi



# Adozione nuovo sistema DRG

# Sistemi tariffari per ricoveri

## Analisi AS IS leve di finanziamento

- Regione Piemonte **non ha introdotto un proprio sistema DRG** – di conseguenza le prestazioni relative ai ricoveri ospedalieri per acuti sono valorizzate secondo il sistema DRG nazionale
- Le principali regioni italiane hanno adottato un proprio sistema di DRG
- I **sistemi di DRG regionali** tendono a **valorizzare le prestazioni ad alta complessità** e quindi, nel caso in cui fossero adottati dalla Regione Piemonte comporterebbe un **incremento dei ricavi da prestazione per il CdS**
- In particolare, i sistemi di **DRG adottati da Emilia Romagna e Veneto** comporterebbero un significativo aumento dei ricavi da prestazione
- L'aumento dei ricavi da prestazione potrebbe ridurre significativamente il disavanzo del CdS:
  - In modo **diretto**, attraverso l'**incremento dei ricavi da prestazione**
  - In modo **indiretto**, attraverso un **incremento del finanziamento massimo ammissibile**

## Sistemi tariffari per ricoveri

### Analisi possibili soluzioni alternative: fasce tariffarie

#### Proposta:

- Adottando un sistema a fasce semplificato:

FASCIA		CRITERIO
A	A1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aziende Ospedaliere Universitarie sedi di facoltà di Medicina e Chirurgia (AOU CdSS, AOU Maggiore della Carità di Novara, AOU S. Luigi)</li> </ul>
	A2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aziende Ospedaliere e IRCCS sede del triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia</li> <li>Ospedali con più di 300 Posti Letto con presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 2° livello</li> <li>Ospedali privati accreditati per la fornitura di prestazioni di alta specialità</li> </ul>

#### Focus Fascia A1

Nella Fascia A1, rientrano AOU sedi di facoltà di Medicina e Chirurgia che in Piemonte sono rispettivamente:

AOU	Finanziamento per funzioni	Ripiano perdite
AOU CdSS	179,4 M€	48,02 M€
AOU Maggiore della Carità	73 M€	1,5 M€
AOU S. Luigi	35,2 M€	5 M€

DGR n.31-877 del 23/12/2019

#### Nel sistema a fasce di complessità:

- Sarebbe necessario prevedere, sul modello dell'Emilia-Romagna, una **specifica fascia tariffaria** per i ricoveri ospedalieri per acuti da applicarsi alle **strutture private**
- In particolare, la Regione Emilia-Romagna adotta una tariffa specifica (B2) per gli ospedali privati di non alta specialità che adotteranno per tutto il proprio personale dipendente di area comparto il nuovo CCNL AIOP-ARIS della ospedalità privata.

# Obiettivi e oggetto di analisi



## CRITERI

Ricostruire i **costi pieni** dell'assistenza ospedaliera con riferimento a **7 DRG** selezionati con i criteri che seguono

Percorsi selezionati in base alla rilevanza del DRG in termini di volumi e valore per CDSS + tariffe più elevate applicate in altri SSR

Selezione dei percorsi su rilevanza di diagnosi/procedura incluse nel singolo DRG individuato

Circoscrivere l'oggetto della rilevazione ai pazienti compresi tra 25° e 75° percentile della distribuzione delle degenze

Rilevare fattori produttivi per macro-fasi di processo (M/C: pre-ospedalizzazione; C: pre-intervento, intervento, post-intervento; M: ospedalizzazione)

DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	TARIFFE					PRODUZIONE 2021			DELTA TARIFFE		
			DRG Nazionale	DRG Lombardia	DRG Veneto	DRG Emilia Romagna	DRG max	Produzione attuale CDSS	Produzione CDSS con DRG max	Delta attuale-DRG max	Delta EMR	Delta Veneto	Delta Lombardia
103	C	103 - Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602 €	45.977 €	62.602 €	66.984 €	66.984 €	2.128.457 €	2.277.449 €	148.992 €	7%	0%	-27%
105	C	105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20.487 €	17.843 €	27.476 €	21.921 €	27.476 €	9.976.976 €	13.380.651 €	3.403.676 €	7%	34%	-13%
155	C	155 - Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566 €	5.909 €	5.866 €	7.026 €	7.026 €	1.746.583 €	1.868.844 €	122.261 €	7%	-11%	-10%
192	C	192 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9.558 €	7.549 €	8.368 €	10.227 €	10.227 €	2.198.306 €	2.352.187 €	153.881 €	7%	-12%	-21%
288	C	288 - Interventi per obesità	5.681 €	5.681 €	5.733 €	6.079 €	6.079 €	1.988.448 €	2.127.636 €	139.188 €	7%	1%	0%
302	C	302 - Trapianto renale	33.162 €	29.001 €	44.216 €	35.484 €	44.216 €	5.272.802 €	7.030.403 €	1.757.601 €	7%	33%	-13%
480	C	480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	62.648 €	68.027 €	83.530 €	67.033 €	83.530 €	8.958.629 €	11.944.839 €	2.986.210 €	7%	33%	9%



# Costi dei percorsi ospedalieri: metodo in sintesi

1

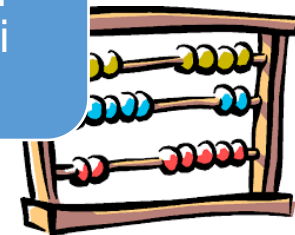
Definizione profilo di  
paziente e livello di  
dettaglio della rilevazione

2

Rilevazione costi unitari (CU)  
e quantità (Q) delle risorse  
impiegate nei percorsi

3

Validazione quantità,  
moltiplicazione  $Q \times CU$  per  
calcolare il costo pieno di  
processo



WORK PACKAGE 9  
COSTING OF CASE-VIGNETTES  
ITALY

Fonte: Progetto  
HealthBasket, 2006

prepared by  
Giovanni Fattore  
Aleksandra Torbica  
Simona Bartoli



Percorsi selezionati in base alla rilevanza del DRG in termini di volumi e valore

Selezione dei percorsi su rilevanza di diagnosi/procedura incluse nel singolo DRG individuato

**Circoscrivere l'oggetto della rilevazione ai pazienti compresi tra 25° e 75° percentile della distribuzione delle degenze**

Rilevare fattori produttivi per macro-fasi di processo (M/C: pre-ospedalizzazione; C: pre-intervento, intervento, post-intervento; M: ospedalizzazione)

(PERCORSO XY)



**Giornate di  
degenza  
(proxy  
complessità)**

**ASSORBIMENTO ELEVATO di risorse**  
associabile a pazienti a elevata  
complessità e/o fragilità

**Costo paziente con durata della  
degenza corrispondente al  
TERZO QUARTILE**

**ASSORBIMENTO INTERMEDIO**  
associabile a pazienti con bisogno  
clinico-assistenziale intermedio,  
utile riferimento per tariffa

**Costo paziente con durata  
della degenza corrispondente  
alla MEDIANA**

**ASSORBIMENTO RIDOTTO di risorse**  
ragionevole per pazienti a elevata  
complessità e/o fragilità

**Costo paziente con durata della  
degenza corrispondente al  
PRIMO Quartile**

		Resource use	
		Accuracy	
Unit costs	-	-	+
	+	Top down gross costing	Top down microcosting
	-	Bottom up gross costing	Bottom up microcosting
	+		

**Fig. 1** Methodology matrix ~ the level of accuracy at the identification and valuation of cost components

*Microcosting* e *bottom up* sono le tecniche più **accurate**, perché oltrepassano il problema di trovare dei criteri di allocazione affidabili, ma sono anche più **onerose** in termini di raccolta dati (soprattutto sul lato quantità, es. tempi effettivi, consumo farmaci).

