

## Sommario

1.	PREMESSA .....	1
2.	COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ .....	3
3.	L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI: CHI E' E COSA FA .....	3
3.1.	VISIONE DELL'AZIENDA.....	3
3.2.	MISSIONE ISTITUZIONALE.....	4
3.3.	IL CONTESTO ESTERNO .....	5
3.4.	IL CONTESTO INTERNO .....	6
3.5.	L'AZIENDA IN CIFRE .....	6
4.	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	7
4.1.	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE E IL SISTEMA DI VALUTAZIONE .....	7
5.	L'ALBERO DELLA PERFORMANCE .....	9
6.	LA COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO .....	10
7.	OBIETTIVI STRATEGICI .....	11
7.1.	AZIONI DI SISTEMA .....	11
	ATTO AZIENDALE ED ORGANIZZAZIONE.....	11
	ATTIVAZIONE DI UNA FUNZIONE DI DIREZIONE OPERATIVA .....	12
	PERSONALE.....	12
	LIBERA PROFESSIONE.....	14
	PIANO INVESTIMENTI.....	15
	REVISIONE PROCESSI AZIENDALI DI LOGISTICA .....	16
	ATTUAZIONE POLITICHE SULLA TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE .....	16
	FARMACEUTICA.....	18
	APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO .....	18
	RIDEFINIZIONE FABBISOGNO POSTI LETTO .....	20
	ATTRATTIVITA' .....	21
7.2.	AZIONI DI SETTORE .....	21
	CHIRURGIA ROBOTICA .....	21
	CHIRURGIA TORACICA.....	22
	OCULISTICA .....	22
	GINECOLOGIA.....	23
	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E ETEROLOGA .....	23
	PRONTO SOCCORSO.....	24
	TERZA SALA CARDIOCHIRURGIA.....	27
	PREOSPEDALIZZAZIONE.....	27
	BREAST UNIT .....	28
	DAY SERVICE.....	29
	APPROPRIATEZZA, EFFICIENZA, QUALITA' CLINICA.....	29
8.	OBIETTIVI OPERATIVI DI STRUTTURA ED IL PROCESSO DI BUDGET .....	30
9.	OBIETTIVI OPERATIVI INDIVIDUALI E PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	33
10.	ALLEGATO A - OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI SCHEDE BUDGET 2015.....	35
11.	ALLEGATO B – SCHEDE DI BUDGET.....	42
12.	ALLEGATO C - RISORSE DESTINATE ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E RELATIVA DISTRIBUZIONE ANNO 201443	

## 1. PREMESSA

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” si propone di offrire un sistema nuovo ed alternativo per misurare la produttività del settore pubblico, con l'intento di avviare un percorso di miglioramento ed incentivare l'efficienza e la produttività complessiva del sistema.

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è costituita.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010. Nel Piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. Il Piano definisce inoltre gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2014-2016, con pianificazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

La funzione di governo di un'Azienda si identifica nell'attività diretta a garantire la coerenza e l'equilibrio tra i risultati raggiunti e le risorse utilizzate, in modo che l'utilità prodotta sia sempre superiore al sacrificio sostenuto dalla società, per il consumo delle risorse.

Governare un'azienda significa incidere sulla quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'azienda opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento. Le aziende del servizio sanitario, per loro natura, sono assimilate a sistemi ultra-complessi, stante l'impossibilità di ricostruire tutti gli elementi o tutte le relazioni che sottendono al loro funzionamento. I fattori di complessità sono sostanzialmente riconducibili all'interdipendenza dei processi, che implica un forte bisogno di integrazione e coordinamento in funzione della pluralità dei bisogni da soddisfare in una visione unitaria, nonché alla diversità dei prodotti e dei servizi da gestire.

Il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'Azienda alla luce delle sue specificità istituzionali. Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell'Azienda, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell'Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting. Rappresenta uno degli strumenti per migliorare la propria efficienza nell'utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione. Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate trova espressione a cadenza annuale nel budget.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 ed in conformità con le linee guida fornite dalla stessa ANAC alle Amministrazioni destinatarie del suddetto decreto.

- Il presente Piano della Performance ha una valenza triennale per gli anni 2014-2016 e si pone lo scopo di:
- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare nonché i risultati conseguiti;
  - valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
  - integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;
  - porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Le logiche di pianificazione che qualificano il presente Piano, elaborato a partire dai primi mesi dell'anno 2014, sono state concretamente applicate nella programmazione degli obiettivi di budget per lo stesso anno. Anche le metodologie valutative da esso previste sono state applicate ai fini della verifica del raggiungimento dei risultati per il medesimo anno.

Il presente aggiornamento del Piano contiene lo stato di realizzazione degli interventi avviati nel corso dell'anno 2014 che hanno trovato sviluppo nella programmazione del 2015.

## 2. COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza e l'Integrità sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

## 3. L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI: CHI E' E COSA FA

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero, per prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza. In particolare persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento d'Area Vasta, regionale e nazionale. Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni d'assistenza, didattica e ricerca, costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Toscana nonché del Sistema Universitario.

L'Azienda persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione e favorisce l'innovazione in ambito organizzativo e clinico-assistenziale, anche mediante l'introduzione di tecnologie all'avanguardia per la diagnosi, la cura e la ricerca traslazionale.

### 3.1. VISIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda, coerentemente con gli atti di programmazione regionale, individua l'Area Vasta quale dimensione di riferimento delle proprie attività.

L'agire dell'Azienda è comunque caratterizzato dalla partecipazione ad un più ampio ventaglio di reti e relazioni che valorizzano alcune sue peculiarità quali:

- la capacità di erogare prestazioni di alta ed altissima complessità, ponendosi come riferimento per un livello più ampio rispetto all'Area Vasta. Il livello regionale e quello nazionale, anche attraverso il riconoscimento e l'attività dei Centri di Riferimento in essa presenti, costituiscono gli ambiti di relazione più idonei a sviluppare questa sua funzione;
- l'essere nodo strategico dell'offerta ospedaliera, promuovendo e favorendo la partecipazione a reti di patologia, funzionali anche allo sviluppo della continuità ospedale-territorio, coerentemente con i principi della programmazione di Area Vasta e Regionale;
- la capacità di integrare l'attività assistenziale con la ricerca e la didattica, favorendo e promuovendo la partecipazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti a network, nazionali e internazionali, di ricerca ed innovazione;
- l'esistenza, al suo interno, di Centri di Ricerca ed Innovazione che costituiscono le articolazioni organizzative nelle quali trovano concretezza la vocazione traslazionale della ricerca biomedica e lo sviluppo della tecnologia innovativa e prototipale;
- lo sviluppo di capacità organizzative necessarie a erogare prestazioni assistenziali di qualità, sostenibili, responsabili e centrate sui bisogni della persona, anche mediante standard organizzativi definiti secondo il modello di Clinical Governance;

- la capacità di percepire il cambiamento e, conseguentemente, attivare le più opportune strategie e sinergie pubbliche e private per trasformare ed innovare i processi;
- la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, ricercando la massima collaborazione e integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali;
- la capacità di porsi come polo di attrazione regionale ed extraregionale per quanto riguarda la costituzione e la gestione del trauma maggiore, avviando la costituzione di un Centro Traumi di Alta Specializzazione (Trauma Center).

### 3.2. MISSIONE ISTITUZIONALE

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita questa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche.

Al raggiungimento di tale obiettivo contribuiscono tutte le competenze scientifiche e cliniche dei Dipartimenti universitari dell'area biomedica e quelle del Servizio Sanitario nonché le attività didattiche coordinate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana.

L'Azienda concorre, con la sua azione, alla realizzazione della missione del S.S.R. e contribuisce al suo sviluppo. Essa individua come elementi costitutivi la propria missione istituzionale, i seguenti principi:

- perseguire l'innovazione in sanità, quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o la modificazione di quelli già esistenti, in grado di garantire un'appropriatezza risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini;
- promuovere soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di Project Management;
- affermare la ricerca, sia essa di base sia essa applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- sostenere l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso;
- garantire lo sviluppo di attività finalizzate allo studio della biodiversità e per la ricerca in campo farmaceutico;
- implementare modelli organizzativi in grado di affermare i principi della medicina personalizzata, quale modalità terapeutica innovativa che renda possibile, anche attraverso l'analisi farmacogenomica, la personalizzazione della strategia terapeutica;
- potenziare la medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere;
- dare risposta appropriata, nel percorso assistenziale, al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi della Scuola di Scienze della Salute Umana e dei relativi Dipartimenti universitari e sviluppare adeguati percorsi formativi costruiti sulla centralità del soggetto in formazione;
- sviluppare e valorizzare l'offerta formativa con particolare riguardo al programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.);
- ricercare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- operare in un'ottica di percorso, attraverso la partecipazione alle reti di Area Metropolitana, di Area Vasta e Regionali, ponendosi come riferimento per le diverse reti di patologia che emergono dal contesto di riferimento;
- perseguire, nel modo più efficace, l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza e al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;

- dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali attivando anche percorsi sperimentali col mondo dei media;
- diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'azienda;
- promuovere, come momento essenziale della programmazione aziendale, il confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del S.S.R. e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato;
- garantire il raggiungimento e mantenimento di standard organizzativi e professionali promossi da società scientifiche, norme e leggi in materia di qualità e sicurezza delle cure;
- orientare il sistema di governo aziendale al miglioramento continuo dei servizi offerti agli utenti favorendo la loro piena soddisfazione nell'ambito dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.

### 3.3. IL CONTESTO ESTERNO

La programmazione aziendale si colloca all'interno di un quadro normativo e finanziario che ha prodotto nell'ultimo triennio pesanti riduzioni delle risorse complessivamente destinate al settore sanitario, sia a livello nazionale sia a livello regionale e delle singole Aziende sanitarie.

Nonostante la scarsità delle risorse finanziarie, il Servizio Sanitario Toscano è riuscito a mantenere livelli di servizio eccellenti, come dimostrano le verifiche effettuate dal Ministero della Salute in relazione all'adempimento di indicatori di performance nei vari livelli di assistenza.

In tale contesto, l'Azienda rafforzerà l'azione - già in essere da alcuni anni - di razionalizzare gli assetti organizzativi e produttivi, al fine di accrescere l'efficienza, salvaguardando l'efficacia e la qualità complessiva dei servizi erogati.

Infatti, a fronte di risorse sempre più limitate, la capacità di rispondere adeguatamente ad una domanda sanitaria in continua modificazione (in presenza di fenomeni quali la tendenziale diminuzione della mortalità, l'aumento delle malattie croniche gravi e dell'intensità delle cure in acuto con patologie complesse ad alto assorbimento di risorse) e di assicurare il necessario adeguamento delle tecnologie elettro-bio-medicali, impone la ricerca continua dell'efficienza gestionale, ovvero dell'ottimizzazione dei risultati in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza dei servizi.

Le linee strategiche aziendali sono prioritariamente derivate dalle disposizioni regionali che hanno indicato obiettivi di salute e di funzionamento miranti sia a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e di ottimizzazione del governo clinico, sia a produrre una razionalizzazione dei costi di produzione (DGRT n. 754/2012 e n. 1235/2012), nonché dall'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi annuali e triennali ai fini della valutazione delle attività, la cui verifica compete alla Regione in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della scuola superiore Sant'Anna.

Principali disposizioni nazionali e regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento:

- D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- D.L.vo n. 517 del 21/12/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Legge regionale del 24 febbraio 2005, n.40 che disciplina il servizio sanitario della Toscana e ss.mm.ii.;
- Piano Socio-Sanitario Regionale 2008-2010;
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Delibera Giunta Regionale 1235/2012 "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale";

- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015;
- Patto per la Salute 2014 – 2016 tra Stato e Regioni;
- Il “Protocollo d’Intesa Regione Toscana – Università” approvato con DGRT n. 481/2005 in applicazione del PSR 2005/2007 e confermato dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015 (allegato 10.5).

### 3.4. IL CONTESTO INTERNO

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi armonizza gli interventi necessari ai fini del contenimento dei costi con una visione strategica di medio-lungo periodo.

Assicurando altissima qualità all’assistenza di base e sviluppando aree di eccellenza, l’Azienda, oltre a caratterizzarsi come polo di attrazione nazionale ed internazionale, svolge anche un ruolo importante come nodo di Area Metropolitana e Area Vasta, nell’ambito delle “reti” che definiscono l’offerta ospedaliera regionale. Lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione più intrinsecamente innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca di base e applicata che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l’Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali e internazionali.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi ha inoltre le potenzialità per diventare un grande “ospedale di apprendimento”, dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità e interdisciplinarietà attraverso l’introduzione di nuove tecnologie e nuovi metodi di training.

Questi elementi guidano le scelte strategiche dell’Azienda nel proporsi come punto di riferimento nazionale e internazionale quale ospedale di secondo e terzo livello e come esempio di best-practice sia nell’ambito clinico, sia organizzativo.

Con questa visione strategica di medio e lungo periodo, l’Azienda ha avviato un processo di rinnovamento che investe, oltre alle sue tecnologie, anche le sue strutture.

La revisione dell’assetto organizzativo operata con il Nuovo Atto Aziendale (delibera D.G. n. 547/2014 e s.m.i.) ha comportato – oltre che una semplificazione dell’organigramma - la ridefinizione di un modello produttivo non solo in grado di governare funzionalmente i percorsi operativi aziendali, ma anche capace di strategia e di globalità, per:

- favorire lo sviluppo dell’innovazione
- promuovere lo sviluppo dell’eccellenza
- sviluppare la ricerca come elemento coesistente alla crescita della qualità dell’assistenza erogata ai cittadini e come valore per il progresso del benessere nella società
- consolidare l’integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.
- contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi.
- sviluppare soluzioni organizzative secondo la metodologia del project management.

### 3.5. L’AZIENDA IN CIFRE

L’AZIENDA IN CIFRE	ANNO 2014	Dati provvisori gennaio- novembre 2015
RICOVERI ORDINARI	55.463	48.934
DH	16.311	13.216
GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	356.576	308.422
ACCESSI DH	56.893	44.664
PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ ESTERNI	4.305.262	4.017.720
PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI	5.124.004	3.745.073
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	136.445	117.542
POSTI LETTO (al netto dei letti tecnici)	1.366	1.297
PERSONALE DIPENDENTE OSPEDALIERO	5.444	5.375
PERSONALE UNIVERSITARIO ED ALTRO PERSONALE	390	384

#### 4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

*Il Ciclo di gestione della performance* è il processo aziendale composto, in estrema sintesi, dalle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti (*Piano della performance*)
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (*Monitoraggio infrannuale della performance*)
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (*Valutazione performance organizzativa*) che dei singoli professionisti (*Valutazione performance individuale*) e correlata distribuzione degli incentivi.



##### 4.1. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE E IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Il **Sistema di valutazione** delle performance del personale adottato dall'AOU Careggi si ispira ed osserva i principi ed i valori di trasparenza, equità, informazione e partecipazione, giusta considerazione del legame tra la valutazione individuale ed il risultato della struttura in cui opera il soggetto, coerenza del sistema di valutazione con gli obiettivi di insieme.

Il Sistema si articola in aree di valutazione distintamente connotate dalle seguenti dimensioni:

- Performance della struttura organizzativa
- Obiettivi individuali o di équipe
- Comportamenti
- Competenze
- Capacità di valorizzare l'ambiente ed i collaboratori

Il Ciclo di gestione della performance si compone delle fasi di **programmazione**, **monitoraggio** (intermedio durante l'anno) e **verifica finale**.

La **fase di programmazione** prende avvio con la programmazione sanitaria regionale, le linee guida emanate dalla Regione Toscana per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie, le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende (obiettivi MES).

La Direzione aziendale definisce quindi le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono declinate, tramite il processo di budget, in obiettivi operativi (e relativi indicatori e valori attesi). Si procede quindi alla fase di negoziazione con i direttori di struttura delle schede di budget e degli obiettivi che devono essere raggiunti dalle strutture stesse, con relativi indicatori e valori attesi, fase che si conclude con la sottoscrizione delle schede di budget da parte dei direttori di struttura.

Ad esito della negoziazione di budget sono definiti gli obiettivi individuali e/o di équipe, strettamente legati a quelli delle strutture. Essi, congiuntamente ai comportamenti organizzativi ed alle competenze espresse, sono assegnati ai singoli operatori tramite apposita scheda. Qualora necessario, sono perfezionati in sede di verifica intermedia.

Durante l'anno avviene la misurazione della performance attraverso il monitoraggio dell'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi evidenziando eventuali scostamenti ed individuando eventualmente azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno; è questa la fase di **monitoraggio infrannuale**.

L'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi, ancorché parziale, è svolta al fine di evidenziare le possibili cause che hanno determinato eventuali scostamenti; nel caso in cui le cause siano interne si porrà la necessità di intraprendere azioni correttive; se invece sono esterne, non governabili dal direttore di struttura, nascerà la necessità di rinegoziare gli obiettivi stessi.

A fine anno si avvia infine il processo di **valutazione della performance** organizzativa aziendale nel suo complesso, a livello di singola struttura (verifica budget) ed individuale (valutazione individuale). Ai risultati finali di valutazione delle performance è collegato l'utilizzo del sistema premiante.

La **valutazione della performance organizzativa dell'azienda** è effettuata dal MES (Laboratorio management e sanità) che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati, secondo il modello di balance scorecard, in cinque dimensioni: capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, valutazione sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa.

All'inizio dell'anno viene definito per ciascuna azienda un valore atteso per ciascun indicatore del bersaglio che deve durante l'anno migliorare la propria performance rispetto all'anno precedente avvicinandosi al valore medio regionale.

Per la valutazione finale delle performance il MES elabora il valore dei diversi indicatori posizionandoli in 5 fasce: performance ottima (fascia verde scura del bersaglio), performance buona (fascia verde chiaro), performance media (fascia gialla), performance da migliorare (fascia arancione e rossa).

L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri indicatori collocati nelle fasce centrali verdi del bersaglio; se gli indicatori compaiono invece nelle fasce più lontane dal centro (gialle, arancioni, rosse) ci sono ampi margini di miglioramento.

La **valutazione della performance organizzativa delle singole strutture** è effettuata dalle strutture dello Staff della Direzione e dall'OIV. L'UO Controllo di Gestione sulla base dei dati consolidati, calcola il valore degli indicatori presenti nelle schede di budget e, confrontandolo con il valore atteso, determina il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo.

Ad ogni indicatore è associato un range che prevede, a seconda dello scostamento dal valore atteso, una percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Gli obiettivi possono essere quindi pienamente raggiunti (100%-75%), mediamente raggiunti (75%-50%), scarsamente raggiunti (50%-25%), non raggiunti (25%-0%).

In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti i pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle strutture e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento massimo finale di ciascuna struttura è pari al 100%.

Una volta elaborata, la scheda di verifica viene illustrata/inviata a ciascun direttore di struttura che può, se lo ritiene opportuno, inviare con relazione scritta eventuali osservazioni/ controdeduzioni sul mancato o parziale raggiungimento di alcuni obiettivi.

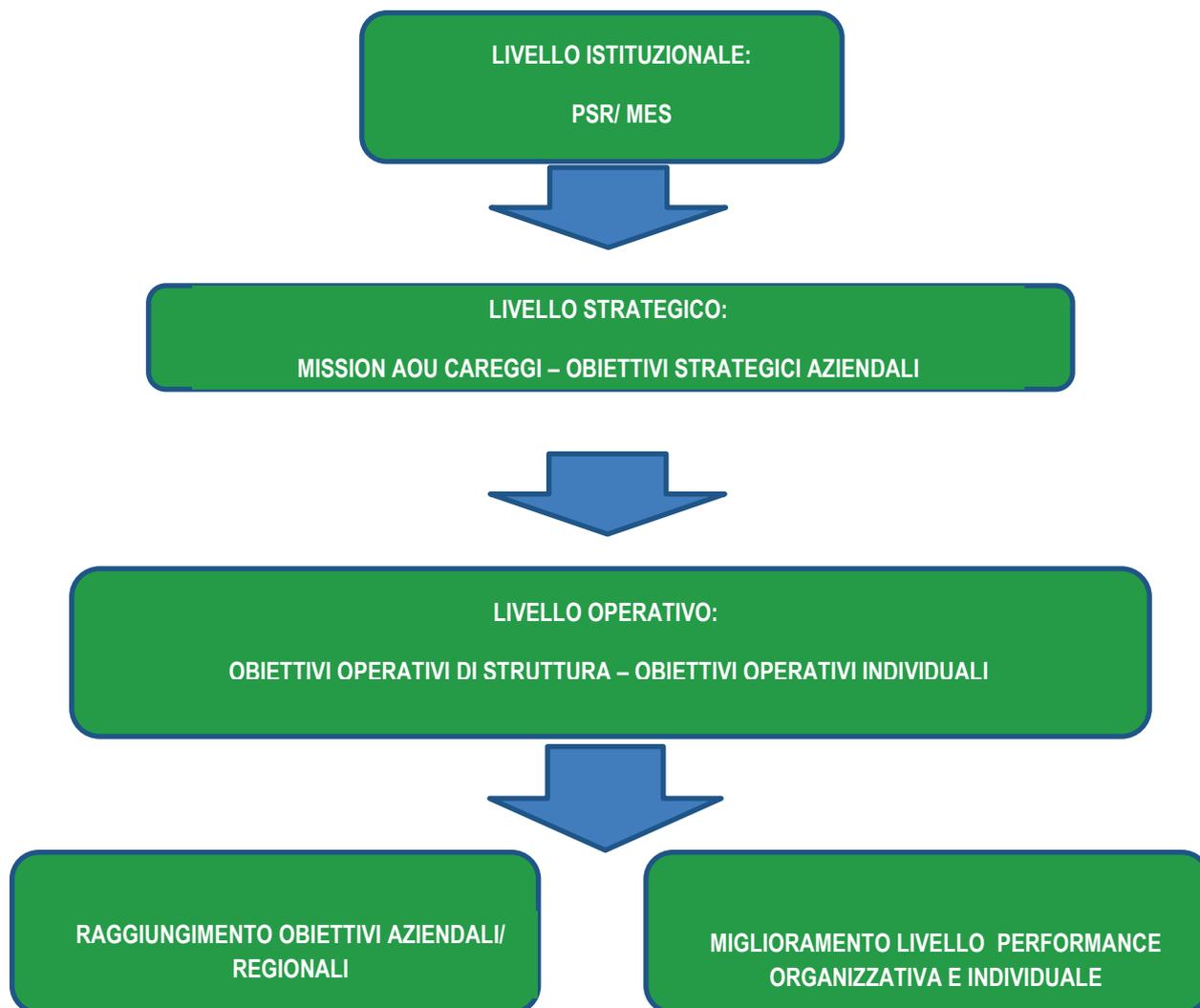
Una volta acquisite tali osservazioni e, se accolte, rettificato il grado di raggiungimento degli obiettivi interessati, le schede di verifica vengono trasmesse ed illustrate all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che procede alla valutazione finale e validazione complessiva. Tali schede verranno quindi sottoscritte da ciascun direttore di struttura.

In estrema sintesi si riporta il **timing del ciclo di gestione della performance**:

TEMPO	FASE	AZIONE
SETTEMBRE- OTTOBRE	DEFINIZIONE LINEE DI INDIRIZZO	VALUTAZIONE DELL'ANDAMENTO AZIENDALE; ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO; PREDISPOSIZIONE DELLE LINEE STRATEGICHE DI INDIRIZZO AZIENDALI
SETTEMBRE- OTTOBRE	ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI SCHEDE DI BUDGET	ELABORAZIONE DELLA REPORTISTICA E DELLE SCHEDE DI BUDGET
SETTEMBRE- OTTOBRE	STIMA EFFETTI ECONOMICI DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET E REDAZIONE BILANCIO PREVENTIVO	STIMA MAGGIORI/MINORI COSTI/RICAVI E REDAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO
OTTOBRE- DICEMBRE	NEGOZIAZIONE OBIETTIVI BUDGET	EFFETTUAZIONE INCONTRI DI NEGOZIAZIONE CON DIRETTORI DAI E SOD/UE CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI BUDGET
GENNAIO- MARZO	ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI	ELABORAZIONE E SOTTOSCRIZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE
GENNAIO- DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE	ELABORAZIONE REPORTISTICA ED ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI MONITORAGGIO
		INCONTRI CON DIRETTORI DAI E SOD/UE
FEBBRAIO- APRILE	VERIFICA FINALE BUDGET	CALCOLO VALORE INDICATORI E ANALISI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI VERIFICA FINALE
		PRESENTAZIONE/INVIO SCHEDE DI VERIFICA FINALE AI DIRETTORI SOD/UE
		VALUTAZIONE E APPROVAZIONE OIV
FEBBRAIO- APRILE	VALUTAZIONE INDIVIDUALE	MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE
GIUGNO	EROGAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO	EROGAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO SULLA BASE DEI RISULTATI CONSEGUITI DERIVANTI DALLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ED INDIVIDUALE

## 5. L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

**L'albero della performance** rappresenta i legami tra la programmazione regionale, la missione aziendale, gli obiettivi strategici ed operativi. Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano ai vari livelli organizzativi al raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali nonché al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale (dove per performance organizzativa si intende il livello di performance ottenuto dalle singole strutture, per performance individuale il livello di performance ottenuto dai singoli professionisti).



## 6. LA COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

Nell'anno 2014 è stata condivisa con l'Assessorato Regionale l'attivazione di una sperimentazione orientata alla realizzazione di un Bilancio Preventivo Gestionale costruito a partire da un livello di risorse coerente con i vincoli di sostenibilità del sistema, ma anche con il reale assorbimento necessario all'Azienda, una volta attivate tutta una serie di importanti azioni di governo. L'ammontare delle risorse rappresentate nel Bilancio Preventivo Gestionale veniva formalmente ripartito in due quote: una, che rappresenta le risorse garantite già dalla fase di predisposizione del Bilancio Preventivo e pertanto assegnate all'Azienda; l'altra che rappresenta la quota di risorse concordata con la Regione ma non ancora formalmente assegnata.

Il modello sperimentato nel 2014 prevedeva dunque:

- un Bilancio Preventivo Autorizzativo, contenente le sole risorse già assegnate in fase iniziale ed il solo livello di costi ritenuto incomprimibile. Tale Bilancio Autorizzativo rappresentava, infatti, il risultato che si sarebbe potuto raggiungere, con azioni a forte impatto se realizzate in un arco temporale di un solo anno, nell'ipotesi improbabile che la Regione non riuscisse a garantire l'ulteriore livello contributivo non assegnato ma concordato in quanto ritenuto sostenibile,

- la redazione di un Bilancio Integrativo, che mostrava il livello ulteriore di risorse effettivamente messo a disposizione e la corrispettiva distribuzione di tali risorse sulle voci di costo correlate.

In tal modo si arrivava a rappresentare anche un Bilancio Preventivo Gestionale ossia la visione complessiva e completa della Previsione economica per l'anno 2014, alla luce delle risorse previste e dei fenomeni gestionali programmati sia sul fronte della produzione che dei costi.

Per il corrente anno 2015 la Regione non ha inteso replicare tale modello sperimentale, anche in considerazione della consistente riduzione di risorse economiche prevista dalla Legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015). Si torna quindi al sistema preesistente, per il quale valgono le considerazioni introduttive alla Relazione sul Bilancio dello scorso esercizio.

In particolare, la parziale assegnazione di risorse (cfr. deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 575 del 27/04/2015 concernente la nuova assegnazione del Fondo Sanitario Indistinto) associata all'esigenza di produrre una rappresentazione della previsione economica in assoluto equilibrio, porta alla costruzione di un Bilancio Preventivo contenuto sul fronte dei costi, in correlazione con la ridotta assegnazione ricevuta.

Questo comporta, di fatto, che ad una rappresentazione parziale delle risorse assegnate, corrisponde spesso una rappresentazione, altrettanto parziale, dei costi che l'Azienda verosimilmente sosterrà nell'anno successivo.

## 7. OBIETTIVI STRATEGICI

### 7.1. AZIONI DI SISTEMA

#### ATTO AZIENDALE ED ORGANIZZAZIONE

Il 2014 ha visto l'approvazione del nuovo Atto aziendale, al cui interno vengono declinati i principi posti alla base della vision di Careggi e della sua conseguente mission.

Il documento ha permesso di ridefinire in maniera profonda l'assetto organizzativo dell'Azienda che poggia le sue fondamenta sui seguenti 8 Dipartimenti ad Attività integrata (DAI):

- DAI CARDIOTORACOVASCOLARE
- DAI DEA
- DAI MATERNO INFANTILE
- DAI NEUROMUSCOLOSCELETRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO
- DAI MEDICO GERIATRICO
- DAI ONCOLOGICO
- DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- DAI SERVIZI

L'Atto ha inoltre introdotto il Dipartimento delle Professioni sanitarie.

A supporto delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca garantite dai Dipartimenti clinici, sono state individuate l'Area funzionale Amministrativa e l'Area Tecnica.

La Direzione garantisce le funzioni strategiche di innovazione, sviluppo controllo e monitoraggio attraverso la tecnostruttura dello Staff della Direzione Aziendale.

In questo contesto rappresentano elementi di novità organizzativa e progettuale i neo costituiti Centri di Innovazione e Ricerca, quali articolazioni aziendali nelle quali trovano espressione compiuta la vocazione traslazionale della ricerca biomedica e dello sviluppo della tecnologia innovativa e prototipale. Essi sono posti alla base di una precisa scelta strategica della Direzione aziendale che ha ritenuto imprescindibile lo sviluppo di alcuni filoni di attività a supporto di un sistema che, anche a fronte di una oramai cronica contrazione delle risorse, mantiene viva la necessità "culturale" di elaborare soluzioni finalizzate ad assicurare e mantenere l'efficienza ed efficacia del sistema salute. Nel corso del 2015 saranno pertanto implementate ed ulteriormente valorizzate le funzioni garantite dai Centri di Innovazione e Ricerca ad oggi costituiti:

- Centro Innovazione e ricerca in robotica e formazione in simulazione (CIFOS)

- Centro Innovazione e ricerca in biotecnologie e bioingegneria nella terapia rigenerativa, riparativa e clinica (BIOTERIC INSIDE)
- Centro Innovazione e ricerca in medicina di genere (CISMEG)
- Centro Assistenza, Innovazione e ricerca lesioni midollari (CELEM)
- Centro Innovazione e ricerca per le malattie mieloproliferative (CRIMM)

#### **ATTIVAZIONE DI UNA FUNZIONE DI DIREZIONE OPERATIVA**

E' prevista, all'interno del nuovo Atto aziendale, una Direzione Operativa, a diretta afferenza e supporto strategico della Direzione Aziendale, con compiti di governo, programmazione e monitoraggio delle risorse strumentali all'attività assistenziale svolta dai Dipartimenti.

La Direzione Operativa, quale espressione di attività direzionali, assumerà, nel corso del 2015, la responsabilità della corretta allocazione delle risorse infrastrutturali e logistiche necessarie alle attività clinico-assistenziali svolte dai Dipartimenti ed il monitoraggio costante del loro utilizzo in maniera efficiente e appropriata. La struttura opera in integrazione ed in collaborazione con i Dipartimenti, le ADO e le SOD, a cui vengono assegnate funzionalmente le risorse, e con le strutture del Dipartimento delle professioni sanitarie deputate alla gestione organizzativa delle risorse di volta in volta assegnate in base alla pianificazione della Direzione Operativa.

La struttura prevede specifiche modalità di integrazione operativa e programmatoria con il DAI servizi e il Dipartimento delle Professioni Sanitarie quali soggetti fornitori di risorse.

#### **PERSONALE**

Le politiche del personale per l'anno 2014 sono state orientate al perseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa nel limite dell'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento, fissato dalla R.T con la legge finanziaria regionale (L.R.T. n. 77 del 24 dicembre 2013), a fronte della riduzione delle risorse complessivamente destinate al finanziamento del SSN (Legge di stabilità 2014, L. n. 147 del 27 dicembre 2013).

Con l'approvazione del piano assunzioni 2014 e tendenziale triennale, l'Azienda ha programmato il proprio fabbisogno in modo da contemperare l'esigenza di garantire la regolare erogazione dei L.E.A. con la necessità di assicurare la coerenza con gli obiettivi economico – finanziari assegnati dalla Giunta Regionale.

Nel corso del 2014 è stato sviluppato un processo di revisione del sistema dell'offerta e dei modelli clinico -assistenziali correlati, pervenendo ad una ridefinizione delle politiche di acquisizione delle risorse umane tale da renderle funzionali e coerenti col nuovo assetto e la nuova mission aziendale, mediante una rimodulazione interna diretta a migliorare l'efficienza produttiva in alcune aree e lo sviluppo di altre definite "di eccellenza".

Le aree assistenziali sulle quali si è intervenuti sono: l'area cardiocirurgica con l'apertura di una terza sala e le aree di chirurgia oncologica e toracica, tutte sviluppate interamente sul 2014, e le aree ginecologica ed oculistica, avviate alla fine del 2014 e che vedranno il massimo sviluppo nel corso del 2015; l'area dell'emergenza urgenza con l'istituzione di un pronto soccorso unico. Peraltro non ancora completato (il processo complessivo sarà terminato a fine 2016).

E' evidente che in tali aree è stato necessario immettere personale dedicato all'assistenza, a cominciare dalle direzioni delle strutture complesse. Infatti, nel corso del 2014 sono state portate a termine le procedure di selezione per il conferimento della direzione delle SOD vacanti di: Chirurgia Generale e oncologica ad indirizzo robotico, Chirurgia Toracica, Ostetricia e ginecologia ed Oculistica, in esito alle quali sono stati assunti i relativi Direttori.

Il completamento delle procedure selettive avviate nel 2014 per la copertura delle direzioni vacanti delle SOD di rilievo strategico per l'AOUC, anche in relazione al nuovo assetto aziendale delineato nell'Atto aziendale, sarà un obiettivo primario del 2015; in particolare, saranno concluse e attribuite le direzioni di: Fisiologia clinica cardiovascolare, Pneumologia interventistica, Interventistica neurovascolare, Diabetologia e Malattie emorragiche e Traumatologia Maxillo-facciale.

Durante il 2014, per consentire l'implementazione e l'avvio delle aree sopra indicate, senza incrementare complessivamente le dotazioni organiche presenti, sono state messe in atto manovre sul personale – comparto e dirigenza – che hanno consentito una più ottimale redistribuzione delle unità già in servizio e una limitatissima sostituzione del turn over.

Infatti, la dotazione organica del personale al 31.12.2014 è di -30 unità rispetto a quella presente al 31.12.2013 con un incremento occupazionale riferibile esclusivamente agli OSS (+ 22 unità); mentre nella componente infermieristica si registra un decremento di -25 unità, così come previsto in sede di programmazione per il 2014.

Analogamente, per tutte le altre aree si è registrata una sostanziale e generale riduzione. Più nel dettaglio, l'area medica (- 2), sanitaria (-2), della dirigenza tecnica, professionale e amministrativa (-2), personale comparto ruolo tecnico (-14) e amministrativo (-7), personale sanitario tecnico di laboratorio (-2) e radiologia (-4).

Per l'anno 2015 e – tendenzialmente per il triennio 2015-2017 - si confermano sostanzialmente le linee guida per il bilancio di previsione 2014; la programmazione delle risorse umane dovrà tenere conto dei minori finanziamenti al SSN conseguenti alla Legge di Stabilità 2015 (legge n.190 del 23.12.2014), nonché di quanto stabilito dalla Regione Toscana con L.R.T. n.86 del 29.12.2014. Pertanto, l'azienda dovrà procedere per il 2015 all'adozione di misure di contenimento della spesa per il personale idonee a garantire che la spesa stessa non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

Con la precisazione che, in tale limite, sono da ricomprendersi non soltanto le spese per il personale con rapporto di lavoro subordinato, bensì anche quelle riferite ai rapporti di lavoro a tempo determinato, nonché quelle del personale che presta servizio con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, fatte salve le spese relative alle assunzioni a tempo determinato o ai contratti di collaborazioni coordinate e continuative per l'attuazione dei progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D.Lgs n.502/92 (L.R.n.86/2014 art.41). In tale area si prevede per il 2015 un sostanziale aumento dei contratti di collaborazione per progetti di ricerca ministeriale, già incrementato nel corso del 2014 (n.17) che comunque, ai sensi della Legge finanziaria indicata, non graveranno sul bilancio aziendale.

Le normative sopra citate imporranno l'adozione di manovre dirette non soltanto alla revisione delle consistenze organiche, ma anche ad una ottimale e più efficiente utilizzazione delle risorse umane già presenti.

E' di tutta evidenza, infatti che lo sviluppo delle attività nelle aree di eccellenza ha costituito il presupposto per azioni strategiche dirette anche ad un processo di riorganizzazione complessiva del sistema con la previsione di nuovi modelli organizzativo -gestionali in grado di assicurare livelli adeguati di appropriatezza dei setting assistenziali e di efficienza operativa.

Le risorse umane impiegate - da un lato – dovranno essere rideterminate da un punto di vista quali -quantitativo in funzione delle aree previste di sviluppo dell'offerta e - dall'altro - in relazione all'accrescimento della propria efficienza e della realizzazione della migliore utilizzazione delle stesse.

Un aspetto di fondamentale importanza sarà rappresentato da una coerente rilettura della tipologia del personale necessario all'Azienda per assicurare i livelli di risposta attesi che consentirà di prevedere dotazioni organiche coerenti con la mission aziendale.

L'azienda garantirà, nell'ambito del triennio 2015 -2017, il ricorso a tutte le azioni necessarie al fine di razionalizzare i costi delle assunzioni per mantenere sotto controllo la spesa. Più in particolare manovrando sul turn over, che verrà sostituito soltanto in misura ridottissima e limitatamente nelle aree di maggiore interesse progettuale per l'azienda. Nella stessa ottica, anche il governo delle assenze dovrà essere condotto in maniera rigorosa, cercando di contemperare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza con il rispetto dei vincoli finanziari.

In sostanza, le manovre sul personale saranno dirette al raggiungimento di una complessiva ulteriore riduzione degli organici, sia nell'area del comparto sia della dirigenza. Le limitate assunzioni saranno comunque orientate a garantire l'incremento delle attività cliniche innovative sopra descritte.

In questa ottica, l'attivazione presso il Padiglione Nuovo S.Luca dell'area degenza dedicata al ricovero in regime di libera professione, nell'ambito del piano di rientro in azienda delle attività libero professionali intramoenia rese presso strutture private convenzionate, quale progetto strategico prioritario, renderà indispensabile un incremento di oss, a fronte del quale tuttavia è

previsto un ulteriore decremento della componente infermieristica, attraverso una rimodulazione degli assetti gestionali nelle degenze chirurgiche presenti nel Padiglione Cliniche Chirurgiche. Per tale profilo la sostituzione del turn over sarà realizzata esclusivamente nell'area dell'Alta Intensità.

L'Azienda consoliderà l'adozione degli strumenti per il contenimento del costo del lavoro, avvalendosi di tutte le misure volte al recupero dell'efficienza, efficacia ed economicità della Pubblica Amministrazione, fra cui quello del cd. Prepensionamento contenuto nella legge n.135/2012, cd. Spending Review e della risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro (Legge n.114 dell'11.08.2014) c.d. Renzi-Madia.

E' evidente che un elemento importante di cui tenere conto in sede di programmazione è quello relativo alla previsione delle cessazioni. L'avvenuta riforma previdenziale ha inciso profondamente sul numero dei dipendenti aventi i requisiti per essere collocati a riposo, spostando in avanti la data di uscita. In un'ottica che vede impegnate le aziende ad avvalersi di tutti gli strumenti a disposizione per creare economie, questa azienda ha impostato alla fine del 2014 una serie di adempimenti preliminari all'utilizzo di tale istituto, che hanno evidenziato n.124 unità esodabili nel corso del 2015 e ulteriori n.78 per il 2016. Tuttavia tale operazione – che comunque, dispiegherebbe i suoi maggiori effetti nell'anno 2016 – non può essere estranea ad una logica di rete e di sistema, da condividere in sede regionale o quanto meno in area metropolitana.

Al fine di avviare il nuovo modello organizzativo in esso previsto, si è reso necessario procedere rapidamente alla valutazione degli incarichi di Direzione dei Dipartimenti, delle SOD complesse e dei responsabili di ADO. L'attività di valutazione di fine incarico, di I e di II istanza, è stata iniziata nella seconda metà del 2014 e si concluderà presumibilmente nel primo trimestre del 2015. Tale valutazione, che costituisce il presupposto necessario per la conferma dell'incarico di direzione delle strutture previste nel nuovo assetto organizzativo aziendale, era propedeutica alla conseguente sottoscrizione del contratto di incarico.