Anche da letteratura, consigliabile applicare il *micro-costing bottom up* solo alle componenti di costo più impattanti sui costi totali: **tempi di assistenza** e **durata della degenza** (Tan et al. 2009; Drummond et al., 2015)

## Costi dei percorsi ospedalieri: fonti e informazioni da rilevare

INFORMAZIONI DA RILEVARE	FATTORI PRODUTTIVI	COSA RILEVARE	FONTI PRIMARIA
	Personale	Tempistica per profilo professionale, attività front vs back funzionali vs back altro	Interviste (minutaggi) + CdG (costi hr)
	Beni sanitari	DM, farmaci specifici di percorso + allocazione generici di CdR su driver (hr, gg)	Interviste (specifici) + CdG (costi/hr-gg)
	Beni non sanitari	Allocazione di CdR su driver (es. gg)	CdG (costi/hr-gg)
	Servizi sanitari	Rilevazione diagn/lab/prestazioni da altre UO	Interviste (esami) + Tariffario
	Servizi non sanitari	Allocazione di CdR su driver (es. gg)	CdG (costi/hr-gg)
	Tecnologie	Tempistica di utilizzo	CdG (costi/hr-gg)
	Spazi	Tempistica di utilizzo	CdG (costi/hr-gg)
	Altri generali	...	CdG (costi/hr-gg)



### 2 schede di rilevazione



#### Rilevazione consumi

Scheda costruita per identificare tempi di assistenza e beni, servizi, tecnologie e spazi specificatamente dedicati al percorso analizzato



#### Rilevazione costi

Scheda costruita per valorizzare tempi di assistenza e beni, servizi, tecnologie e spazi dedicati al percorso analizzato e le componenti indirette e generali imputate all'UUOO

## CRUSCOTTO DI SINTESI

#1

• Sintesi dei valori di costo pieno, degenze, tempi die e tariffa relativi a «primo quartile», «mediana», «terzo quartile» per ciascun percorso analizzato



DRG	Percorso	Dimessi 2021	COSTO PIENO, €			GIORNATE DI DEGENZA			ASSISTENZA MEDIA GIORNALIERA (ORE RILEVATE)*			TARIFFA, €
			IQ	Mediana	IIIQ	IQ	Mediana	IIIQ	IQ	Mediana	IIIQ	Valore DRG
480	Trapianto di fegato	132	38.420	<b>63.762</b>	96.982	10	14	23	25	33	34	<b>62.648</b>
192	Epatectomia	30	12.219	<b>15.692</b>	26.433	8	10	13	17	21	26	<b>9.558</b>
155A	<u>Esofagomiotomia</u>	23	3.376	<b>3.995</b>	5.453	3	4	5	15	13	14	<b>6.566</b>
155B	Ernia iatale	29	3.130	<b>4.159</b>	5.769	3	4	5	15	14	17	<b>6.566</b>
288A	Gastrectomia parziale	158	4.363	<b>4.696</b>	5.242	2	2	2	16	18	21	<b>5.681</b>
288B	Bypass gastrico	27	7.562	<b>8.352</b>	8.856	3	4	4	24	20	22	<b>5.681</b>

\* Sono qui considerate le ore di attività di assistenza localizzata sul singolo paziente, mentre sono esclusi i tempi relativi alla naturale interruzione delle attività di assistenza (riunioni, pause...)



## Riflessioni preliminari

- Il **calcolo dei costi pieni** dei sei percorsi considerati (afferenti a quattro DRG) evidenzia
  - ✓ per i DRG **480** e **192**, una **notevole variabilità tra quartili e mediana**, con oscillazioni comprese tra il 20% e il 70%,
  - ✓ per i percorsi del DRG 288 (gastrectomia, bypass gastrico) la distanza tra mediana e quartili è molto più ridotta, sempre entro il 15%,
  - ✓ per i percorsi del DRG 155 (esofagomiotomia, ernia iatale) la distanza tra mediana e quartili si colloca a livelli intermedi, tra il 15% e il 40%.
- La variabilità interquartile dei costi riflette quella della **durata delle degenze**, ma anche le differenze di **intensità assistenziale** (minutaggi giornalieri al letto del paziente) e la variabilità dei **consumi**, soprattutto dei materiali sanitari di sala.
- L'entità dei costi di sala degli **interventi di bypass (288B), eseguiti in robotica, appaiono significativamente superiori** a quelli di gastrectomia (288A). Presente un effetto costo (dovuto a oneri orari della robotica più elevati di un 35%) ma influisce anche un effetto durata (5 ore vs 2).