Relativamente ai Direttori sottoposti a valutazione positiva si è pertanto proceduto a dare avvio al processo di contrattualizzazione degli incarichi di direzione delle strutture complesse, sia per la componente ospedaliera e, per la prima volta, anche per quella universitaria. I nuovi contratti sono stati redatti con l'introduzione delle recenti norme in materia di trasparenza ed anticorruzione nonché sulla sicurezza e prevenzione in AOUC.

Tale processo proseguirà con le valutazioni dei responsabili di struttura semplice e dei dirigenti con incarichi di natura professionale, in modo da giungere alla stipula di un contratto di incarico per ciascun dirigente.

Per quanto concerne l'area del comparto, sempre nell'ottica di dare attuazione all'assetto organizzativo previsto dal nuovo Atto Aziendale, nel corso del 2014 si è dato avvio alle procedure selettive per l'attribuzione delle posizioni organizzative di Responsabile del supporto tecnico amministrativo di Dipartimento ad attività integrata, con la conseguente sottoscrizione dei relativi contratti di incarico. Nel 2015 verranno espletate le selezioni per l'attribuzione di tutti i restanti incarichi di posizione organizzativa, sia in area sanitaria sia tecnica e amministrativa, con la stipula dei relativi contratti.

#### **LIBERA PROFESSIONE**

Nel corso del 2014 è stata avviata la fase finale dell'operazione di rientro di tutta l'attività libero professionale in AOUC, che troverà il previsto completamento nel corso del 2015.

Relativamente all'area ambulatoriale, nel 2015 si completerà il rientro di tutti i professionisti, concentrando tale attività in due poli alla stessa dedicati esclusivamente, presso il Padiglione Vecchia Maternità e presso il CTO.

Relativamente all'attività di ricovero, è stata garantita una dotazione di posti letto ampiamente in grado di soddisfare i volumi di attività (con riferimento ai volumi 2014), nonché una disponibilità di spazi operatori sufficienti a garantire i volumi di interventi chirurgici (sempre con riferimento al dato 2014). Verrà completata la dotazione di tecnologie disponibili ed è già attivata l'organizzazione del personale di supporto per lo svolgimento dei percorsi assistenziali e amministrativi, personale integrato attraverso l'acquisizione di ulteriori risorse con lo strumento del lavoro interinale.

L'attività ambulatoriale rilevata nel corso dei primi mesi del 2015 mostra un incremento nei volumi di fatturato rispetto agli esercizi precedenti, ed è possibile prevederne una ulteriore crescita con il prossimo completamento dell'operazione di rientro e con la disponibilità di tutte le tecnologie necessarie al più completo esercizio di tale attività.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale erogata in regime di ricovero, nel corso del 2014 la stessa aveva mostrato una flessione pari a circa il 15%. L'integrale rientro dei medici e l'ingresso in Azienda di professionisti con elevata capacità di attrazione consentono di prevedere per il corrente anno una inversione di tendenza, in quanto è atteso un incremento anche per tale tipologia di attività.

Per quanto riguarda i costi complessivamente intesi, gli stessi risultano in linea con l'andamento dell'attività e dei ricavi conseguenti alla stessa.

### PIANO INVESTIMENTI

Completate le procedure per l'appalto delle Sale Operatorie e Diagnostiche del DEAS, e dell'Asilo Nido Aziendale, nel 2014 sono stati effettuati numerosi interventi:

- LIBERA PROFESSIONE Sono stati attivati gli ambulatori e le strutture di supporto presso il padiglione n. 9.
- PAVIMENTO PELVICO Unificazione del servizio presso il padiglione n. 9.
- MATERNO INFANTILE Attivazione della Sala dedicata alla Colposcopia presso il padiglione n. 9.
- CARDIOCHIRURGIA – DEAS – pad. 12 Attivazione 3° sala operatoria dedicata. Attivazione di 4 posti di Subintensiva e 4 di Intensiva.
- ONCOLOGIA Attivazione Degenze, degli Ambulatori e D.H. presso Padiglione n. 16
- PRONTO SOCCORSO DEAS Unificazione dei Pronto Soccorso di Oculistica e Otorino presso il padiglione 12 nuovo Pronto Soccorso. Ultimazione attivazione degenze blocco G.
- OCULISTICA Attivazione delle Degenze, Ambulatori, Istituzionale e Libera Professione e delle Sale Operatorie dedicate all'oculistica presso il padiglione 25 "CTO Neuromotorio".
- ORTOPIEDIA Trasferimenti e attivazione Degenze pad. 25 "CTO"
- AMBULATORI CHIRURGICI Trasferimento presso blocco G pad. 12 "DEAS".
- MEDULLOLESI Attivazione DH Medullosesi e Neurourologia presso da. 25 "CTO".
- EMATOLOGIA Attivazione del reparto Leucemie (progetto Luce) presso il padiglione n. 15 "Piastra".
- LABORATORI Trasferimento laboratorio Emofiliaci, Aterotrombotiche presso il padiglione n. 15 "Piastra".
- MEDICINA LEGALE Trasferimento delle Sale Autoptiche presso il padiglione 10 b "Neuro".
- GENETICA Attivazione nuovi laboratori Aziendali e Universitari presso il pad. 27b "cubo3".

Tutti gli interventi, oltre alle necessarie opere strutturali, sono stati corredati di ingenti investimenti in tecnologie sanitarie. Oltre ai succitati interventi sono stati effettuati numerosi interventi inerenti la Sicurezza Antincendio, lo smaltimento amianto, ed è stata avviata definitivamente la Centrale di Cogenerazione.

Per il 2015 vi sono diversi obiettivi atti a proseguire il processo di ammodernamento e razionalizzazione delle strutture, ma si delinea una preoccupante incertezza riferita all'effettiva disponibilità di finanziamenti regionali.

Il piano investimenti prevede l'erogazione anche della seconda tranche del mutuo già autorizzato ma a tutt'oggi non è pervenuta una comunicazione che ne consenta l'effettivo utilizzo.

Il piano comunque evidenzia e distingue gli interventi coperti da quelli che hanno copertura con mutuo e potrà essere oggetto di assetamento relativo alla effettiva disponibilità di finanziamenti.

Oltre alla prosecuzione sugli interventi inerenti l'accreditamento e la sicurezza sono previsti:

- PRONTO SOCCORSO – DEAS Spostamento del pronto soccorso Generale nel nuovo Pronto Soccorso, Stoke Unit, Osservazione, Lavori Dialisi. Prosecuzione lavori appalto Nuovo Blocco Operatorio e Diagnostica.
- 3 FASE CTO Nuove sale operatorie e messa in sicurezza: aggiudicazione appalto.
- RADIOFARMACIA Appalto Lavori rifacimento radioterapia e trasferimento medicina nucleare dal pad. 8a al pad. 15 "Piastra".

- PREOSPEDALIZZAZIONE Attivazione di 3 punti di preospedalizzazione. Uno al piano terra del pad. 25 "CTO", uno presso il pad 14 b" e uno nel padiglione 9 "Materno infantile".
- EMATOLOGIA Spostamento trapianto del midollo al padiglione 15 "Piastra" contiguo al "progetto Luce".
- RADIOTERAPIA Trasferimenti attività degenza verso pad. 13 "DEAS" e pad. 16 "San Luca". Sostituzione 1° acceleratore lineare.
- NEUROLOGIA Trasferimento al pad. 25 "CTO".
- CLINICHE CHIRURGICHE Razionalizzazione percorso Breast Unit. Chiusura terapia intensiva. Razionalizzazione percorsi amministrativi.
- TOSSICOLOGIA Chiusura degenze al pad. 16 "San Luca" e trasferimenti attività.
- MEDICO GERIATRICO Attivazione ambulatori e ridisegno spazi pad. 13 "Clinica Medica"
- DIABETOLOGIA Attivazione ambulatori presso pad. 1 "NIC"
- ASILO NIDO Ultimazione Lavori
- FARMACIA CONTINUITA' Trasferimento attività al piano terra pad 2 "NIC"
- LABORATORI Trasferimento laboratorio Anatomia Patologica, Andrologia e Banca del Seme presso pad. 27b "Cubo3".
- AMBULATORI ORL e Audiologia al 5° piano CTO
- AMBULATORI Chirurgici oculistica 2° piano CTO
- ANATOMIA PATOLOGICA al pad. 27b "Cubo3"
- NUOVA AREA SENOLOGIA per LP Padiglione 9 (ex Maternità) piano -1.

Tutti gli interventi, oltre alle necessarie opere strutturali, saranno corredati di ingenti investimenti in tecnologie sanitarie.

Si prevedono anche interventi di potenziamento della dotazione di tecnologie informatiche.

#### REVISIONE PROCESSI AZIENDALI DI LOGISTICA

Nel 2014 è stata avviata una riorganizzazione del trasporto interno di materiale biologico ed in particolare degli emocomponenti lavorati presso il Centro sangue di AOUC e distribuiti alle varie aree di attività a scopo terapeutico.

La riorganizzazione aveva l'obiettivo di garantire maggiore tracciabilità di tutti i passaggi della catena logistica e maggiore efficienza nel rispetto dei tempi di consegna e dei livelli di servizio in generale.

La scelta è stata quella di affidare il trasporto ad un vettore esterno, già affidatario dello stesso servizio per tutta la regione agli esiti di una procedura di gara specifica, in modo da uniformare le modalità di gestione e le tecnologie ad essa associate tra i trasporti interni e quelli esterni.

Dal mese di ottobre 2014 è stato pertanto avviato il servizio gestito dal vettore esterno. Dal mese di febbraio 2015 sarà anche avviato il sistema di tracciabilità informatico, che sarà sempre unico per tutte le strutture della regione. L'obiettivo del 2015 è quello di estendere la logica del sistema di tracciabilità anche alla gestione della logistica di altri materiali in particolare quelli gestiti dalla Farmacia ospedaliera.

#### ATTUAZIONE POLITICHE SULLA TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità aziendale, prevista nel Piano triennale, è quella di consentire l'emersione dei processi/procedimenti a rischio di corruzione, che devono essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove: si andrà pertanto progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio di corruzione, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione. Per prevenzione della corruzione si è inteso considerare in senso lato tutti i fenomeni di maladministration, che possono presentarsi nei processi di attività aziendali. Per ciascuna area a rischio alto mappata verranno quest'anno valutate le misure di prevenzione già esistenti, proposte quelle nuove, o considerate eventuali necessarie implementazioni, per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, cercando di applicare prioritariamente le misure preventive, che in termini di costi economici ed organizzativi, non superino i benefici attesi.

Nel processo di gestione del rischio sono stati coinvolti tutti i Dirigenti responsabili delle strutture, le posizioni organizzative ed i dipendenti in vario modo interessati ai processi/procedimenti oggetto di analisi (es. Referenti). Per il 2014 si è proceduto in via prioritaria alla mappatura dell'Area Tecnica ed Amministrativa, i cui gradi di rischio risultano evidenziati in allegato al Piano triennale

2015/2017; sarà obiettivo per il 2015 proseguire con la mappatura dei processi/procedimenti delle restanti aree amministrative, per proseguire successivamente ad analizzare i processi inerenti l'area sanitaria e della ricerca. Un elemento importante che sin da qui si vuole evidenziare è l'associazione fra prevenzione del rischio e miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi.

Con provvedimento del Direttore Generale n. 499/2014 è stato adottato il Codice etico e di comportamento aziendale che prevede principi etici e regole comportamentali specifiche, richiamanti ad un approccio concreto, in modo da far comprendere ai dipendenti, con facilità, il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni. Il Codice sarà aggiornato/integrato nel corso di questo anno a seguito delle risultanze relative al primo anno di applicazione.

In relazione all'applicazione dei contenuti del codice, in particolare per quanto concerne la materia dei conflitti di interesse dei professionisti aziendali, verrà strutturato un percorso di valutazione e gestione interna per consentire di ottenere una risposta strutturata alle varie ipotesi considerate. Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione, intercorrente tra un professionista ed altri soggetti, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda, in particolare quando vi sia il rischio che un interesse privato possa condizionare gli atti riguardanti un primario interesse istituzionale.

Per le segnalazioni di illecito/maladministration è stata aggiornata la procedura adottata con provv. n. 185/2014 (provv. del Direttore Generale n. 136/2015), consentendo la segnalazione anche agli utenti esterni che vogliono denunciare episodi di corruzione/maladministration riguardanti gli operatori aziendali, con l'obiettivo di aiutare chi decide di segnalare episodi di corruzione/maladministration nel percorso più sicuro e più appropriato, in quanto la segnalazione dell'utente risulta utile all'Azienda per meglio presidiare i propri percorsi.

Al fine di disegnare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione, verranno realizzate forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura dell'etica pubblica e della legalità, con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi: nel corso del 2015 saranno sviluppati a tal fine strumenti comunicativi semplificati. Anche la prossima Giornata della Trasparenza, avrà come obiettivo principale il coinvolgimento della cittadinanza ed in particolare degli stakeholder interni ed esterni.

L'Azienda ha investito notevoli risorse nella formazione fin dall'inizio, nella convinzione che la corruzione, sia, oltre che un comportamento illegale del singolo, anche indicatore di una cultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione. I dipendenti sono stati accompagnati in questo percorso, consapevoli che non si tratta di un adeguamento passivo dei singoli ad una norma, ma di costruire le condizioni affinché avvenga un reale cambiamento organizzativo a cui tutti possano partecipare attivamente. A questo fine la formazione dedicata alla prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità rientrerà anche per quest'anno fra i capitoli del Piano Formativo Aziendale. Per il 2015 è in fase di programmazione un percorso di formazione in FAD rivolto a tutti i professionisti dell'Azienda.

L'Azienda adotta insieme al Piano 2015/2017 inoltre:

- i criteri generali per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, ivi compreso quello del responsabile del procedimento, operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. L'applicazione di tale criterio si sposerà comunque con quello dell'efficienza e della continuità dell'azione amministrativa, clinica ed assistenziale;
- un Patto di Integrità/Protocollo di Legalità (art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012), quale modello da adattare ai vari contesti specifici aziendali, finalizzato alle attività di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, da far firmare ai soggetti esterni con cui si stipulano contratti/convenzioni/accordi di varia natura.

Il Piano di prevenzione della corruzione ed il Programma della trasparenza devono essere integrati tra loro e con il Piano della Performance, che ne costituisce parte integrante e sostanziale: il Piano triennale viene elaborato pertanto con l'intento di dare attuazione ad un ciclo "integrato", garantendo una coerenza tra gli ambiti comuni sviluppati nel Piano della Performance, nel PTPC e nel PTI. La coerenza tra i tre documenti viene realizzata sia in termini di obiettivi, indicatori, target e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti.

## FARMACEUTICA

Nel 2014 si è lavorato sui temi inerenti l'appropriatezza prescrittiva come valore terapeutico, ma anche appropriatezza intesa come correttezza formale, cioè la tracciabilità e trasparenza della parte amministrativa riguardante interventi sanitari ad alto impatto di valore (high value).

Un grande impegno è stato investito sulla sostenibilità delle cure farmaceutiche diffondendo ed implementando modelli di switch verso farmaci equivalenti e biosimilari nei vari settori, dalla oncologia alla medicina e chirurgia.

Si è perseguito il rispetto degli obiettivi farmaceutici del bersaglio MES, e la coerenza con gli obiettivi regionali e territoriali in tema di farmaceutica.

Particolare attenzione è stata prestata alla rigorosa e corretta compilazione e manutenzione dei farmaci a registro AIFA sia per il loro valore clinico che per quello di recupero economico.

I Farmacisti hanno poi collaborato a gruppi multidisciplinari in Oncologia, Oculistica, Infettivologia, ed altre branche specialistiche.

Il modello di Farmacia di Continuità è stato migliorato tramite la precisa rendicontazione basata sulla lettura ottica ed elaborazione dati di ogni singola prescrizione.

Nel settore della produzione, il Laboratorio galenico ha incrementato la produzione di farmaci orfani per patologie rare per la AOUC e, su convenzione, anche per altre strutture extraregionali del SSN; inoltre ed ha prontamente risposto alla richiesta di allestimento di terapie personalizzate a base di cannabis.

La Unità Farmaci Antiblastici ha centralizzato tutte le preparazioni, comprese quelle dovute al trasferimento della Ematologia arrivando a circa 300 terapie al giorno.

Il settore del compounding, oltre alla Nutrizione Totale Parenterale personalizzata, ha poi avviato la produzione di siringhe pronte con antibiotici per i neonati prematuri della TIN.

Con lo scopo di perseguire gli obiettivi 2015 senza operare razionamenti sui nuovi farmaci (oncologici, epatite C, HIV) ci siamo posti, per l'anno a venire, l'obiettivo di lavorare per un processo di riduzione degli sprechi (waste) derivanti dalla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci o inappropriati nella pratica quotidiana.

L'identificazione dell'overuse di interventi sanitari e terapeutici inefficaci o inappropriati, come pure l'underuse di risorse efficaci ed appropriate, le complessità amministrative, sono state identificate come aree di interventi sul tema dello spreco di risorse. Sarà nostro obiettivo incrementare la selezione tra innovazioni con scarsa evidenza (spesso adottate velocemente) e quelle di solida evidenza. Sarà necessario incrementare metodiche di benchmarking tra reparti assimilabili per definire costi standard di trattamento che possano essere un riferimento secondo un modello di Pharmaceutical Governance per una assistenza farmaceutica di qualità sostenibile e responsabile. Obiettivo: misurare, rendicontare, confrontare l'utilizzo di risorse farmaceutiche tra reparti diversi ma confrontabili. Tutto ciò evidenzia la necessità di cambiamento professionale ed organizzativo per una farmaceutica efficiente e che si muova con processi lean condivisi con ESTAR.

Per quanto riguarda la continuità ed i percorsi diagnostico-terapeutici si propone di lavorare il superamento della dicotomia farmaceutica tra ospedale e territorio, mediante l'articolazione di un setting farmaceutico integrato per intensità di cura.

## APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO

Nell'arco del 2014, la Diagnostica per Immagini è stata impegnata in un confronto trasversale, nell'ambito delle discussioni di Budget, con tutte le SOD dei Dipartimenti dell'AOU-Careggi al fine di migliorare la modalità di richiesta degli esami di diagnostica per immagini in funzione del codice di priorità (rosso, giallo, verde e bianco). E' stata quindi dapprima condotta un'analisi dei dati estratti dal RIS con la valutazione delle richieste relative a pazienti ricoverati nel corso del 2013 con valutazione percentuale della priorità assegnata. E' stato concordato con le singole SOD che l'elevato numero di richieste, con codici di alta priorità, rosso e giallo, che prevedono una risposta rispettivamente in massimo 24 ore e 48 ore dall'inserimento online della richiesta, era in parte gravato da consuetudini errate e da urgenze organizzative. Si è quindi concordata un'opportuna riduzione percentuale delle stesse sulla base

anche dei tempi di degenza delle singole SOD, attuando inoltre percorsi alternativi per evitare codici rossi inappropriati. La risposta dei reparti, seppure parziale e asimmetrica, ha consentito un miglioramento dell'assetto organizzativo della Diagnostica per Immagini in termini di tempi di programmazione, esecuzione e refertazione degli esami dei pazienti ricoverati.

Nel corso dell'incontro preliminare alla definizione degli obiettivi di Budget 2015, la Diagnostica per Immagini ha proposto a tutti i Dipartimenti, di consolidare il lavoro svolto sui codici di priorità. E' stato inoltre condotta un'analisi per quantificare, in termini di costo, le prestazioni di diagnostica per immagini richieste nell'anno 2013, rapportando la valorizzazione economica delle stesse, secondo nomenclatore regionale, al rimborso economico ottenuto dal reparto per quel DRG.

Questa valutazione consente di individuare un costo medio standard per un definito DRG verso cui tutte le SOD dovrebbero tendere.

Si impone quindi la necessità di concretizzare dei gruppi di lavoro, già ipotizzati dal nostro Dipartimento, coinvolgendo la componente clinica prescrittrice, al fine di individuare percorsi di appropriatezza e di eliminare quegli esami che costituiscono un costo inutile, in quanto non modificano significativamente l'iter clinico del paziente.

Risulta al momento difficile una valutazione quantitativa della riduzione della spesa che ovviamente dipende dalla capacità collaborativa, sia nella fase di definizione dei percorsi di appropriatezza che in quella della loro applicazione di tutte le SOD di degenza di Careggi. Si ritiene ipotizzabile, a priori, una riduzione dei costi di circa il 10 %, percentuale da rimodulare nel corso delle verifiche periodiche, in alto e in basso, in relazione alla collaborazione di tutte le SOD dell'AOU-Careggi.

Nel corso del 2014 è stato avviato, da parte del Dipartimento dei Servizi, in accordo con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, un percorso finalizzato alla ricerca dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della Diagnostica di Laboratorio con l'intento di razionalizzare e ottimizzare le risorse investite dall'AOU-Careggi.

Si è provveduto ad un rilevamento dei comportamenti prescrittivi e diagnostici, ristretto alla valutazione delle richieste del Laboratorio Generale per i pazienti ricoverati, con successiva definizione di pacchetti di richieste di esami validati da incontri svolti con tutte le Sod dell'Azienda, eliminando, in accordo con i clinici e secondo i dati di Letteratura, quegli esami che potevano derivare da consuetudini prescrittive e tali da essere considerati inutili, ridondanti o impropri per il percorso diagnostico-terapeutico.

L'attività effettuata si è articolata come di seguito:

- revisione complessiva degli esami inseriti nei pacchetti di richiesta su DnWeb;
- individuazione di richieste apparentemente inappropriate;
- eliminazione di pacchetti di richiesta obsoleti;
- rimodulazione di pacchetti di richiesta in risposta a quesiti diagnostici
- inserimento di reflex test.

In particolare, sono stati revisionati gli esami contenuti nei pacchetti di richiesta "routine di ingresso" con l'eliminazione di richieste inappropriate e l'introduzione di reflex test, e rimodulati pacchetti di richiesta in risposta a percorsi diagnostici specifici per SOD e/o area di attività.

In questo periodo è stata inoltre offerta collaborazione per la stesura definitiva del documento aziendale sulla valutazione preoperatoria (gruppo di lavoro diretto dal Dr. Micaglio) con conseguente revisione degli esami richiesti per quanto di competenza preoperatoria.

Tale lavoro preliminare, svolto nel corso del primo semestre 2014, e il graduale ottenimento dei risultati, prevalentemente nel secondo semestre, hanno consentito di ridurre la spesa della diagnostica di laboratorio per i pazienti ricoverati nell'AOUC per l'anno 2014 di circa il 18 % (valutando la valorizzazione delle prestazioni richieste da nomenclatore regionale) con una risposta non omogenea per quanto riguarda le varie SOD.

Nel corso del 2015 ci si attende di consolidare e perfezionare il raggiungimento di tale risultato, eliminando le asimmetrie ancora presenti all'interno dell'AOUC. Si è inoltre definito di lavorare allo sviluppo di una più ampia collaborazione con i clinici che consenta di eliminare pressoché completamente quegli automatismi inconsapevoli che possono generare errate o ridondanti formulazioni delle richieste di indagini di Laboratorio con conseguente attesa riduzione delle ripetizioni di esami inutili e inappropriati. Per

agevolare tale processo si conta sull'ottenimento della puntuale integrazione e del perfetto dialogo fra cartella elettronica Archimed e DN Lab. Si è considerato inoltre opportuno implementare un software che serva da ausilio al clinico quale filtro delle richieste ad alto rischio di in appropriatezza, che generi un "blocco" della possibilità di richiedere determinati esami predefiniti per quel percorso clinico-diagnostico.

La ricaduta attesa, in termini di riduzione della spesa per l'anno 2015 versus 2013, nell'ambito della diagnostica di Laboratorio generale, si aggira sul 50 % se tale processo, con l'implementazione del software suddetto, verrà applicato in tempi rapidi e a tutti i settori della diagnostica di laboratorio dell'AOU-Careggi.

Sono stati inoltre definiti come obiettivi per il 2015 una riduzione della spesa rispetto al 2013 di circa il 15% per le richieste del settore della microbiologia e del 20% per quello della Sierologia.

### **RIDEFINIZIONE FABBISOGNO POSTI LETTO**

All'inizio dell'anno 2014 Careggi disponeva di 1.418 posti letto di cui 1.229 ordinari e 189 diurni, oltre a 74 letti tecnici.

Alla fine di dicembre 2014 Careggi disponeva di 1.366 posti letto di cui 1.193 ordinari e 173 diurni, oltre a 76 letti tecnici.

Ai fini della definizione degli obiettivi strategici aziendali per il 2015, coerentemente con quanto previsto dal nuovo piano sanitario regionale relativamente al ruolo della AOU nella rete regionale, negli ultimi mesi del 2014 è stata condotta una analisi per la definizione del fabbisogno reale di posti letto fondata sul raggiungimento di livelli maggiori di appropriatezza di degenza media DRG specifica, appropriato setting assistenziale, possibile riduzione di attività chirurgica a bassa complessità.

Inoltre l'analisi è stata condotta sulle ripercussioni in termini di posti letto ridefinendo il ruolo delle medicine specialistiche e delle medicine generali dedicate all'attività del DEA, fermo restando di salvaguardare le necessità per le attività di ricovero medico d'urgenza.

Ulteriore attenzione è stata posta ad integrare la progettualità con il progressivo completamento delle strutture edilizie e con il piano di sviluppo legato in particolare alla realizzazione del nuovo pronto soccorso-trauma center.

La ridefinizione del fabbisogno di posti letto è stata inoltre progettata coerentemente con la possibilità di dismissione per le attività sanitarie in tempi brevi di interi padiglioni, o comunque la ridefinizione del loro utilizzo con attività in setting assistenziali coerenti con la situazione edilizia, con particolare attenzione alle norme di sicurezza.

Il complesso di azioni programmate prevede la riduzione nel corso del 2015 di oltre 60 pl ordinari e di ulteriori 60 pl di DH..

Per quanto riguarda i pl ordinari l'azione principale consiste nella riduzione dei posti letto dedicati dalle medicine specialistiche ai ricoveri "generalisti" da DEA la cui gestione viene quasi interamente svolta in modalità più appropriata, per quanto riguarda la durata della degenza, dalle medicine generali del DEA.

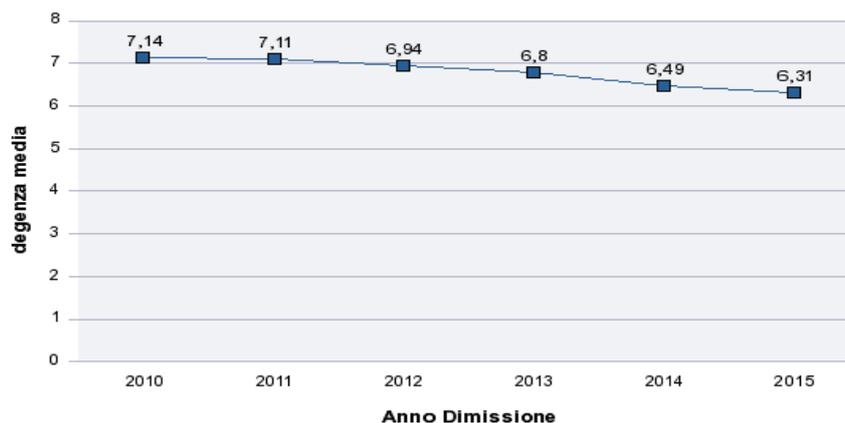
Un'altra quota notevole di riduzione di posti letto è resa possibile dalla creazione di un'area medica all'interno delle degenze traumatologiche ai fini del miglioramento del relativo percorso attualmente non ottimizzato, associato ad una diversa funzione delle competenze riabilitative del dipartimento.

Contemporaneamente per assicurare la recettività del DEA è prevista però l'apertura di una nuova area di degenza dedicata a tale attività nonché di letti di sub intensiva presso l'area critica del DEAS.

Per quanto riguarda la riduzione dei DH è dovuta da un lato al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni mediche da svolgere in regime ambulatoriale legato all'aumento degli ambulatori terapeutici per terapie infusive (oncologiche e non oncologiche) e dei PACS per le prestazioni diagnostiche, dall'altro al trasferimento al regime ambulatoriale di prestazioni chirurgiche che non richiedono prolungata o intensa sorveglianza post-operatoria in particolare per l'area ortopedica e quella delle procedure diagnostiche invasive endoscopiche e percutanee.

Il complesso di azioni di riduzione di posti letto e le ulteriori azioni previste di razionalizzazione dei percorsi, associate al completamento degli interventi edilizi programmati per il 2015, consentirà nel corso dell'anno la dismissione quasi completa dei padiglioni di Monna Tessa e Neurologia, nonché la modifica dei setting assistenziali in alcune sedi critiche come il padiglione radioterapia e parte del padiglione di San Luca ed in prospettiva del padiglione Cliniche Chirurgiche.

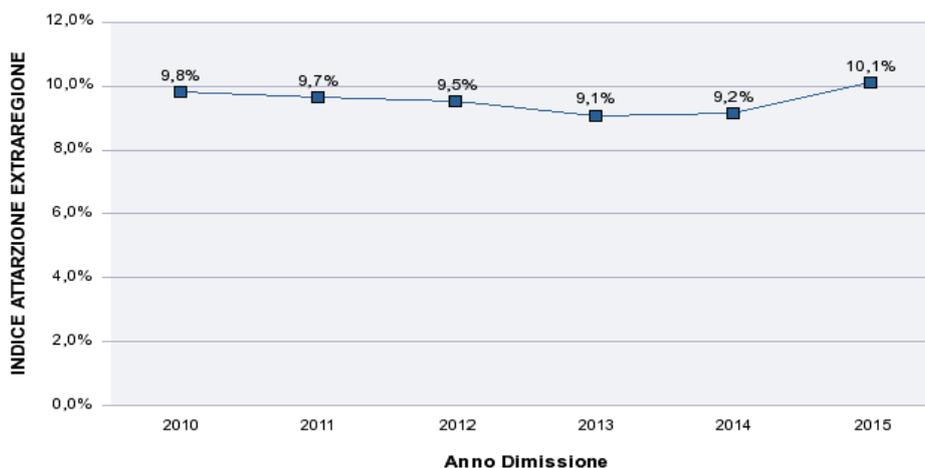
Dall'utilizzo più appropriato dei posti letto ne deriverà, ma in parte ne è già derivata, una riduzione della degenza media: dall'analisi del trend della degenza media dei ricoveri ordinari degli ultimi 5 anni e del primo semestre 2015, si evidenzia come questa sia andata progressivamente calando attestandosi a metà del corrente anno a 6,3 giorni.



### ATTRATTIVITA'

Uno degli elementi fondamentali che deve contraddistinguere l'Azienda attiene all'incremento dell'attrattività nei confronti dei pazienti residenti fuori dalla Regione Toscana, con particolare riguardo alle attività di alta complessità per le quali le strutture di Careggi possono costituire, per la loro eccellenza, un concreto punto di riferimento anche al di fuori del sistema regionale.

Da una analisi del trend dell'indice di attrazione extra-regionale degli ultimi 5 anni e dei primi mesi di attività 2015, è verificabile come questo obiettivo (che può costituire anche un "polmone" dal punto di vista della sostenibilità economica) si stia realizzando.



## 7.2. AZIONI DI SETTORE

### CHIRURGIA ROBOTICA

Dall'aprile 2012 è attivo presso AOUC un sistema robotico DA VINCI dedicato all'urologia che ha consentito nel 2013 l'effettuazione di 482 interventi di chirurgia robotica urologica (principalmente prostatectomie radicali ed enucleoresezioni di tumori renali)

Dal gennaio 2014 sono attivi in AOUC, nel blocco operatorio del Padiglione San Luca, 2 Sistemi Robotici DA VINCI con doppia console, che dall'aprile, successivamente al periodo di completamento di training del personale, e con la recente acquisizione di Professionisti già altamente qualificati, sono in piena operatività anche per la chirurgia generale (chirurgia oncologica colo-rettale, gastrica e pancreatico, endocrino chirurgia, chirurgia per patologie del giunto gastro-esofageo). Sono stati infatti effettuati complessivamente 670 interventi di cui 500 di chirurgia robotica urologica ((principalmente prostatectomie radicali ed enucleoresezioni di tumori renali), 140 di chirurgia generale (chirurgia oncologica colo rettale, gastrica e pancreatico) ed inoltre chirurgia endocrina ( surrene ed iniziali esperienze di chirurgia tiroidea).

Nell'ultima parte dell'anno con l'ulteriore trasferimento presso AOUC di personale qualificato della disciplina di Ginecologia è iniziata anche l'attività robotica di questa specialità focalizzata sul trattamento radicale dei tumori pelvici e dell'endometriosi (23 interventi). E' inoltre iniziata l'esperienza in chirurgia toracica e cardiovascolare

Nel 2014 ha preso avvio la costituzione all'interno dell'A.O.U.C. di un Gruppo Robotico Multidisciplinare che potrà nel corso del 2015 esprimere un'eccellenza chirurgica anche nelle altre specialità (ginecologia oncologica, otorinolaringoiatria, chirurgia toracica, cardiocirurgia), nel corso del 2015 è prevista la creazione inoltre di uno specifico reparto di degenza multidisciplinare dedicato, che consentirà anche un'analisi piu' accurata dei costi complessivi.

Il Gruppo Robotico Multidisciplinare promuoverà un forte sviluppo della ricerca e della didattica, quest'ultima favorita particolarmente dalle già presenti correlazioni ed integrazioni con il centro di formazione – simulazione già attivo per la chirurgia robotica presso l'adiacente sede del FORMAS.

L'AOUC si propone quindi come Centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare dell'Area Vasta Centro finalizzato all'utilizzo multidisciplinare Interdipartimentale e di Area Vasta delle tecnologie robotiche attuali e di futura acquisizione, con un particolare impegno nella formazione e addestramento multi professionale per lo sviluppo complessivo dei relativi percorsi chirurgici consolidati ed innovativi.

### **CHIRURGIA TORACICA**

Nel corso del 2014 con l'approvazione del nuovo atto aziendale è stata istituita una nuova area funzionale "Toracica" all'interno del nuovo DAI Cardio-Toraco –Vascolare e la SOD Chirurgia Toracica è confluita in tale area. Sempre nel corso dello stesso anno è stato espletato il concorso per il Dirigente apicale che ha preso servizio nel Luglio 2014.

Coerentemente con la Mission assegnata, nel secondo semestre del 2014 è stata incrementata l'attività chirurgica in particolare oncologica, migliorando l'integrazione del percorso clinico con le SOD mediche ed interventistiche specialistiche. E' iniziato lo sviluppo delle tecniche mininvasive (video-toracoscopiche) e robotiche. Inoltre sono stati sviluppati i rapporti con le strutture dell'area vasta per adempiere alla specifica funzione specialistica.

Per il 2015 si prevede quindi un ulteriore incremento dell'attività chirurgica, in particolare oncologica da un lato finalizzato al sempre maggiore utilizzo anche di tecniche all'avanguardia, dall'altro a recuperare completamente le precedenti fughe di residenti della Area Vasta e contemporaneamente a costituire un polo attrattivo di carattere nazionale.

### **OCULISTICA**

Nel corso del 2014 la Direzione Aziendale ha stabilito di avviare un processo di rinnovamento strutturale, strumentale e professionale della disciplina in oggetto.

La progettualità, descritta nella DDG N. 625 del 9 settembre 2014, ha previsto da un lato l'avvio di percorsi assistenziali di terzo livello per la cura delle patologie maggiori, con l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia e professionalità di altissimo livello, nel contempo l'occasione per migliorare tutti i percorsi della disciplina, avendo presente che le patologie appannaggio della stessa sono molto frequenti nella popolazione e che l'efficienza del sistema consente di prevenire complicanze maggiori a carattere anche invalidante.

Il cambiamento programmato ha previsto nel biennio 2014-2015 la realizzazione di due macrofasi; al termine del 2015, è previsto il trasferimento dell'intera attività della disciplina nel padiglione N.25 del CTO, con la sola esclusione dell'attività di Pronto Soccorso che convergerà nel padiglione N. 12 del DEAS, all'interno del Pronto Soccorso Generale.

Dal Novembre del 2014 si è realizzata la prima fase che ha previsto:

- il trasferimento della degenza al Padiglione 25 del CTO
- l'attivazione dell'area ambulatoriale costituita da 15 ambulatori per le attività istituzionali e 4 per la Libera Professione
- l'attribuzione di 3 sale operatorie presso il comparto operatorio del 4° piano
- l'Integrazione della preospedalizzazione dell'oculistica presso il polo già presente nel padiglione
- Il trasferimento del pronto Soccorso dell'oculistica nel padiglione N. 12 del DEAS

Presso le Cliniche Oculistiche sono rimaste attive due sale operatorie per l'esecuzione delle attività di Chirurgia Ambulatoriale (cataratta e chirurgia minore della palpebra) e alcuni ambulatori finalizzati ad attività diagnostiche, quali l'angiografia, e di trattamento, quali le iniezioni intravitreali.

Inoltre è rimasta attiva la postazioni di CUP Met che assolve un compito di livello aziendale.

Per poter realizzare quanto sopra sono stati effettuati investimenti tecnologici, di acquisizione del personale ed interventi strutturali adeguati per i volumi di attività previsti.

#### Azioni 2015

Nel primo trimestre saranno trasferite al CTO le attività ambulatoriali ancora effettuate alla clinica oculistica, esclusa l'attività di chirurgia ambulatoriale che sarà trasferita, comunque entro l'anno, ma solo nel momento in cui saranno realizzate, al 2° piano del CTO, due salette ambulatoriali.

Entro il primo trimestre 2015, completato l'addestramento del personale del comparto, saranno avviate a regime le attività chirurgiche maggiori.

Inoltre saranno avviati percorsi specifici per:

- Brachiterapia con placche di rutenio dei pazienti oncologici
- Terapia delle patologie congenite, quali la cataratta, in modo congiunto con l'azienda Meyer e il DAI materno infantile
- L'impianto di protesi retiniche per pazienti affetti da patologie degenerative della retina

#### GINECOLOGIA

Nel corso del 2014 con l'approvazione del nuovo atto aziendale e la ridefinizione delle mission delle SOD del DAI Materno infantile è stata istituita la SOD Ginecologia Chirurgica Oncologica e nella seconda parte dell'anno svolto il concorso per il dirigente apicale. Successivamente al periodo estivo è già evidente un incremento dell'attività chirurgica ginecologica oncologica ed in particolare ne è iniziata l'attività robotica. Per il 2015 attraverso anche la riorganizzazione interna è previsto un notevole sviluppo delle attività oncologiche con particolare riferimento alle tecniche innovative e complesse ( laparoscopiche- robotiche).

#### PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E ETEROLOGA

Con riferimento all'anno 2014, come evidenziato nella Relazione del Direttore Generale al Bilancio Preventivo Economico 2014 e Bilancio di Previsione Pluriennale 2014-2016, l'obiettivo attuato dalla Direzione ha comportato una rimodulazione interna tesa a migliorare l'efficienza produttiva in alcune aree del Dipartimento Materno Infantile ed a svilupparne altre nell'ultimo trimestre 2014 e tendenzialmente per il 2015 e 2016. In particolare è stato previsto l'inserimento di competenze per lo sviluppo dell'area ginecologica, di cui fanno parte le attività di procreazione medicalmente assistita, per la quale è stato previsto un potenziamento con incrementi di personale dell'area medica. Contestualmente è stata anche potenziata l'area Andrologica, in misura più contenuta grazie ad una razionalizzazione dell'utilizzo delle competenze andrologiche nelle attività di PMA.

Al fine di articolare con maggior definizione l'offerta del percorso, l'AOUC ha provveduto a potenziare il proprio servizio di PMA, costituendo un'apposita struttura organizzativa dipartimentale all'interno del DAI Materno Infantile denominata SODs PMA. Inoltre, la nuova sede di PMA ha offerto l'opportunità per incrementare e migliorare la quantità e la qualità delle prestazioni erogate.

Con riferimento alle necessità immediate di potenziamento del livello di servizio della attività complessiva del Centro di PMA a seguito della DGRT 650/2014 che ha introdotto per molte coppie la possibilità di effettuare la fecondazione eterologa, con l'obiettivo di abbattere le liste d'attesa per PMA, è stato condotto uno specifico approfondimento dalla task force per PMA al fine di revisionare l'intero impianto organizzativo del Servizio con formulazione di un piano di riorganizzazione delle attività, di ottimizzazione dell'utilizzo di risorse e competenze, con una stima dell'adeguamento della capacità di processo offerta al primo semestre 2014.