- Il confronto tra valori di costo e tariffe evidenzia:
  - ✓ la sostanziale **equivalenza tra costo mediano e tariffa** per il percorso di **trapianto di fegato (480)**; tuttavia, a causa dei numerosi *outlier*, **la degenza media del trapianto evidenzia un valore di poco superiore al III quartile** della degenza, i cui **costi sono superiori alla tariffa del 55%**.
  - ✓ **Un costo sempre superiore alla tariffa nei casi del bypass gastrico alto (288B) e della epatectomia (192)**. Il costo stimato per il primo quartile supera la tariffa, rispettivamente, del 33% e del 28%. In questi casi si annota che le procedure indagate rappresentano entrambe una quota minoritaria (11%, 17%) della casistica del relativo DRG. L'epatectomia si colloca in un DRG nel quale «prevalgono» le ablazioni epatiche (63%), il bypass è sopravanzato dalle gastrectomie (67%). Di massima, i percorsi indagati si collocano a livelli più elevati di complessità rispetto alla media di DRG.
  - ✓ **Un valore tariffario superiore al costo del III quartile nei percorsi della gastrectomia (288A), dell'esofagomiotomia (155A) e dell'ernia iatale (155B)**. In questi ultimi due percorsi le procedure indagate rappresentano una quota minoritaria (12%, 15%) della casistica del relativo DRG, che è in significativa parte (35%) riconducibile a legature di varici esofagee.





**Forum Risk Management**

**obiettivo** sanità & salute

Valore costo  
**MEDIANO**

**+20% rispetto  
a tariffa**

**ALLINEATO A  
TARIFFA**

**-20%  
rispetto a  
tariffa%**

**21-24 NOVEMBRE 2023**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**18**

- Bypass gastrico alto (288B)
- Epatectomia (192)



- Trapianto di fegato (480)
- Gastrectomia (288A)

- Esofagomiotomia (155A)
- Ernia iatale (155B)

I professionisti, durante le interviste, hanno segnalato alcune **criticità organizzativo-gestionali**.

- ✓ La tematica dei **pazienti *bed blockers***, spesso con necessità sociali più che sanitarie, che permangono in sub-intensiva diverse settimane (il 25% più di due). Quali possibilità di accedere a degenze sub-acute? Se 10 pazienti (7-8% della casistica) riducessero la degenza di 10 gg passando da una degenza media (24) a una mediana (14), il risparmio di risorse per l'UO sarebbe di circa 400k annui. Ipotizzando un risparmio del 75%-50% assistendo il paziente in azienda ma in un setting sub-acuto, di 300-200k.
- ✓ **Gli orari di operatività del personale**, che, in alcuni casi, precedono di 30' l'arrivo del paziente in sala.
- ✓ **Il sotto-utilizzo di alcune sale di chirurgia**, (principalmente per carenza di personale).
- ✓ La **scarsa possibilità di usufruire delle competenze degli infermieri** con master sugli accessi vascolari (impianto di PICC).
- ✓ Da approfondire **la differenza di consumo di materiali sanitari legata alla tecnica chirurgica** utilizzata (robotica o meno).

- Il lavoro fornisce una **fotografia delle risorse assorbite e dei relativi costi, associati a diverse durate della degenza**, per i primi quattro percorsi indagati.
- E' evidente che un grande ospedale deve operare una «sussidiazione incrociata» non all'interno ma TRA DRG su percorsi che hanno molte componenti di costo rigide a livello di reparto (personale, farmaci). **È quindi atteso che i costi mediani non corrispondano alle tariffe; si tratta di capire perché.** In ogni caso, anche livello di unità operativa (o di ospedale), può essere utile ragionare sul sistematico disallineamento in difetto tra tariffe e costi.
- Si tratta di un **primo affondo che non può dirci se le tariffe sono sottostimate o viceversa i costi sono troppo elevati ma apre ad approfondimenti** sulle operations, la distribuzione e il mix del personale, la gestione della spesa farmaceutica, le scelte di make or buy dei servizi sanitari...alcuni elementi possono emergere dalle interviste (cfr. slide precedenti), altri vanno ricostruiti con maggiore accuratezza.