I percorsi organizzativi sono stati predisposti e revisionati, attraverso la costituzione di PACC (percorsi ambulatoriali coordinati complessi) al fine di allineare tutte le componenti dell'organizzazione alla gestione integrata delle problematiche sanitarie degli utenti per la tecnica eterologa.

È stato formulato dalla task force un progetto di riorganizzazione complessiva delle attività di PMA che è stato attuato a partire dalla prima metà di settembre ed ha completato la fase di start up nei primi giorni del mese di gennaio 2015 con l'acquisizione delle risorse sanitarie che hanno consentito di ampliare l'offerta ambulatoriale per la PMA omologa (da 5 a 6 sedute ambulatoriali/settimana e due sedute di ecografia/settimana), di istituire 4 nuove sedute ambulatoriali di PMA eterologa e di incrementare l'attività di sala (pick up e trasfer) con un incremento pari a quasi il 100% in due mesi e mezzo di attività (periodo settembre - dicembre 2014). Parallelamente è stata ampliata l'offerta ambulatoriale di visite andrologiche (incremento di 5 sedute ambulatoriali/settimana).

Per l'anno 2015 si prevede di consolidare il più possibile l'offerta ambulatoriale per PMA eterologa, prevedendo l'attivazione di un'ulteriore seduta ambulatoriale a partire dal mese di febbraio e di focalizzare maggiormente l'impegno dell'equipe sulle attività di PMA omologa, al fine di riequilibrare l'offerta tra le due tipologie (70 visite/settimana per omologa vs 64 visite/settimana per eterologa, 80 da febbraio 2015), modulando in maniera dinamica la tipologia di offerta in relazione ai tempi d'attesa (novembre 2015 per l'omologa, dicembre 2016 per l'eterologa).

Oltre al trasferimento del Laboratorio di Andrologia e della Banca del Seme presso il pad. 27b Cubo 3, tra le azioni di miglioramento sono previsti anche interventi di adeguamento del Laboratorio Biologico della PMA, con un'ipotesi di raddoppio della capacità di processo censita all'inizio del progetto di riorganizzazione necessariamente correlata anche ad interventi sulla logistica del laboratorio PMA e della sala pick – up/trasfer, nonché un potenziamento della dotazione tecnologica dei Laboratori (PMA e Banca del Seme), non solo correlato all'incremento dei volumi di attività ma anche all'adeguamento agli standard di sicurezza previsti per gli istituti di cellule e tessuti ai sensi del D. Lgs 6 novembre 2007, n.191 e del D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16.

Sono stati attivati, altresì, rapporti con Istituti Esteri per il procurement di gameti maschili e femminili essendo necessario garantire nell'immediato la capacità terapeutica del Centro di PMA tenuto conto anche delle prevedibili difficoltà a reperire il materiale biologico in Italia e per l'insufficiente numero di donatori reclutati e/o reclutabili direttamente dalla AOUC.

#### **PRONTO SOCCORSO**

Con Provv. DG n. 580 del 14/08/2014 "Task Force per la elaborazione di un documento di progetto per la realizzazione del Trauma Center Aziendale e per l'integrazione dei percorsi del pronto soccorso di Careggi" è stata istituito un gruppo di progettazione che ha preliminarmente valutato i seguenti ambiti:

- tempi di progressione preventivati per i lavori di completamento dell'infrastruttura tecnologica del DEAS (rampa della camera calda, diagnostica e blocco operatorio)
- progettualità aziendale in via di realizzazione in altri e diversi ambiti di intervento (nuovi dipartimenti, definizione della mission delle SOD, riorganizzazione attività oculistiche...)
- dati di attività per l'ambito della gestione dell'emergenza-urgenza intraospedaliera (demand map, volumi e andamenti temporali, modalità di presentazione, classificazione per priorità, esito in ricovero della casistica oggi afferente ai quattro punti di PS aziendali)
- fabbisogno di diagnostica per ognuno dei quattro punti di PS, stratificato per metodica e priorità al triage

- dotazioni di personale, risorse strutturali, modalità organizzative in essere negli attuali punti di PS
- vincoli da considerare per ridurre, in fase di realizzazione, l'impatto sull'operatività complessiva dell'Ospedale in relazione alle funzioni correlate alla gestione dell'acuzie
- opportunità che si presentano per la gestione più efficiente, sicura e appropriata del paziente che inizia in PS i percorsi intraospedalieri dell'acuzie
- rischi ipotizzabili, in fase di realizzazione, di indurre riduzioni di performance clinica, aumento dei costi, difficoltà di gestione clinico-assistenziale sia sul versante dell'urgenza che su altri servizi, sanitari e non sanitari, che vi partecipano o sono a vario titolo coinvolti,

la Task Force ha infine redatto il documento di progetto, approvato con Prov. DG n. 671 del 01/10/2014 "Approvazione del progetto per la realizzazione del Trauma Center Aziendale e per l'integrazione dei percorsi del pronto soccorso di Careggi" di seguito definito "Progetto PS-TC", al quale si rimanda nella sua interezza.

Sono obiettivi generali del Progetto PS-TC la costituzione di: un Trauma Center aziendale, Centro di alta specializzazione per la gestione del Trauma Maggiore, che opera su ciascun paziente aggregando variabilmente tra loro professionisti diversi e di discipline diverse, con una continua ricerca, progettazione, attuazione e valutazione di efficacia di modelli organizzativi time-saving; Pronto Soccorso unico, che realizza la definizione dei percorsi assistenziali dell'emergenza-urgenza, per le patologie tempo dipendenti, specifici e integrati con discipline e specialità diverse, per unificare nel DEAS la funzione aziendale di gestione dell'emergenza-urgenza, oggi distribuita in più padiglioni.

Lo scorso 3 novembre 2014 è stata realizzata la Fase iniziale del progetto di cui al Prov. DG 671/2014, la cui componente immediatamente visibile è costituita dall'apertura di un nuovo punto di accesso sul lato Viale Pieraccini h24 con triage h12 nel nuovo PS, dal trasferimento al DEAS dei PS oculistico e ORL con apertura h12 e dal trasferimento al nuovo PS dei codici minori del PS generale in autopresentazione con apertura h12.

La espressa richiesta degli Organi regionali di governo di procedere con urgenza alle azioni finalizzate ad utilizzare la nuova struttura prevista per il "nuovo PS di Careggi, pur considerando le limitazioni strutturali dell'opera ancora non completa, ha richiesto una rivisitazione del progetto originario per la contestualizzazione rispetto allo scenario attuale.

L'attuale PS generale, progettato e realizzato 14 anni fa per un numero di circa 30.000 accessi annui, ha dovuto gestire un progressivo incremento del numero di accessi e accoglie attualmente oltre 55.000 pazienti l'anno (dato 2013). Gli spazi di accoglienza, triage e sosta dei malati, come anche i box per la visita appaiono conseguentemente sottodimensionati e affollati. Questa circostanza ha reso necessaria la predisposizione anticipata del nuovo contesto logistico in cui accogliere il PS generale.

Si è reso infatti necessario anticipare il più possibile una Fase intermedia, per questo programmata per il mese di giugno 2015, che prevede in via preliminare il completamento dei lavori alla rampa della camera calda e la realizzazione della diagnostica al PT e si completi con il trasferimento al nuovo PS anche di tutte le attività dell'attuale PS generale.

Il "Progetto PS-TC" prospetta una road map verso l'obiettivo finale e punta a contenere in fase di realizzazione, l'impatto sull'operatività complessiva dell'Ospedale in relazione alle funzioni correlate alla gestione dell'acuzie.

Per la piena fruibilità dell'edificio DEAS è necessario il collegamento "su gomma" del fronte di accesso lato viale Pieraccini. È stato recentemente aggiudicato l'appalto per il completamento dei lavori alla rampa di uscita per i mezzi di soccorso. L'Università degli Studi di Firenze ha recentemente avallato l'intervento edilizio preliminare sul padiglione Oculistica. Sono state concluse le prime fasi principali del trasferimento delle attività oculistiche verso il padiglione CTO. Sarà pertanto possibile liberare gli ultimi spazi ancora impegnati per procedere a demolire parte del padiglione oculistica e liberare l'area in cui troverà collocazione la rampa di uscita dalla camera calda. Il tempo di completamento di tutte le fasi dei lavori di cui al Prov. DG n. 529 del 01/08/2014 "Appalto di progettazione ed esecuzione dei lavori per la realizzazione del nuovo blocco operatorio, diagnostica e farmacia del Dipartimento Emergenza ad alta Specialità (DEAS) dell'AOUC – Aggiudicazione definitiva" è stato quantificato in 557 giorni e sono stati approvati gli esiti della

Conferenza dei servizi con Provv. DG n. 777 del 17/11/2014 “Appalto di progettazione ed esecuzione dei lavori per la realizzazione del nuovo blocco operatorio, diagnostica e farmacia DEAS. Approvazione esito conferenza dei Servizi”.

Tra i lavori aggiudicati vi sono quelli della diagnostica per immagini. La disponibilità della diagnostica per immagini compenetrata nel pronto soccorso è vincolante per i punti di PS ortopedico e generale, in relazione al fabbisogno di diagnostica per i percorsi dell'emergenza-urgenza, soddisfatto dai professionisti del Dipartimento dei Servizi, incentrato essenzialmente sulle metodiche di radiologia tradizionale, TC ed ecografia.

Sempre con riferimento al “Progetto PS-TC”, e in particolare al paragrafo 9.4.5 “Attività di diagnostica per immagini”, è stato individuato un indicatore rappresentativo dello specifico consumo di risorse/prestazioni di diagnostica. Per il PS generale (DEA) sono richieste complessivamente 818 prestazioni ogni 1.000 accessi, tuttavia tale consumo decresce al diminuire della priorità al triage: da 1.563 prestazioni per 1.000 accessi in codice rosso a 187 per 1.000 per i bianchi/azzurri; va rilevato che i codici verdi del PS generale hanno un assorbimento solo di poco inferiore ai gialli. Per il PS ortopedico sono richieste 939 prestazioni ogni 1000 accessi; a conferma di quanto intuibile, tale consumo non mostra significative variazioni al variare della priorità al triage e anche i codici minori assorbono 738 prestazioni per ogni 1.000 accessi. Il PS ortopedico ha pertanto un fabbisogno di diagnostica che può essere soddisfatto nella sede del nuovo PS solo mediante la riproposizione nella nuova sede del DEAS delle risorse diagnostiche oggi specificamente impegnate al CTO, sia nella attuale sezione radiologica del PS ortopedico (RX e ecografia) che nell'adiacente Radiodiagnostica (TC).

L'entità del consumo di diagnostica nel futuro PS DEAS, riferibile essenzialmente alla casistica oggi gestita ai punti di PS generale e ortopedico, impone di rivedere la collocazione e il collegamento dei servizi, perseguendo l'adiacenza isopiano tra PS e diagnostica. In questo senso si è inteso potenziare la radiologia già prevista dal precedente progetto al piano terra (angio TC), ampliandone gli spazi per ospitare, correttamente dimensionate, tutte le principali tecnologie necessarie alla diagnostica per immagini dei pazienti che accedono al PS generale. Questo approccio riduce i costi di spostamento dei malati e di sorveglianza infermieristica, migliora la tempestività delle azioni previste nei percorsi e, soprattutto, crea le premesse per la migliore interazione “al letto del malato” tra medici dell'urgenza e radiologi. Con riferimento al progetto edilizio originario, che prevedeva la realizzazione di una parte consistente della diagnostica radiologica al piano seminterrato, l'assenza di tecnologie RX tradizionale al piano terra avrebbe infatti comportato la necessità di trasferire pazienti tra i due piani e di prevedere, nella diagnostica al seminterrato, ulteriore personale sanitario di sorveglianza per questi pazienti del PS. Il conseguente fabbisogno di personale per la soddisfazione di questa necessità è stato quantificato in circa 24 infermieri e OSS, con un costo annuo di circa € 636.000,00. Tali costi non sono oggi sostenibili e, cosa più importante, sottendono processi che non hanno alcun valore aggiunto per il percorso clinico assistenziale del paziente.

Inoltre, stanti i volumi previsti per la diagnostica del PS e il funzionamento h24, il numero di apparecchiature deve essere determinato anche considerando tecnologie di back-up utili a fronteggiare gli inevitabili momenti di fermo macchina riferibili alla manutenzione ordinaria e ai possibili guasti. È stato pertanto stabilito di realizzare:

- una sezione principale di diagnostica per Immagini al piano terra, dotata di un locale TC con annesso locale comandi, un locale RX con annesso locale comandi, un locale refertazione, un locale per ecografia dotato di bagno dedicato, un'area di attesa interna, un locale relax e un bagno. Tale sezione dovrà essere accessibile su due fronti, il primo dall'interno del nuovo PS, il secondo dall'esterno e senza attraversare il PS, quest'ultimo dedicato all'accesso notturno dei pazienti urgenti ricoverati nell'edificio DEAS.
- una sezione di diagnostica per Immagini al piano terra dedicata al Trauma Center, adiacente alla prima e dotata di un locale TC (già previsto nel progetto originario) e un locale RX, comunicanti tra loro a meno di una porta schermata, con annesso locale comandi unico. Tali tecnologie potranno all'occorrenza essere utilizzate come macchine di back-up in caso di fermi macchina.

Allo stesso tempo sono state avviate e sono tuttora in corso le azioni preparatorie per la Fase Finale prevista a giugno 2016. Quest'ultima prevede tra l'altro:

- attivazione del nuovo comparto operatorio al P 1

- attivazione della nuova diagnostica per immagini al P-1 dotata di 1 TC, 2 RX tradizionali e 1 ecografia
- completamento della unificazione dei percorsi nel nuovo PS del DEAS con il PS Ortopedico
- trasferimento Stroke Unit al DEAS
- perfezionamento dei percorsi dell'emergenza-urgenza

### TERZA SALA CARDIOCHIRURGIA

Vista la Delibera R.T. 638 del 20 luglio 2009, relativa alla gestione delle liste di attesa degli interventi chirurgici in elezione, visto l'impegno richiesto alle aziende sanitarie di assicurare, anche attraverso l'attivazione di Progetti specifici Aziendali, l'incremento della produzione chirurgica, verificato che, all'inizio dell'anno 2014, la CCH non era in grado di soddisfare i tempi di attesa previsti, rispetto alla quale l'Azienda rappresenta un punto di riferimento a livello regionale, la Direzione Generale, ha avviato con un Progetto specifico sulla disciplina finalizzato all'aumento dell'offerta cardiocirurgica.

Dal 30 giugno 2014 è stata assegnata una terza sala alla CCH ed un numero adeguato di posti letto (.2 pl di TI, 4 pl di Terapia intensiva e 5 pl ord) Nel periodo 30 giugno-21 settembre sono stati implementati 5 interventi/settimana in più rispetto allo storico, rivolti a pazienti in elezione, dal 21 settembre ad oggi sono stati incrementati ulteriori 5 interventi/settimana, raggiungendo l'utilizzo della 3ª sala operatoria sulle 12 ore/die dal Lunedì al Venerdì.

Per la realizzazione degli obiettivi si è proceduto in due fasi vista la necessità di implementare personale competente sia nell'area di degenza che del comparto operatorio.

La variazione organizzativa ha comportato l'incremento globale rispetto al 2013 del 16% degli interventi chirurgici ed il confronto del dell'ultimo quadrimestre 2014 rispetto al 2013 dimostra un aumento del 40% degli interventi. Tali risultati corrispondono a quanto preventivato nel progetto descritto nella DDG 313 del 9 maggio 2014.

Inoltre l'incremento di attività è stato coerentemente rivolto a pazienti in elezione, infatti nell'anno 2014 sono stati effettuati 490 pazienti della lista di attesa con classi A,B e C rispetto ai 345 casi del 2013, ovvero 145 casi in più; guardando solo all'ultimo quadrimestre si è effettuato un raddoppio dei casi effettuati dalla lista di attesa rispetto al 2013.

Al Dicembre 2014 risultavano iscritti circa 570 pazienti rispetto ai circa 700 presenti al giugno 2014 .

Azioni anno 2015:

Nell'anno in corso si prevede di raggiungere l'effettuazione di 1700 interventi, con un aumento del 100% dei casi effettuati in elezione, rispetto al 2013; ovvero presumibilmente 700 casi inseriti in lista di attesa; riduzione complessiva delle giornate medie di attesa dei pazienti in lista per classe di priorità nel periodo Gennaio-Dicembre 2015.

Inoltre nel corso dell'anno sarà attivata la preospedalizzazione multidisciplinare e perfezionato il meccanismo di criterio di inserimento in lista e di scorrimento della stessa.

### PREOSPEDALIZZAZIONE

Nel gennaio del 2014 il settore di preospedalizzazione si collocava in un contesto che prevedeva diciotto percorsi nei quali le prestazioni venivano erogate in modo disomogeneo e in ambienti distribuiti in molteplici sedi, di padiglione, ambulatoriali o di reparto, per un volume di attività pari ad una media di circa 126 casi giornalieri.

Ogni percorso era caratterizzato dall'uso di modulistica discrezionale, da un numero e da una tipologia di esami ematici e strumentali variabili, prescritti dal chirurgo per il completamento diagnostico e dall'anestesista anche dopo la preospedalizzazione, comportando più accessi per il paziente ed incidendo negativamente sui tempi di validità della preospedalizzazione e di programmazione dell'intervento chirurgico. Inoltre le modalità e i tempi operativi attraverso i quali si perfezionavano i percorsi, erano difformi per competenze attribuite agli Uffici di Prenotazione Chirurgica e ai Centri di Preospedalizzazione. Gli applicativi in uso non consentivano di recuperare i dati inerenti i volumi di attività prodotti dagli esami strumentali e supplementari richiesti.

Recependo gli indirizzi contenuti nella DRT 638/2009, l'Azienda ha istituito una task force (DDG N. 331 del 22 Maggio 2014) avente come obiettivo la riorganizzazione e standardizzazione del percorso di preospedalizzazione, allo scopo di garantire al paziente, in termini di luogo e tempo, l'uniforme e ottimale effettuazione delle diverse prestazioni necessarie all'intervento programmato, creando meccanismi condivisi tra professionisti, tesi ad annullare la disomogeneità di erogazione delle prestazioni e l'utilizzo difforme della documentazione, in modo da rendere tracciabili e monitorabili i flussi di attività e delle informazioni.

Nel corso del 2014 il gruppo di lavoro della task force ha:

Progettato la realizzazione di tre poli di preospedalizzazione, individuando i percorsi da raggruppare secondo criteri di affinità clinica e collocazione logistica, tenendo conto della prossimità e capacità erogativa delle altre strutture implicate nel percorso (radiologia e cardiologia). I poli individuati sono: Maternità, CTO (raggruppa i percorsi relativi al DAI Neuromuscoloscheletrico e Organi di Senso e in piccola parte del DAI oncologico) e Chirurgie (raggruppa i percorsi relativi alla chirurgia oncologica e non oncologica, minore e maggiore del DAI Oncologico, DAI Cardioracovascolare, DAI DEA).

Dal punto di vista strutturale il polo della Maternità era già predisposto per le funzioni, il polo del CTO è stato ampliato dal novembre del 2014, allo scopo di consentire l'esecuzione della preospedalizzazione del percorso oculistico. Il polo delle cliniche chirurgiche, non risulta attualmente attivato sebbene sia stato individuato il padiglione 14B come sede futura, poiché l'ambiente è attualmente utilizzato per il DH oncologico.

È stato definito, allo scopo di uniformare il percorso di preospedalizzazione e la documentazione utilizzata, di razionalizzare il numero degli esami ematici effettuati per la preospedalizzazione e di garantire un unico accesso al paziente, un questionario di autovalutazione dal quale ricavare gli esami strumentali da eseguire in preospedalizzazione, un unico modulo per la proposta di intervento chirurgico (PIC) e sono stati definiti i grading chirurgici corrispondenti a pacchetti di esami ematici prestabiliti per tipologia di intervento. Successivamente è stata revisionata la procedura del percorso chirurgico in elezione ed è stata estesa e condivisa con tutti i professionisti coinvolti appartenenti al polo CTO e Maternità (DDG 589 del 21 Agosto 2014- Riorganizzazione del percorso chirurgico).

I percorsi discrezionali sono stati ricondotti al percorso previsto dalla procedura aziendale con le uniche eccezioni relative al percorso di preospedalizzazione del paziente cardiocirurgico e del percorso per i pazienti provenienti da fuori regione; dove sono stati dettagliati dei percorsi ad hoc.

Nel corso del 2015 saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- avvio del polo di preospedalizzazione delle Cliniche Chirurgiche: entro il mese di febbraio verrà steso un progetto esecutivo da dedicare alla preospedalizzazione e comunque, in attesa degli eventuali lavori strutturali, entro lo stesso mese verrà dato avvio al nuovo percorso di preospedalizzazione secondo la procedura aziendale della DDG N 598/14 (adozione dei grading chirurgici, utilizzo del questionario di autovalutazione, modulistica correlata), in continuità con gli altri poli.
- entro il 31/03/2015 consolidamento del nuovo percorso di preospedalizzazione del polo Maternità: acquisizione di tutte le informative per tipologia di intervento e monitoraggio degli indici di performance del nuovo percorso.
- entro il 31/03/2015 consolidamento del polo di preospedalizzazione del CTO con individuazione della sede definitiva e implementazione del percorso otorino e neuro chirurgico; ottimizzazione degli accessi giornalieri alla preospedalizzazione.
- entro la fine del 2015: sviluppo dei set up richiesti sull'applicativo ormaweb, integrazione dello stesso con i software presenti in Azienda (book, dnweb etc.), diffusione e formazione degli operatori all'utilizzo dell'applicativo.

## BREAST UNIT

La Regione Toscana con la DGR n° 272/2014 di Riordino della rete oncologica toscana, primi indirizzi alle aziende sanitarie per la costituzione delle Rete dei Centri di Senologia e requisiti organizzativi assistenziali ha dato mandato di procedere alla Costituzione dei Centri di Senologia specificandone i requisiti.

L'AOUC ha da tempo volumi di attività e le competenze (chirurgiche, oncologiche mediche, radioterapiche, diagnostiche, riabilitative, psicologiche ecc) previste per la piena realizzazione del percorso senologico con le caratteristiche previste dalla delibera ed in linea con i requisiti EUSOMA, e all'inizio del 2014 ha realizzato l'accorpamento di tutta l'attività chirurgica presso un'unica sede ed autorizzando a tale tipo di attività chirurgica solo un ristretto numero di chirurghi attualmente interamente dedicati a tale tipo di chirurgia.

Nel corso del 2014 sono stati effettuati circa 1200 interventi di chirurgia senologica ( demolitiva, oncoplastica, plastica ricostruttiva) con l'utilizzo di tecniche di chirurgia innovative con particolare riferimento alle tecniche di rimodellamento del seno e ricostruttive, come le reti in titanio o in materiale a lento assorbimento derivata dalla seta) che permettono in casi selezionati la ricostruzione mammaria immediata senza la necessità dell'utilizzo dell'espansore e quindi di un secondo intervento chirurgico. Inoltre si è ulteriormente implementata l'attività di trapianto di tessuto adiposo grazie al suo arricchimento con cellule staminali che permette un minor riassorbimento della percentuale di tessuto trapiantato. Per tale motivo con provvedimento del DG 328 del 20/05/2014 "progetto del Centro di Senologia AOUC – Breast Unit" è stato inviato il progetto per la realizzazione di un Centro di Senologia conforme ai requisiti previsti dalla citata delibera regionale e già rispondenti ai requisiti EUSOMA. Per il 2015 con l'approvazione del progetto stesso da parte della Regione si prevede di realizzare la formalizzazione del percorso senologico già in essere all'interno di AOUC e, se saranno presenti relativi finanziamenti, la realizzazione di un'unica sede per accorpare le parti principali del percorso stesso (accoglienza, valutazione multidisciplinare, chirurgia, controlli e riabilitazione precoce postoperatoria), sviluppando inoltre sempre più la sinergia con gli altri nodi della rete in particolare con ISPO per gli aspetti diagnostici e di follow up del percorso. Si intende inoltre realizzare l'istituzione di un laboratorio della banca del tessuto adiposo al fine di espandere le cellule adipose prelevate permettendo la creazione di grandi quantità di grasso con un solo prelievo da paziente, per migliorare i risultati della chirurgia plastica ricostruttiva post interventi.

#### DAY SERVICE

Nel corso del 2014 con i Provvedimenti del Direttore Generale n° 292 del 07/05/2014, n° 444 del 03/07/2014, n° 610 del 08/09/2014, sono stati deliberati 22 PACC attribuiti a diverse SOD afferenti a vari DAI. I PACC: sono Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati, rappresentano lo strumento operativo del D.Se e consistono in gruppi selezionati di prestazioni (coerenti per il raggiungimento degli obiettivi diagnostico-terapeutici), incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che vanno esplicitati a priori, per alcune selezionate problematiche cliniche. All'interno del PACC le prestazioni possono essere suddivise in step successivi di approfondimento. E' cura dello specialista erogatore delle prestazioni previste nel primo step, l'eventuale prescrizione e attivazione di quelle previste negli step successivi, con l'obiettivo di concentrare al massimo gli accessi del paziente ai servizi. I PACC sono individuati dai professionisti interessati. Il vantaggio del D.Se. riguarda tutti i diversi attori coinvolti ma soprattutto il paziente che, oltre ad eseguire gli esami necessari in un solo giorno o in un numero limitato di accessi, può intraprendere più rapidamente la terapia necessaria; il paziente viene preso in carica da più specialisti in modo che gli venga assicurata una risposta multidisciplinare

Nei casi in cui un problema clinico richieda una rivalutazione diagnostica o terapeutica il Day Service può essere ripetuto con una frequenza non superiore a 3 episodi all'anno.

Nel corso del 2015 con il Provvedimento del Direttore Generale n° 2 del 12/01/2015 sono stati deliberati 2 PACC attribuiti a diverse SOD afferenti a vari DAI.

L'obiettivo prefisso per il 2015 consiste nell'attivazione operativa al 100% di tutti i PACC deliberati fino ad oggi.

E' necessaria la redistribuzione dei PACC alle SOD che con l'approvazione del nuovo atto aziendale sono state assegnate ad altri DAI e l'integrazione di percorsi analoghi a SOD afferenti a DAI diversi con l'intento di creare unici percorsi per singole patologie.

Rimane inoltre sempre alta l'attenzione nel proporre la delibera di ulteriori percorsi sulla base di quanto previsto dagli obiettivi di budget.

#### APPROPRIATEZZA, EFFICIENZA, QUALITA' CLINICA

Relativamente all'appropriatezza chirurgica e medica, all'efficienza assistenziale, alla qualità clinica si prevede il perseguimento delle performance proposte dal MeS, riportate nella tabella sottostante. Per il 2015, come per ogni anno, il valore atteso degli indicatori vede un miglioramento rispetto all'anno precedente ed un progressivo allineamento alla performance media regionale.

INDICATORE MES	OBIETTIVO MES ANNO 2015
<b>EFFICIENZA</b>	
Indice di performance degenza media per acuti (C2a)	-0,25
Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati >1 giorno (C3.1)	<1
<b>QUALITA' CLINICA</b>	
Fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute) (C5.2)	80%
<b>APPROPRIATEZZA CHIRURGICA</b>	
% DRG Medici da reparti chirurgici: Day Hospital (C4.1.2)	15%
% Colectomie laparoscopiche in Day Surgery (C4.4)	80,2%
DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunti per Day Surgery (C4.12)	70%
<b>APPROPRIATEZZA MEDICA</b>	
DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (C4.9)	68%
Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (C14.2)	10%
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 gg) (C14.3)	15%

## 8. OBIETTIVI OPERATIVI DI STRUTTURA ED IL PROCESSO DI BUDGET

La Direzione Aziendale ciascun anno definisce le linee di indirizzo strategiche che, attraverso il processo di budget, vengono declinate in obiettivi operativi per le diverse strutture dell'azienda. La Scheda di Budget rappresenta il documento operativo che, per ciascuna struttura (DAI, SOD, UO), definisce gli obiettivi da perseguire, i valori attesi, gli indicatori con i quali verrà misurato il raggiungimento o meno degli obiettivi ed il peso di ciascun obiettivo/indicatore.

Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative; il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi (art. 126 della LRT 40/2005).

Il processo di budget ha le seguenti finalità:

- indirizzare la gestione dell'azienda e guidare tutte le strutture;
- orientare i comportamenti di tutti i dipendenti verso il raggiungimento degli obiettivi generali dell'azienda;
- favorire la comunicazione e la trasparenza;
- permettere l'integrazione tra il livello strategico ed il livello operativo nonché il coordinamento tra i diversi dipartimenti e le diverse SOD dell'azienda;
- aumentare la responsabilizzazione;
- favorire cambiamenti organizzativi tesi al miglioramento complessivo dei risultati aziendali;
- rendere possibile il miglioramento delle performance nella logica del miglioramento continuo.

Attraverso il calcolo degli indicatori viene monitorato, sia nel corso che alla fine dell'anno, il raggiungimento o meno dei corrispondenti obiettivi. Sia la fase di monitoraggio infrannuale che di verifica finale vengono accompagnati da una dettagliata reportistica favorendo la conoscenza ai vari livelli organizzativi dei fatti e dei fenomeni gestionali interni all'Azienda.

La scheda di budget contiene gli obiettivi organizzativi dell'intera struttura (performance organizzativa). Una volta negoziati gli obiettivi, tutto il personale della struttura deve essere coinvolto nel raggiungimento degli stessi così come la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi si estende a tutto il personale assegnato alla struttura.

Il **processo di budget** si articola nelle fasi di elaborazione della proposta di budget, negoziazione, monitoraggio infrannuale e verifica finale.

▪ **Elaborazione della proposta di budget**

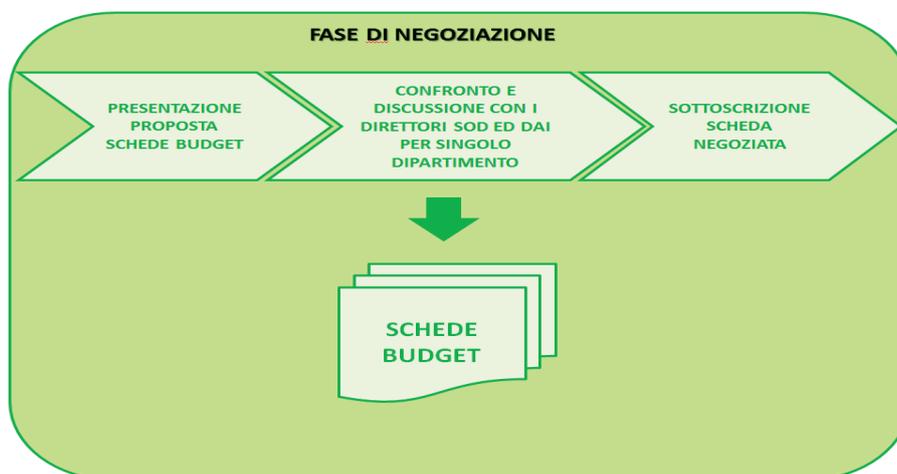
La Direzione Aziendale, dopo aver valutato l'andamento delle attività e dei costi aziendali complessivi dell'esercizio in corso e tenendo in considerazione i vincoli economici definiti a livello nazionale e regionale, definisce le linee strategiche di programmazione per l'anno successivo. Sulla base degli obiettivi strategici aziendali sono definiti gli obiettivi operativi per ciascuna struttura nonché i relativi indicatori, valori attesi e pesi e vengono redatte le schede di budget che rappresentano la proposta da negoziare con ciascun direttore di struttura.

Una volta predisposta la proposta di budget per l'anno successivo viene effettuata una stima degli effetti economici, in termini di minori/maggiori costi e ricavi, legati agli obiettivi di budget definiti e viene redatto quindi il bilancio preventivo.



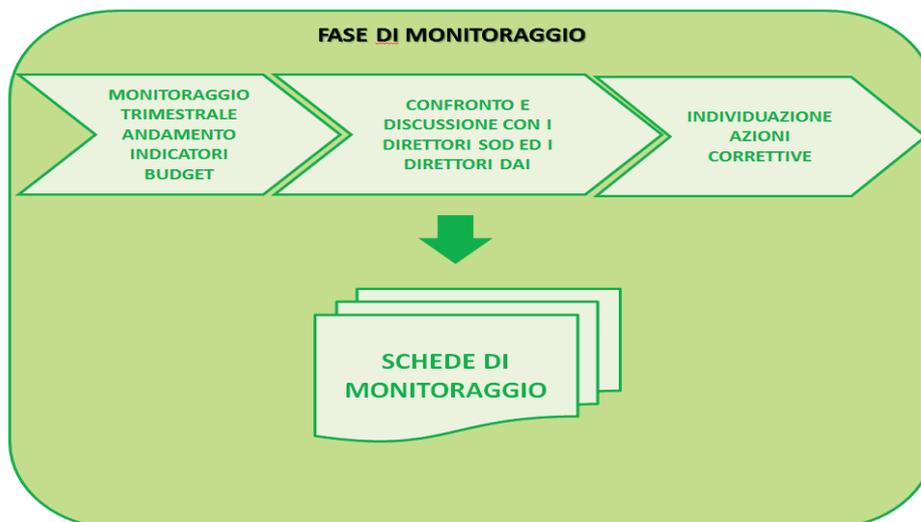
▪ **Negoziazione del budget**

Dopo aver fissato il calendario degli incontri, la Direzione Aziendale negozia con i direttori di struttura gli obiettivi da raggiungere nonché i relativi indicatori, valori attesi e pesi. Il processo di negoziazione può prevedere più passaggi ed incontri e termina con la sottoscrizione della scheda di budget da parte di ciascun direttore di struttura. Questi, una volta sottoscritta la scheda di budget, deve portare a conoscenza degli obiettivi assegnati tutto il personale della struttura declinandoli in specifiche azioni da porre in essere allo scopo di realizzare il raggiungimento degli obiettivi stessi nel rispetto delle risorse assegnate e degli standard di qualità attesi.



▪ **Monitoraggio infrannuale del budget**

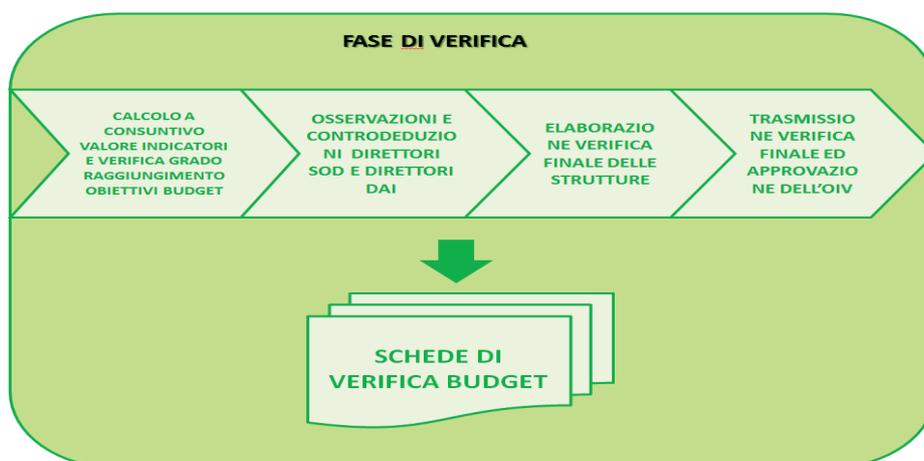
Durante l'anno, a cadenza prestabilita (mensile, bimestrale ovvero trimestrale) viene svolta l'attività di monitoraggio al fine di verificare per ciascuna struttura il raggiungimento o meno degli obiettivi fissati in sede di negoziazione di budget nonché l'andamento dei costi e delle attività. Ciò al fine di procedere ad un continuo confronto tra quanto negoziato e quanto invece realizzato evidenziandone gli scostamenti, ricercandone le cause ed individuando eventuali azioni correttive.



▪ **Verifica finale del budget (valutazione della performance organizzativa)**

Al monitoraggio infrannuale del budget segue, nei primi mesi dell'anno successivo, la verifica finale dei risultati raggiunti da ciascuna struttura tramite il confronto tra gli obiettivi di budget negoziati presenti nella scheda ed i risultati realizzati. La scheda di verifica con l'indicazione del grado di raggiungimento di ciascun obiettivo, viene illustrata/inviata a ciascun direttore di struttura con la possibilità di inviare, se lo ritiene opportuno, con relazione scritta eventuali controdeduzioni e/o spiegazioni relativamente agli obiettivi non totalmente raggiunti.

Una volta acquisite tali osservazioni ed eventualmente rettificato il grado di raggiungimento di alcuni obiettivi, le schede di verifica vengono trasmesse ed illustrate all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che procede alla valutazione ed approvazione finale.



L'allegato A. del presente documento riporta gli **obiettivi strategici, gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori** dell'anno 2015.

## 9. OBIETTIVI OPERATIVI INDIVIDUALI E PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Gli obiettivi individuali e/o di équipe, strettamente legati a quelli delle strutture e derivati dalla negoziazione di budget, sono assegnati tramite apposita scheda ai singoli operatori, congiuntamente ai comportamenti organizzativi ed alle competenze attesi. Essi sono, se necessario, perfezionati in sede di verifica intermedia.

Il Sistema per la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale è stato introdotto sperimentalmente nell'anno 2014 per i dirigenti, con modalità caratterizzate da proprietà di progressiva applicazione, prevedendo il passaggio dal suo assestamento alla successiva e graduale estensione al restante personale dagli anni 2015-2016.

In particolare, nell'anno 2015 il sistema viene esteso al personale titolare di posizione organizzativa, prevedendone l'applicazione dal 2016, anno in cui decorrono i nuovi incarichi di posizione conferiti in esito alle procedure selettive espletate nel corso dell'ultimo periodo del 2015. Inoltre, sono riconsiderati i parametri di valutazione delle competenze e dei comportamenti organizzativi dei dirigenti ed adottata la griglia di valutazione articolata su 5 livelli prevista dal Sistema di misurazione e valutazione della performance nell'Azienda.

Esso si realizza secondo le seguenti fasi:

PERIODO	AZIONI		ATTORI COINVOLTI
SETTEMBRE-OTTOBRE	1	Progettazione dell'intervento	Team di valutazione – dirigenti e responsabili
OTTOBRE-DICEMBRE	2	Presentazione a dirigenti e responsabili	Valutati – valutatori - team di valutazione
GENNAIO-MARZO	3	Definizione obiettivi individuali - presentazione e sottoscrizione schede individuali di valutazione	Valutati - valutatori
LUGLIO-AGOSTO	4	Verifica intermedia	Valutati - valutatori
FEBBRAIO- APRILE	5	Valutazione finale	Valutati – valutatori - team di valutazione
MAGGIO	6	Verifica di seconda istanza	Direzione Aziendale - OIV

La valutazione individuale di tutto il personale è effettuata dai dirigenti responsabili e da altri ruoli di responsabilità, di coordinamento e gestionali.

Essa è relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di équipe definiti a conclusione della negoziazione di budget, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi, secondo quanto rappresentato di seguito:

VALUTATO	AMBITI DI VALUTAZIONE				VALUTATORE
	Ambito valutato da STRUTTURA TECNICA DEPUTATA				
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance struttura gestita 60		Competenze manageriali 20	Capacità di valorizzazione del capitale umano e sviluppo dell'etica professionale 20	DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance struttura gestita 60		Competenze manageriali 20	Capacità di valorizzazione del capitale umano 20	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	Performance struttura gestita 60		Competenze manageriali 20	Capacità di valorizzazione del capitale umano 20	
DIRIGENTI	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE STRUTTU-

	60	20	20	RA DI AFFERENZA
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze	
	80	10	10	
PERSONALE COMPARTO DS e D	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali o di équipe	Comportamenti e competenze	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	80	10	10	
PERSONALE COMPARTO C, BS, B e A	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze	
	80	10	10	
SUPPORTO METODOLOGICO	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE STRUTTURE DELLO STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE DEPUTATE			

Lo strumento che sintetizza gli obiettivi individuali è la scheda di valutazione individuale, che i valutatori illustrano ai valutati per la prevista sottoscrizione.

Esse presentano una differenziata valorizzazione delle dimensioni osservate e dei parametri che le declinano, in relazione alla rilevanza rispetto agli obiettivi aziendali, alle linee di sviluppo della funzione, al ruolo svolto dal valutato ed all'area professionale di appartenenza.