# Finanziamento attività didattica e ricerca



## D Finanziamento maggiori costi didattica e ricerca

### Analisi AS IS

- A differenza di altre Regioni, il **Piemonte non** ha introdotto delle **maggiorazioni tariffarie o un a linea di finanziamento specifica** per finanziare le attività di **didattica e ricerca**
- I maggiori costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca sono finanziati incrementando il **finanziamento per funzioni** di un ammontare pari al 6% dell'attività assistenziale:
  - 24% strutture con DEA di II livello
  - 30% strutture con DEA di II livello con didattica e ricerca
    - ...tra cui AOU CDSS di Torino
- Nel 2019, per AOU CDSS il valore del finanziamento per le attività di didattica e ricerca risulta pari a **33.105.334 €**
- Se invece il Piemonte adottasse l'approccio di altre Regioni (es. RER, Lombardia, Lazio) e separasse il finanziamento didattica e ricerca da quello per funzioni, quest'ultimo potrebbe aumentare di +33 €M

#### Riferimenti normativi

- Art. 7, comma 2 del D.Lgs 517/1999
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 19-7209 del 10 marzo 2014
- Deliberazione della Giunta Regionale 1 settembre 2015, n. 34-2054

#### Punti di attenzione

- Secondo l'interpretazione data dalla Regione, il limite del 30% del finanziamento per funzione stabilito da art. 8-sexies comma 1-bis del D.Lgs. 502/1992 comprende anche le attività di ricerca e didattica
- ...di fatto «limitando» il contributo finanziario destinato alle AOU per le funzioni specifiche di didattica e ricerca

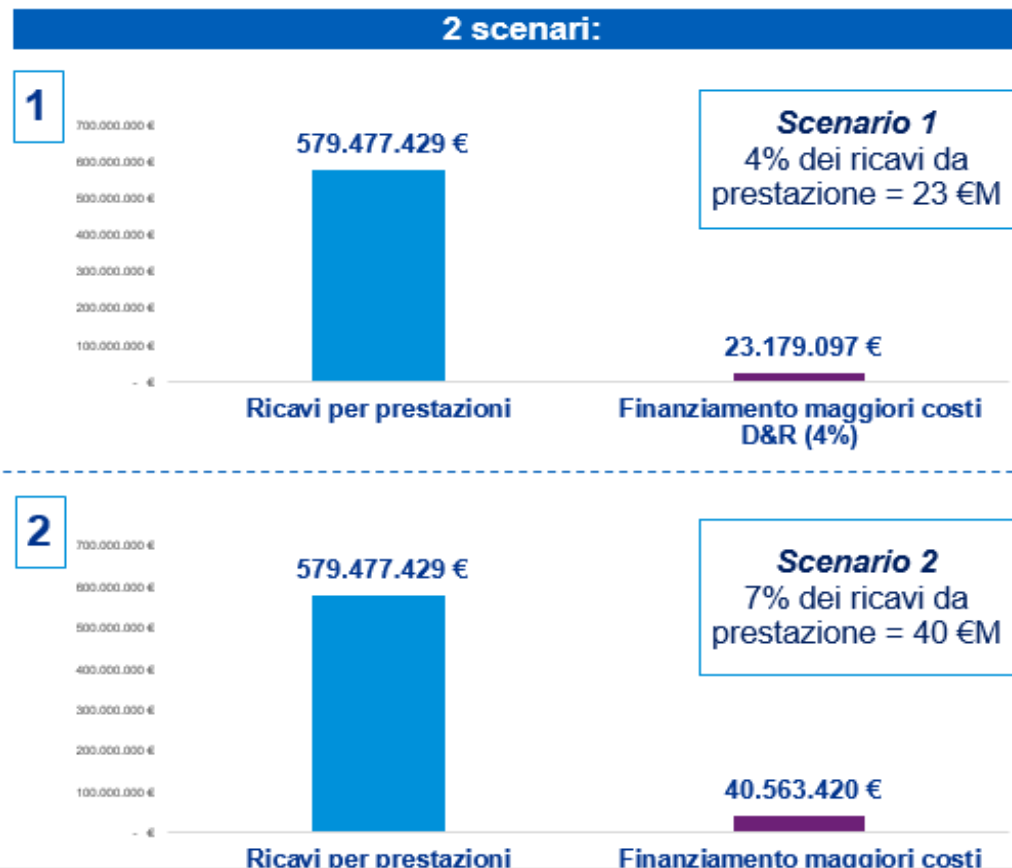
#### Prossimi passi

- Approfondire con la Regione Piemonte la disponibilità di introdurre delle maggiorazioni tariffarie per le attività di didattica e ricerca