La sommatoria di tutti i pesi attribuiti alle singole dimensioni (performance della struttura organizzativa, obiettivi individuali o di équipe, comportamenti e competenze, capacità di valorizzare l'ambiente ed i collaboratori) è pari a 100.

Rispetto ad ogni parametro di valutazione, il valutatore formulerà a consuntivo un giudizio - espressione del riscontrato grado di espressione dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato - secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi (non adeguato, migliorabile, adeguato, buono, eccellente) ai quali corrispondono differenziati giudizi sintetici valorizzati.

SCALA DI VALUTAZIONE			
GRADI	GIUDIZI		Giudizio sintetico valorizzato
1	Non adeguato	Prestazione non rispondente agli standard o alle attese. Manifesta comportamenti che non soddisfano i requisiti di base della posizione Necessità di colmare ampie lacune o debolezze gravi.	2
2	Migliorabile	Prestazione solo parzialmente rispondente agli standard o alle attese. Manifesta comportamenti vicini ai requisiti della posizione ma in parte lacunosi Necessità di migliorare alcuni aspetti specifici.	4
3	Adeguato	Prestazione mediamente in linea con gli standard o le attese. Manifesta comportamenti mediamente soddisfacenti, anche se con lacune sporadiche Il valutato non necessita di interventi di sostegno.	6
4	Buono	Prestazione mediamente superiore agli standard o alle attese. Manifesta comportamenti stabilmente soddisfacenti con assenza di lacune.	8
5	Eccellente	Prestazione ampiamente superiore agli standard o alle attese. Manifesta comportamenti più che soddisfacenti ed esemplari per qualità. Comportamento assumibile quale modello di riferimento.	10

Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi, opportunamente combinate, concorrono alla definizione della valutazione finale di ciascun dipendente (Indice di Performance Individuale - IPI) che il valutatore illustra al valutato, anche ai fini dell'elaborazione di piani di miglioramento individuali ed all'acquisizione di eventuali osservazioni/ controdeduzioni.

Le schede di verifica individuale, come le schede di valutazione della performance organizzativa delle singole strutture, vengono trasmesse ed illustrate all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la prevista validazione complessiva. Le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale di ciascun dipendente.

La valutazione strutturata su base annua della performance organizzativa ed individuale finalizzata all'erogazione dei compensi previsti dal sistema premiante è funzionale a preparare le condizioni per una valutazione finale delle attività professionali, che tenga conto dell'intero percorso valutativo del dipendente, così da favorire un coerente sviluppo professionale. Pertanto, concorre a costituire la documentazione di base per la valutazione delle attività professionali effettuata alla scadenza degli incarichi attribuiti (di competenza, per i dirigenti, del Collegio tecnico).

Fermo restando il rispetto dei CCNL e degli Accordi integrativi vigenti, ai fini del sistema premiante il raggiungimento di un indice di performance individuale minimo (inteso come somma del valore ponderato del grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura e del valore ponderato della valutazione individuale) pari al 50% è condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva per il miglioramento dei servizi.

Per la collocazione del personale nelle previste fasce di merito, i cui effetti economici sono rinviati alla tornata di contrattazione collettiva successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009 (DGRT n. 465/2012) se ne prevede la sperimentazione nella futura fase di assestamento del complessivo sistema di valutazione.

## 10. ALLEGATO A - OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI SCHEDE BUDGET 2015

### OBIETTIVI STRATEGICI - OBIETTIVI OPERATIVI - INDICATORI - BUDGET 2015

#### APPROPRIATEZZA CHIRURGICA

<b>INCREMENTO GESTIONE CASISTICA LEA CHIRURGICI IN DS</b>	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 008-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 040-INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L ORBITA, ETA &gt;17</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 042-INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 055-MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLAI in assenza di codice ICD9CM 20.95</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 059-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA &gt; 17</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 119-LEGATURA E STRIPPING DI VENE</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 158-INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 160-INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA &gt; 17 SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 162-INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA &gt; 17 SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 169-INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 227-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 229-INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 262-BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 266-TRAPIANTI PELLE E/O SBRIGLIAM ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC</b>
	<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 267-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI</b>
<b>PERC. IN DAY SURGERY DRG 268-CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA</b>	

	PERC. IN DAY SURGERY DRG 270-ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC
	PERC. IN DAY SURGERY DRG 315-ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE
	PERC. IN DAY SURGERY DRG 339-INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA >17
	PERC. IN DAY SURGERY DRG 359-INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC
	PERC. IN DAY SURGERY DRG 381-ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA
	PERC. IN DAY SURGERY DRG 503-INTERVENTI SU GINOCCHIO SENZA DIA. PRINCIPALE DI INFEZIONE
	PERC. IN DAY SURGERY DRG 538-ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC
ALLINEAMENTO % COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS A PARAMETRO MES	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE

#### APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI

ALLINEAMENTO COSTO MEDIO TERAPIA STANDARD	PERC. FARMACI GRUPPO L01X (AD ALTO COSTO)/ TOTALE FARMACI ONCOLOGICI CLASSE L01
ALLINEAMENTO COSTO MEDIO TERAPIA STANDARD	COSTO MEDIO TERAPIA PER PZ CON HIV IN DIMISSIONE
INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE	UP LIPEGFILGRASTIM (L03AA14)/ PEGFILGRASTIM+ LIPEGFILGRASTIM (L03AA14+L03AA13)
INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE	UP FARMACO INFLECTRA/ UP FARMACO REMICADE + INFLECTRA
ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	PERC. FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE
DRUG-DAY	% PRESCRIZIONI SECONDO CALENDARIO DEFINITO PER FARMACI SOGGETTI A DRUG-DAY

#### APPROPRIATEZZA DI PERCORSO

SEGNALAZIONE PRECOCE (ENTRO 72 ORE) PAZIENTI COMPLESSI AD AGENZIA CONTINUITA'	PERC. N. SEGNALAZIONI CASI COMPLESSI ENTRO LE 72 ORE DALL'AMMISSIONE/ TOTALE N. CASI SEGNALATI (solo per pz ammessi/dimessi stessa SOD)
MODIFICA SETTING ASSISTENZIALE DA REGIME DH AD AMBULATORIALE	SCOST PERC. PREST. AMBULATORIALI/ ACCESSI DH + PREST. AMB. (SU SELEZIONE DRG E PREST. AMB. GESTITI IN ENTRAMBI I REGIMI)
ATTIVAZIONE PAC DAY SERVICE	VALUTAZIONE PERC. NUMERO PAC DAY SERVICE ATTIVATI NELL'ANNO
ATTIVAZIONE PERCORSO DI OSSERVAZIONE BREVE	VALUTAZIONE ATTIVAZIONE OSSERVAZIONE BREVE

#### APPROPRIATEZZA MEDICA

RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	SCOST. PERC. DRG 013-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE
	SCOST. PERC. DRG 019-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 065-ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO
	SCOST. PERC. DRG 131-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 139-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC

	SCOST. PERC. DRG 183-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL APPARATO DIGERENTE, ETA >17 SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 189-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL APPARATO DIGERENTE, ETA >17 SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 206-MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZACC
	SCOST. PERC. DRG 208-MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 241-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 243-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
	SCOST. PERC. DRG 245-MALATTIE DELL OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 256-ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
	SCOST. PERC. DRG 294-DIABETE ETA > 35
	SCOST. PERC. DRG 301-MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 321-INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA > 17 SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 323-CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI
	SCOST. PERC. DRG 324-CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 326-SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA >17 SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 332-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA >17 SENZA CC
	SCOST. PERC. DRG 369-DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
	SCOST. PERC. DRG 384-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE
	SCOST. PERC. DRG 467-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE
	SCOST. PERC. DRG 490-H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE
	MES: PERC. RICOVERI MEDICI BREVI
CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA ENTRO PARAMETRO MES	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA

**APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO**

APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SCOST.PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI DIAGN. IMMAGINI PER PZ RICOVERATI/VALORE RIC. ORD. (2015 vs 2013)
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	SCOST.PERC. COSTO PREST RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/VALORE RIC. ORD. (2015 vs 2013)
DIFFERENZIAZIONE PRIORITA' RICHIESTE ESAMI DIAGNOSTICA IMMAGINI	SCOST. PERC. RICHIESTE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CODICE ROSSO
DIFFERENZIAZIONE PRIORITA' RICHIESTE ESAMI DIAGNOSTICA IMMAGINI	SCOST. PERC. RICHIESTE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CODICE GIALLO
DIFFERENZIAZIONE PRIORITA' RICHIESTE ESAMI DIAGNOSTICA IMMAGINI	SCOST. PERC. RICHIESTE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CODICE GIALLO PER DH
DIFFERENZIAZIONE PRIORITA' RICHIESTE ESAMI DIAGNOSTICA IMMAGINI	SCOST. PERC. RICHIESTE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CODICE ROSSO PER DH

DIFFERENZIAZIONE PRIORITA' RICHIESTE ESAMI DIAGNOSTICA IMMAGINI	SCOST. PERC. RICHIESTE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON CODICE VERDE PER DH
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SCOST. PERC. COSTO PRESTAZIONI RICHIESTE DIAGNOSTICA IMMAGINE PER GG DEGENZA
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	SCOST. PERC. N. PRESTAZIONI RICHIESTE DI LABORATORIO PER GG DEGENZA

#### COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI

PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO	PERC. DRG NON DEFINITI CON DATA DIMISSIONE MESE PRECEDENTE
COMPLETA TRACCIABILITA' CASISTICA ROBOTICA TRATTATA	VALUTAZIONE PERC. CASISTICA ROBOTICA CORRETTAMENTE TRACCIATA SU CASISTICA ROBOTICA EFFETTUATA (RIL. DA VINCI)
CORRETTEZZA REGISTRAZIONE ATTIVITA'	PERC. RICOVERI ORDINARI DI UN GIORNO REGISTRATI COME DS/ TOTALE RICOVERI ORDINARI DI UN GIORNO

#### DEMATERIALIZZAZIONE

INCREMENTO/INTRODUZIONE PRESCRIZIONE ELETTRONICA	N° PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/TOTALE PRESCRIZIONI
--	--

#### EFFICIENZA ASSISTENZIALE

RIDUZIONE RX TORACE A LETTO	SCOST. PERC. N. RX TORACE A LETTO/ TOTALE RX TORACE
RIDUZIONE DEGENZA MEDIA	PRESENZA MEDIA NELLA SOD PER DRG MEDICI URGENTI
CONTENIMENTO ENTRO I 2 GG PRESENZA MEDIA OBI	PERC. PAZIENTI TRANSITATI OSSERVAZIONE BREVE CON PRESENZA INFERIORE A 2 GG
MIGLIORAMENTO FUNZIONE FILTRO PRONTO SOCCORSO	SCOST. PERC. ACCESSI AL PS NON SEGUITI DA RICOVERO
RIDUZIONE DEGENZA MEDIA	SCOST. PERC. DEGENZA MEDIA
CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA ENTRO I PARAMETRI MES	MES: INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA
CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA ENTRO PARAMETRO MES	MES: DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI > 1GG
ORIENTAMENTO DELLE SOD SPECIALISTICHE ALLA SOLA CASISTICA PROGRAMMATA	SCOST. PERC. RICOVERI ORDINARI DA PS ALLE SOD SPECIALISTICHE
RIDUZIONE DEGENZA MEDIA	DEGENZA MEDIA (esclusi casi segnalati Agenzia Continuità Assistenziale Extraospedaliera)

#### FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA

INCREMENTO SEGNALAZIONI	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA
INCREMENTO SEGNALAZIONI	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVOVIGILANZA

#### GOVERNO DELLA CASISTICA

TRATTAMENTO CASISTICA TRAPIANTO RENE	N. PZ. TRATTATI PER TRAPIANTO RENE
INCREMENTO CASISTICA SPECIFICA	PERC. CASISTICA ONCOLOGICA/ TOT. CASISTICA

TRATTAMENTO CASISTICA ONCOLOGICA	PERC. CASISTICA ONCOLOGICA/ TOT. CASISTICA
ATTRAZIONE EXTRA REGIONE	PERC. RIC. EXTRA REGIONE/ TOT. RIC.
INCREMENTO CASISTICA SPECIFICA	SCOST. PERC. ATTIVITA' ENDOSCOPICA
INCREMENTO CASISTICA SPECIFICA	SCOST.PERC. CASISTICA COMPLESSA OCULISTICA COME DA PROGETTO DEFINITO
INCREMENTO CASISTICA SPECIFICA	SCOST.PERC. INTERVENTI DI MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
INTRODUZIONE/INCREMENTO DI CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	NUMERO CASI COMPLESSIVI GESTITI IN ROBOTICA NELLE SOD UROLOGICHE
INCREMENTO CASISTICA SPECIFICA	SCOST PERC. TRATTAMENTI CHIRURGICI DELLA TRACHEA
INCREMENTO ATTRATTIVITA' PAZIENTI EXTRAREGIONE	PERC. PREST.AMBULATORIALI PER EXTRAREGIONE / TOT. PREST.AMBULATORIALI (PER ESTERNI)
INCREMENTO TRATTAMENTO CASI PALATOSCHISI (ANCHE CON RECUPERO FUGHE)	SCOST. PERC. NUMERO MEDIO MENSILE PRESTAZIONI PER PALATOSCHISI
RICONDUZIONE CASISTICA UROLOGICA SU PAZIENTI NON NEUROLESI A UROLOGIE	PERC. PZ UROLOGICI NON NEUROLESI/ TOTALE PZ UROLOGICI
RICONDUZIONE TUTTA LA CASISTICA SENOLOGICA SULLA SOD BREAST UNIT	PERC. CASISTICA CHIRURGICA SENOLOGICA GESTITA DALLA SOD / TOTALE CASISTICA SENOLOGICA GESTITA IN AZIENDA
CASISTICA ORIENTATA ALLA BASSA COMPLESSITA'	PERC. CASISTICA BASSA COMPLESSITA'/TOTALE CASISTICA TRATTATA
RICONDUZIONE DELLA CASISTICA CHIRURGICA TIROIDEA NELLA SOD ENDOCRINOCHIRURGIA	PERC. CASISTICA TIROIDI TRATTATA DALLA SOD/TOTALE CASISTICA TIROIDE TRATTATA AZIENDA
INCREMENTO ATTIVITA' CHIRURGICA CON ATTIVAZIONE TERZA SALA	NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI
INTRODUZIONE/INCREMENTO DI CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	NUMERO CASI GESTITI IN ROBOTICA
INCREMENTO CASISTICA INFIAMMATOIA ADDOMINALE	PERC. CASI CON PATOLOGIA INFIAMMATOIA ADDOMINALE/ TOTALE CASI GESTITI
INCREMENTO ATTIVITA' ONCOLOGICA	SCOST PERC. NUMERO CASI K POLMONE
INCREMENTO ATTIVITA' AMBULATORIALE	SCOST PERC. NUMERO PAZIENTI RADIOTERAPIA
INCREMENTO COMPLESSITA' PRESTAZIONI EROGATE	SCOST PERC. PESO MEDIO ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO
ORIENTAMENTO ALLA SOLA CASISTICA PROGRAMMATA	PERC. CASISTICA PROGRAMMATA/ TOTALE CASISTICA GESTITA

#### GOVERNO RISORSE

RIDUZIONE COSTO MEDIO PER PUNTO DRG	SCOST. PERC. COSTO MEDIO FARMACI PER PUNTO DRG
RIDUZIONE COSTO MEDIO PER PUNTO DRG	SCOST. PERC. COSTO MEDIO DISPOSITIVI MEDICI PER PUNTO DRG (prote-si+presidi)
RIDUZIONE COSTO MEDIO PER GG DEGENZA	SCOST. PERC. COSTO MEDIO FARMACI PER GG DEGENZA
RIDUZIONE COSTO MEDIO PER GG DEGENZA	SCOST. PERC. COSTO MEDIO DISPOSITIVI MEDICI PER GG DEGENZA (prote-si+ presidi)

#### INCREMENTO ATTIVITA'

INCREMENTO ATTIVITA' AMBULATORIALE	SCOST. PERC. NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE
------------------------------------	---

INCREMENTO COMPLESSITA' CASISTICA

INCREMENTO COMPLESSITA' PRESTAZIONI EROGATE	SCOST PERC. VALORE MEDIO PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE
---	--

POTENZIAMENTO E/O RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE

PROGETTO RIORGANIZZAZIONE GENETICA MEDICA	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE PROGETTO RIORGANIZZAZIONE GENETICA MEDICA
REALIZZAZIONE PROGETTO PMA	PERC. AZIONI EFFETTUATE NEI TEMPI SECONDO CRONOPROGRAMMA / TOT. AZIONI DA EFFETTUARE
REALIZZAZIONE TRAUMA CENTER	PERC. AZIONI EFFETTUATE NEI TEMPI SECONDO CRONOPROGRAMMA / TOT. AZIONI DA EFFETTUARE

QUALITA'

MONITORAGGIO RINGRAZIAMENTI, SEGNALAZIONI, RECLAMI, CONTENZIOSI	N. RINGRAZIAMENTI
MONITORAGGIO RINGRAZIAMENTI, SEGNALAZIONI, RECLAMI, CONTENZIOSI	N. SEGNALAZIONI
MONITORAGGIO RINGRAZIAMENTI, SEGNALAZIONI, RECLAMI, CONTENZIOSI	N. RECLAMI
MONITORAGGIO RINGRAZIAMENTI, SEGNALAZIONI, RECLAMI, CONTENZIOSI	N. CONTENZIOSI

QUALITA' DI PROCESSO

ALLINEAMENTO % FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GG VS PARAMETRO MES	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI
CONTENIMENTO PARTI CESAREI DEPURATI ENTRO I PARAMETRI MES	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI
MIGLIORAMENTO TEMPISTICHE DI RISPOSTA DELLA CONSULENZA INTERNAZIONALE NEL TRAUMATIZZATO	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO 6 ORE DA RICHIESTA SU PAZIENTI TRAUMATIZZATI COMPLESSI
REDAZIONE PDTA PER LE UNITA' ATTIVATE DI PERTINENZA ONCOLOGICA (IN COLLABORAZIONE CON I RESPONSABILI DI PERCORSO)	N. PDTA REDATTI
MONITORAGGIO ATTIVITA' GOM	N. RELAZIONI SU ATTIVITA' DEI GOM

SICUREZZA

PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEL NUOVO DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI	VALUTAZIONE PERC. PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE NUOVO DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI (secondo semestre)
---	--

REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI O RICHIESTI DA SPP

VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI O RICHIESTI DA SPP (secondo semestre)

SVILUPPO ATTIVITA' AMBULATORIALE STRATEGICA/ ALTA COMPLESSITA'

INCREMENTO PRESTAZIONI STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'

SCOST. PERC. N. PRESTAZIONI EROGATE STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'

INCREMENTO PRESTAZIONI STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'

VALUTAZIONE PERCENTUALE INCREMENTO ATTIVITA' AMBULATORIALE STRATEGICA/DI ALTA SPECIALITA'

SVILUPPO ATTIVITA' DI RICERCA

VALUTAZIONE IMPACT FACTOR PROFESSIONISTI DELLA SOD

IMPACT FACTOR PROFESSIONISTI DELLA SOD

ARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEL NUOVO DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