## D Finanziamento maggiori costi didattici e ricerca Analisi possibili soluzioni alternative

- Seguendo l'approccio di altre Regioni: **finanziamento per maggiori costi didattici e ricerca come % fissa dei ricavi da prestazione**
- Questo avrebbe **due principali effetti**:
  - **Finanziamento «ad hoc»** per la copertura dei maggiori costi dovuti a didattici e ricerca
  - **Effetto leva** positivo sul finanziamento per funzioni
- Il finanziamento per i maggiori costi di didattici per le **AOU sedi di facoltà di Medicina e Chirurgia**:
  1. AOU CdSS
  2. AOU Maggiore della Carità,
  3. AOU S. Luigi

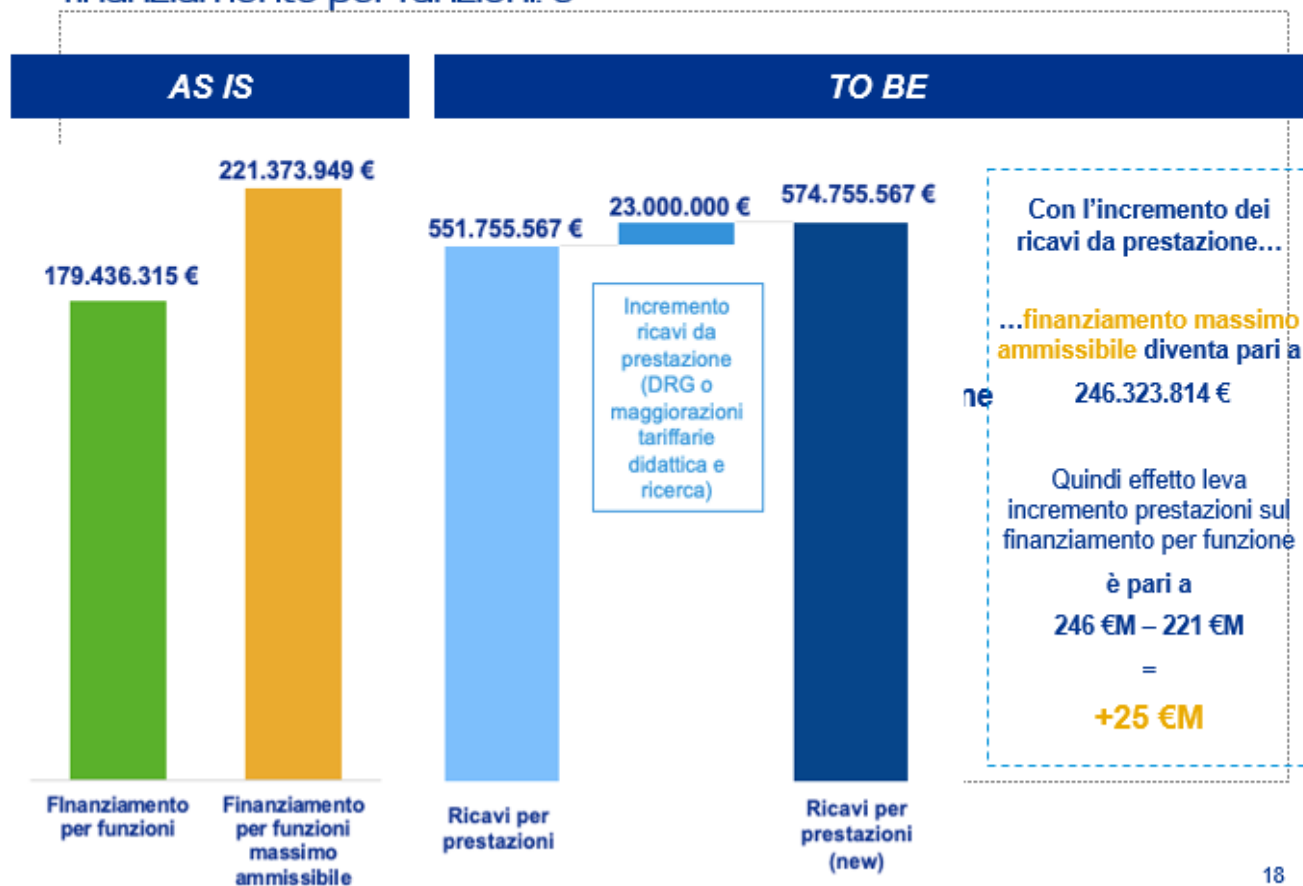






A

Impatto «indiretto» dell'incremento dei ricavi da prestazioni sul finanziamento per funzioni: S



# Valutazione delle performance

Area obiettivi di budget  
Sezione sanitaria

PNE

PNE	Raggiungimento obiettivo	Motivazioni scostamenti
Colecistectomia laparoscopica: degenza post operatoria <3gg (dip chirurgia)	SI	
Colecistectomia laparoscopica: proporzione ricoveri in day surgery (dip chirurgia)	SI	
Frattura del femore - entro 2gg	NO	Difficoltà rete emergenza traumatologica
Protesi d'anca - Riammissioni a 30gg in CDSS	SI	
Protesi di ginocchio - Riammissioni a 30gg in CDSS	SI	
Incidenza dei parti cesarei	SI	
Ricostruzione o espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	SI	
STEMI - Trattamenti con PTCA entro 90 minuti dal ricovero o dall'accesso in PS	NO	Analisi DS
Scompenso cardiaco - riammissione a 30gg	SI	

## Tempi di attesa

OBIETTIVI TEMPI ATTESA - INTERVENTI	Raggiungimento obiettivo	Motivazioni scostamenti
Recupero tempo medio attesa interventi chirurgici oggetto di monitoraggio Piano Nazionale Governo Liste Attesa	MIGLIORABILE	
Melanomi Classe A (gg)	NO	L'aumento della patologia oncologica cutanea non è compensata dagli spazi operatori della S.S.D. Chirurgia Dermatologica (dip chirurgia)
Melanomi Classe B (gg)	SI	
Colecistectomia laparoscopica Classe A / B	MIGLIORABILE	Nonostante che l'obiettivo prevedesse una riduzione del 300% a prezzo di uno sforzo globale straordinario si è raggiunto un dato più che apprezzabile
Biopsia percutanea del fegato Classe A / B	SI	
Ernia inguinale Classe A / B	NO	E' in atto negli ultimi anni a livello Dipartimentale uno sforzo di miglior definizione delle classi di priorità
Emorroidectomia Classe A / B	NO	Sproporzione tra gli spazi dedicati da questa Azienda alla Day Surgery rispetto all'incidenza della patologia (PL stabilmente accorpati alle Medicine Riunite)
Tumore maligno della tiroide Classe A / B	NO	
Tumore maligno prostata Classe A / B	NO	Mancanza progetti prestazioni aggiuntive
	NO	Severa limitazione dei numeri di interventi robotici (unico accettato dal paziente)
	NO	S.S.D Chirurgia Senologica penalizzata nell'attuale organizzazione della Breast Unit da un numero limitato di accessi in Sala Operatoria
Tumore maligno mammella Classe A / B	NO	Difficoltà strutturali del Presidio S. Anna, diminuzione sedute operatorie e pl
	NO	Proposta ristrutturazione della Breast Unit con la ridefinizione delle competenze della S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva U
Protesi d'Anca Classe A / B	NO	Trend di miglioramento vs 2019 - Sedes Sapientiae
Interventi chirurgici tumore maligno utero Classe A / B	SI	
Angioplastica coronarica PTCA Classe A / B	MIGLIORABILE	
By-pass aortocoronarico Classe A / B	SI	
Endoarteriectomia carotidea Classe A/B	SI	
Interventi chirurgici polmone Classe A / B	SI	

Area obiettivi di budget  
Sezione amministrativa

obiettivi	indicatore	Valori attesi	Situazione al 30/09/2023
Monitoraggio del budget assegnato ai Responsabili dei centri ordinatori*	Evidenza documentale	Relazione attestante il monitoraggio	<b>GEF:</b> monitoraggi trasmessi
Monitoraggio sistematico del pagamento dei ticket ambulatoriali e recupero crediti ticket non pagati	1) Ticket pagati ambulatoriali / ticket dovuti ambulatoriali 2) sollecito ticket non pagati e dovuti	1) >80% 2) > 95%	<b>DASAA:</b> monitoraggi effettuati nella misura attesa
Monitoraggio fatturazione diretta e dei relativi pagamenti	Report periodici di monitoraggio delle attività in fatturazione diretta	Presenza dei report trimestrali	<b>DASAA:</b> monitoraggi effettuati
Recupero crediti derivanti da sentenze definitive sui contenziosi di responsabilità professionale affidati ai legali esterni da parte del gestore gravanti sul Fondo Sanitario Regionale	Evidenza documentale	Relazione attestante il proseguimento dei recuperi crediti avviati negli anni 2019 - 2020 e attivazione nuovi recuperi	<b>Affari Legali:</b> proseguita l'attività in relazione ai recuperi crediti già avviati, e attivazione di nuovi. Lo stato dell'obiettivo al momento è in linea con i risultati attesi.

Area obiettivi di budget  
Sezione economico efficienza

obiettivi	indicatore	Valori attesi	Situazione al 30/09/2023
Predisposizione di progetti per la raccolta fondi da destinare a finalità aziendali	Evidenza documentale	Presenza di almeno 3 progetti	<b>Relazioni esterne:</b> 2 eventi organizzati; il terzo in fase di organizzazione
Avvio attività recupero crediti (SS Libera Professione)	Evidenza documentale	Relazione attestante le attività svolte e quantificazione dei crediti recuperati	<b>SS:</b> Costituito il gruppo di lavoro per la verifica delle anagrafiche e il gaant per la trasmissione delle lettere
Monitoraggio fatturazione diretta e dei relativi pagamenti (SS Libera Professione)	Report periodici di monitoraggio delle attività in fatturazione diretta	Presenza di report trimestrali	<b>SS:</b> Avviato il monitoraggio



Area obiettivi di budget  
Sezione organizzativo e di  
processo

Obiettivo	Indicatore	Valori attesi	SITUAZIONE AL 30/09/2023
Monitoraggio adempimenti conseguenti al mancato pagamento dei debiti scaduti da oltre un anno e al mancato incasso delle note di credito da ricevere	Evidenza documentale	Presenza del monitoraggio con quantificazione della riduzione dei debiti / crediti pregressi	<b>GEF:</b> monitoraggi effettuati - note ai servizi ordinatori di monitoraggio ed indicazioni operative)
Monitoraggio ordini anni precedenti (contabilizzati tra le fatture da ricevere) non ancora agganciati a fatture	Report di monitoraggio periodici	Report inviati ai servizi competenti con quantificazione degli ordini degli anni precedenti non agganciati a fatture	<b>GEF:</b> trasmesse note di monitoraggio ed effettuate conseguenti scritture contabili
Creazione del protocollo riservato quando, ai fini di protezione dei dati personali, è necessario che alcuni documenti vengano registrati come riservati.	Definizione del flusso, dell'iter di gestione sull'applicativo IshareDoc e del "team" di utenti autorizzati all'accesso con le relative abilitazioni.	Predisposizione del modulo di richiesta per l'abilitazione all'utilizzo del protocollo riservato, delle Istruzioni operative e della circolare applicativa da pubblicare sulla Intranet.	<b>Affari Istituzionali:</b> riunioni con ICT, prove in ambiente di test, possibile necessità intervento fornitore software (iShareDoc)

# Grazie per l'attenzione