**11. ALLEGATO B – SCHEDA DI BUDGET**

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		VALORE ATTESO	PESO
<b>GOVERNO DELLA CASISTICA</b>	15	INTRODUZIONE/INCREMENTO DI CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	IND533	NUMERO CASI GESTITI IN ROBOTICA	> 200	7
		RICONDUZIONE TUTTA LA CASISTICA SENOLOGICA SULLA SOD BREAST UNIT	IND512	PERC. CASISTICA CHIRURGICA SENOLOGICA GESTITA DALLA SOD / TOTALE CASISTICA SENOLOGICA GESTITA IN AZIENDA	< 5 %	4
		RICONDUZIONE DELLA CASISTICA CHIRURGICA TIROIDEA NELLA SOD ENDOCRINOCHIRURGIA	IND520	PERC. CASISTICA TIROIDI TRATTATA DALLA SOD/TOTALE CASISTICA TIROIDE TRATTATA AZIENDA	= 0 %	4
<b>APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO</b>	11	DIFFERENZIAMENTO PRIORITA' RICHIESTE ESAMI DIAGNOSTICA IMMAGINI	IND643	SCOST. PERC. RICHIESTE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CODICE ROSSO	< 0 %	3
		APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	IND1006	SCOST.PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI DIAGN. IMMAGINI PER PZ RICOVERATI/VALORE RIC. ORD. (vs 2013)	-10 %	4
		APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	IND1007	SCOST.PERC. COSTO PREST RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/VALORE RIC. ORD. (vs 2013)	-50 %	4
<b>OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO SALA OPERATORIA</b>	4	MASSIMA UTILIZZAZIONE DISPONIBILITA' SALA	IND545	VALUTAZIONE PERC. EFFICIENZA SALA OPERATORIA	= 100 %	4
<b>COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI</b>	8	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO	IND505	PERC. DRG NON DEFINITI CON DATA DIMISSIONE MESE PRECEDENTE	< 4 %	4
		COMPLETA TRACCIABILITA' CASISTICA ROBOTICA TRATTATA	IND519	VALUTAZIONE PERC. CASISTICA ROBOTICA CORRETTAMENTE TRACCIATA SU CASISTICA ROBOTICA EFFETTUATA (RIL. DA VINCI)	= 100 %	4
<b>EFFICIENZA ASSISTENZIALE</b>	7	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA ENTRO I PARAMETRI MES	IND580	MES: INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA	< -25	4
		CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA ENTRO PARAMETRO MES	IND583	MES: DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI > 1GG	< 1	3
<b>APPROPRIATEZZA MEDICA</b>	6	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	DRG 183	SCOST. PERC. DRG 183-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCCELLANEA DI MALATTIE DELL APPARATO DIGERENTE, ETA >17 SENZA CC	-30 %	3
			DRG 208	SCOST. PERC. DRG 208-MALATTIE DELLE ME BILIARI, SENZA CC	-30 %	3
<b>APPROPRIATEZZA CHIRURGICA</b>	16	ALLINEAMENTO % COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS A PARAMETRO MES	IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 80,2 %	4
		INCREMENTO GESTIONE CASISTICA LEA CHIRURGICI IN DS	DRG 158	PERC. IN DAY SURGERY DRG 158-INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	> 50 %	3
			DRG 160	PERC. IN DAY SURGERY DRG 160-INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA > 17 SENZA CC	> 48 %	3

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		VALORE ATTESO	PESO
<b>APPROPRIATEZZA CHIRURGICA</b>	16	INCREMENTO GESTIONE CASISTICA LEA CHIRURGICI IN DS	DRG 162	PERC. IN DAY SURGERY DRG 162-INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA > 17 SENZA CC	> 90 %	3
			DRG 267	PERC. IN DAY SURGERY DRG 267-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	> 95 %	3
<b>GOVERNO RISORSE</b>	9	RIDUZIONE COSTO MEDIO PER PUNTO DRG	IND1005	SCOST. PERC. COSTO MEDIO PROTESI PER PUNTO DRG	-2 %	3
			IND1003	SCOST. PERC. COSTO MEDIO FARMACI PER PUNTO DRG	-2 %	3
			IND1004	SCOST. PERC. COSTO MEDIO DISPOSITIVI MEDICI PER PUNTO DRG (protesi+presidi)	-2 %	3
<b>APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI</b>	6	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND1016	SCOST. PERC. COSTO FARMACI ANTIFUNGINI INIETTABILI PER GG DEGENZA	-10 %	3
		APPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	IND1015	SCOST. PERC. COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	< 1,3 %	3
<b>FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVO/VIGILANZA</b>	6	INCREMENTO SEGNALAZIONI	IND1002	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVO/VIGILANZA	>= 3	3
			IND1001	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	>= 3	3
<b>DEMATERIALIZZAZIONE</b>	4	INCREMENTO PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	IND695	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/TOTALE PRESCRIZIONI	> 80 %	4
<b>SICUREZZA</b>	8	PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEL NUOVO DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI	IND1012	VALUTAZIONE PERC. PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE NUOVO DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI	= 100 %	5
		REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DVR O RICHIESTI DA SPP	IND1013	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI O RICHIESTI DA SPP	= 100 %	3
<b>QUALITA'</b>	0	MONITORAGGIO RINGRAZIAMENTI, SEGNALAZIONI, RECLAMI, CONTENZIOSI	IND1011	N. CONTENZIOSI		
			IND1009	N. SEGNALAZIONI		
			IND1008	N. RINGRAZIAMENTI		
			IND1010	N. RECLAMI		
<b>RICERCA</b>	0	VALUTAZIONE IMPACT FACTOR PROFESSIONISTI DELLA SOD	IND741	IMPACT FACTOR PROFESSIONISTI DELLA SOD		
						100

Firma Direttore SOD/UO

Firma Direzione Aziendale

## 12. ALLEGATO C - RISORSE DESTINATE ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E RELATIVA DISTRIBUZIONE ANNO 2014

I dati di seguito riportati fanno riferimento all'anno 2014, essendo attualmente in corso di definizione le modalità dell'utilizzo delle risorse finanziarie disponibili da distribuire al personale dirigente e non dirigente con riferimento all'anno 2015.

### RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE AREA DIRIGENZA MEDICA

AREA DIRIGENZA MEDICA										
COSTRUZIONE QUOTE INDIVIDUALI RETRIBUZIONE DI RISULTATO ANNO 2014										
consistenza complessiva risorse utilizzabili		2.085.499								
disponibilità risorse al netto quota fissa		1.087.208,45								
incarichi	n dirig.	parte fissa - quota annuale	spesa totale per parte fissa	peso incarico	tot. pesi	parte variabile	spesa totale per parte variabile	spesa complessiva	quota individuale	
B	41	2.473,20	101401,2	1,9	77,9	1.828,54	74.969,94	176.371,14	4.301,74	
M	24	2.008,44	48202,56	1,75	42	1.684,18	40.420,25	88.622,81	3.692,62	
C	33	2.008,44	66278,52	1,5	49,5	1.443,58	47.638,15	113.916,67	3.452,02	
D	108	1.543,68	166717,44	1,5	162	1.443,58	155.906,67	322.624,11	2.987,26	
E	178	1.543,68	274775,04	1,5	267	1.443,58	256.957,29	531.732,33	2.987,26	
F	96	1.171,80	112492,8	1,3	124,8	1.251,10	120.105,88	232.598,68	2.422,90	
G	115	614,04	70614,6	1,3	149,5	1.251,10	143.876,84	214.491,44	1.865,14	
L	88	614,04	54035,52	1	88	962,39	84.690,04	138.725,56	1.576,43	
HI	123	614,04	75526,92	1	123	962,39	118.373,59	193.900,51	1.576,43	
J	46	614,04	28245,84	1	46	962,39	44.269,80	72.515,64	1.576,43	
	852		998.290,44		1129,7		1.087.208,45	2.085.498,89		
valore punto	962,39									

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE AREA DIRIGENZA SANITARIA

**DIRIGENZA SANITARIA**

FONDO 2014	328.770,11				
parte residui al 31/12/2013	400.000,00				
<b>TOTALE</b>	<b>728.770,11</b>				
<b>Incarichi</b>	<b>n dir.</b>	<b>peso Inc.</b>	<b>Tot. peso</b>	<b>a ciascuno</b>	<b>TOTALI</b>
B	3	1,9	5,7	13.099,94	39.299,81
M	2	1,75	3,5	12.065,73	24.131,46
C	1	1,5	1,5	10.342,05	10.342,05
D	15	1,5	22,5	10.342,05	155.130,82
E	17	1,5	25,5	10.342,05	175.814,93
F	6	1,3	7,8	8.963,11	53.778,68
G	4	1,3	5,2	8.963,11	35.852,46
L	6	1	6	6.894,70	41.368,22
H I	23	1	23	6.894,70	158.578,17
J	5	1	5	6.894,70	34.473,52
<b>TOTALI</b>	<b>82</b>		<b>105,7</b>		<b>728.770,11</b>
<b>VALORE PUNTO</b>	<b>6.894,70</b>				

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE AREA DIRIGENZA PROFESSIONALE, TECNICA ED AMMINISTRATIVA

**DIRIGENZA PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA**

AII.3

risorse residue sui fondi

RESIDUI ANTE 2012	ANNO 2012		ANNO 2013		RESIDUI COMPLESSIVI
	<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO</b>		<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO</b>		
	<b>TRATTAMENTO E INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>		<b>TRATTAMENTO E INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>		
	valore fondo	467.136,05	valore fondo	467.136,05	
	spesa	358.786,70	spesa	385.187,46	
	residuo	108.349,35	residuo	81.948,59	
	<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA'</b>		<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA'</b>		
	<b>DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE</b>		<b>DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE</b>		
	valore fondo	102.471,41	valore fondo	102.471,41	
	spesa	50.906,92	spesa	48.787,17	
	spesa per saldo risultato	75.445,83	spesa presunta per saldo risulta	75.445,83	
	residuo	23.881,34	residuo	21.761,59	
	<b>FONDI COMPLESSIVI</b>		<b>FONDI COMPLESSIVI</b>		
	valore fondi	569.607,46	valore fondi	569.607,46	
	spesa	485.139,45	spesa	509.420,46	
<b>residuo</b>	<b>332.429,18</b>	<b>84.468,01</b>	<b>residuo</b>	<b>60.187,00</b>	<b>477.084,19</b>

FONDO DELLA PRODUTTIVITÀ COLLETTIVA PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI E PER IL PREMIO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI (ART. 9 CCNL 31/7/2009)

<u>categoria</u>	<u>profilo</u>	<u>quota annuale</u>	<u>quota mensile</u>	<u>Totale Dip.</u>	<u>COSTO an- nuale</u>	<u>acconto quota mensile 90% (80% per titolari di P.O.)</u>	<u>saldo quota mensile</u>	<u>COSTO an- nuale acconto</u>	<u>COSTO an- nuale saldo</u>
DS									
<b>Personale Infermieristico</b>									
	Personale Infermieristico (titolare di P.O.)	3.681,35	306,78	3	11.044,04	245,42	61,36	8.835,24	2.208,81
	Ostetrica Professional/Ostetrica Gestional	2.044,68	170,39	4	8.178,72	153,35	17,04	7.360,85	817,87
	Ostetrica Professional/Ostetrica Gestional (ti- tolare di P.O.)	2.044,68	170,39	1	2.044,68	136,31	34,08	1.635,74	408,94
	Capo Sala/C.P.S. Infermiere/Infermiere Ge- stional/Infermiere Professional	2.044,68	170,39	262	535.706,16	153,35	17,04	482.135,54	53.570,62
	Capo Sala/C.P.S. Infermiere/Infermiere Ge- stional/Infermiere Professional (titolare di P.O.)	2.044,68	170,39	39	79.742,52	136,31	34,08	63.794,02	15.948,50
<b>Personale Tecnico Sanitario</b>									
	Labor. Biomedico (titolare di P.O.)	2.945,05	245,42	1	2.945,05	196,34	49,08	2.356,04	589,01
	Lab. Biomedico	2.509,06	209,09	20	50.181,12	188,18	20,91	45.163,01	5.018,11
	Lab. Biomedico (titolare di P.O.)	2.509,06	209,09	2	5.018,11	167,27	41,82	4.014,49	1.003,62
	Lab. Biomedico Professional	2.044,68	170,39	7	14.312,76	153,35	17,04	12.881,48	1.431,28
	Lab. Biomedico Professional (titolare di P.O.)	2.044,68	170,39	1	2.044,68	136,31	34,08	1.635,74	408,94
	Radiologia Medica/Radiologia Medica Profes- sional	2.038,61	169,88	24	48.926,59	152,90	16,99	44.033,93	4.892,66
	Radiologia Medica/Radiologia Medica Profes- sional (titolare di P.O.)	2.038,61	169,88	3	6.115,82	135,91	33,98	4.892,66	1.223,16
	Tecn.di Neurofisiopat.	2.665,61	222,13	1	2.665,61	199,92	22,21	2.399,05	266,56

	Tecn.di Neurofisiopat.Profess.	2.509,06	209,09	1	2.509,06	188,18	20,91	2.258,15	250,91
	Tecn. Fisiop. Cardiocirc. e Perfusion Cardiovasc.	2.044,68	170,39	1	2.044,68	153,35	17,04	1.840,21	204,47
	Tecn. Fisiop. Cardiocirc. e Perfusion Cardiovasc.Profess	1.881,79	156,82	1	1.881,79	141,13	15,68	1.693,61	188,18
	Odontotecnico	2.509,06	209,09	1	2.509,06	188,18	20,91	2.258,15	250,91
	Dietista (titolare di P.O.)	3.681,35	306,78	1	3.681,35	245,42	61,36	2.945,08	736,27
	Dietista/Dietista Professional	2.044,68	170,39	13	26.580,84	153,35	17,04	23.922,76	2.658,08
<b>Personale della Riabilitazione</b>									
	Insegn. Ortofrenico	1.016,66	84,72	1	1.016,66	76,25	8,47	915,00	101,67
	Fisioterapista/Massofisioterapista N.V.	1.881,79	156,82	17	31.990,46	141,13	15,68	28.791,42	3.199,05
	Fisioterapista/Massofisioterapista N.V. (titolari di P.O.)	1.881,79	156,82	2	3.763,58	125,45	31,36	3.010,87	752,72
	Fisioterapista Professional	2.044,68	170,39	4	8.178,72	153,35	17,04	7.360,85	817,87
	CPS Esperto ortottista/Ortottista Professional	2.044,68	170,39	2	4.089,36	153,35	17,04	3.680,42	408,94
	Tc Audiometrista Professional	2.044,68	170,39	1	2.044,68	153,35	17,04	1.840,21	204,47
<b>Personale Amministrativo</b>									
	Coll. Amm.vo Prof.le Esperto/Coll. Amm.vo Prof.le Legale Esperto	2.044,68	170,39	10	20.446,80	153,35	17,04	18.402,12	2.044,68
	Coll. Amm.vo Prof.le Esperto/Coll. Amm.vo Prof.le Legale Esperto (titolare di P.O.)	2.044,68	170,39	23	47.027,64	136,31	34,08	37.622,11	9.405,53
	<b>TOTALE PERSONALE CATEGORIA DS</b>			<b>446</b>	<b>926.690,56</b>			<b>817.678,75</b>	<b>109.011,80</b>
<b>D</b>									
<b>Personale Infermieristico</b>									
	Infermiere	1.568,16	130,68	1869	2.930.891,04	117,61	13,07	2.637.801,94	293.089,10

Infermiere Pediatrico	2.944,13	245,34	8	23.553,02	220,81	24,53	21.197,72	2.355,30
Ostetrica	1.568,16	130,68	100	156.816,00	117,61	13,07	141.134,40	15.681,60
<b>Personale Tecnico Sanitario</b>								
Radiologia Medica	2.038,61	169,88	169	344.524,75	152,90	16,99	310.072,28	34.452,48
Lab. Biomedico	2.509,06	209,09	147	368.831,23	188,18	20,91	331.948,11	36.883,12
Tecn. Di Neurofisiopatol.	1.881,79	156,82	10	18.817,92	141,13	15,68	16.936,13	1.881,79
Tecn. Fisiop. Cardiocirc. E Perfusionazione Cardiovasc.	1.881,79	156,82	12	22.581,50	141,13	15,68	20.323,35	2.258,15
Dietista	1.568,16	130,68	7	10.977,12	117,61	13,07	9.879,41	1.097,71
Coll.Pro.San.Tc.Prev.Amb. Luoghi di Lavoro	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
<b>Personale della Riabilitazione</b>								
Logopedista	1.881,79	156,82	1	1.881,79	141,13	15,68	1.693,61	188,18
Fisioterapista	1.881,79	156,82	36	67.744,51	141,13	15,68	60.970,06	6.774,45
Ortottista	1.568,16	130,68	2	3.136,32	117,61	13,07	2.822,69	313,63
Mass. Non vedente	1.881,79	156,82	4	7.527,17	141,13	15,68	6.774,45	752,72
Tecnico Audiometrista	1.568,16	130,68	2	3.136,32	117,61	13,07	2.822,69	313,63
<b>Personale Tecnico</b>								
Coll.Tecn.Prof.Architetto	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
Coll.Tecn.Prof.Ingegnere	1.568,16	130,68	5	7.840,80	117,61	13,07	7.056,72	784,08
Programmatore CAT.D	1.568,16	130,68	5	7.840,80	117,61	13,07	7.056,72	784,08
Programmatore CAT.D (titolare di P.O.)	1.568,16	130,68	2	3.136,32	104,54	26,14	2.509,06	627,26
Geometra		130,68	8					

		1.568,16			<b>12.545,28</b>	117,61	13,07	<b>11.290,75</b>	<b>1.254,53</b>
	Geometra (titolare di P.O.)	1.568,16	130,68	<b>1</b>	<b>1.568,16</b>	104,54	26,14	<b>1.254,53</b>	<b>313,63</b>
	Collab.Prof.Tecn.Tecnico	1.568,16	130,68	<b>2</b>	<b>3.136,32</b>	117,61	13,07	<b>2.822,69</b>	<b>313,63</b>
	<b>Personale Amministrativo</b>								
	Coll. Amm.vo Prof.le/Coll. Amm.vo Prof.le Statistico	1.568,16	130,68	<b>121</b>	<b>189.747,36</b>	117,61	13,07	<b>170.772,62</b>	<b>18.974,74</b>
	Coll. Amm.vo Prof.le/Coll. Amm.vo Prof.le Statistico (titolare di P.O.)	1.568,16	130,68	<b>20</b>	<b>31.363,20</b>	104,54	26,14	<b>25.090,56</b>	<b>6.272,64</b>
	<b>TOTALE PERSONALE CATEGORIA D</b>			<b>2533</b>	<b>4.220.733,26</b>			<b>3.795.053,17</b>	<b>425.680,09</b>
<b>C</b>									
	<b>Personale Infermieristico</b>								
	Infermiere Generico Esperto	1.568,16	130,68	<b>13</b>	<b>20.386,08</b>	117,61	13,07	<b>18.347,47</b>	<b>2.038,61</b>
	<b>Personale della Riabilitazione</b>								
	Massofisioterapista	1.568,16	130,68	<b>2</b>	<b>3.136,32</b>	117,61	13,07	<b>2.822,69</b>	<b>313,63</b>
	<b>Personale Tecnico</b>								
	Programmatore CAT. C	1.568,16	130,68	<b>5</b>	<b>7.840,80</b>	117,61	13,07	<b>7.056,72</b>	<b>784,08</b>
	Geometra	1.568,16	130,68	<b>3</b>	<b>4.704,48</b>	117,61	13,07	<b>4.234,03</b>	<b>470,45</b>
	Assistente Tecnico	1.568,16	130,68	<b>20</b>	<b>31.363,20</b>	117,61	13,07	<b>28.226,88</b>	<b>3.136,32</b>
	Assistente Tecnico Per.Elettrot.	1.568,16	130,68	<b>5</b>	<b>7.840,80</b>	117,61	13,07	<b>7.056,72</b>	<b>784,08</b>
	Assistente Tecnico Per.Elettron.	1.568,16	130,68	<b>3</b>	<b>4.704,48</b>	117,61	13,07	<b>4.234,03</b>	<b>470,45</b>
	Assistente Tecnico Per.Meccan	1.568,16	130,68	<b>4</b>	<b>6.272,64</b>	117,61	13,07	<b>5.645,38</b>	<b>627,26</b>
	Autista	1.568,16	130,68	<b>21</b>	<b>32.931,36</b>	117,61	13,07	<b>29.638,22</b>	<b>3.293,14</b>
	Magazzino	1.568,16	130,68	<b>1</b>	<b>1.568,16</b>	117,61	13,07	<b>1.411,34</b>	<b>156,82</b>
	add.Cucina	1.568,16	130,68	<b>4</b>	<b>6.272,64</b>	117,61	13,07	<b>5.645,38</b>	<b>627,26</b>

	Macelleria	1.568,16	130,68	2	3.136,32	117,61	13,07	2.822,69	313,63
	Centralinista	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
	Off:Meccanica	1.568,16	130,68	2	3.136,32	117,61	13,07	2.822,69	313,63
	Ascensorista	1.568,16	130,68	2	3.136,32	117,61	13,07	2.822,69	313,63
	Elettricista	1.568,16	130,68	7	10.977,12	117,61	13,07	9.879,41	1.097,71
	Giardiniere	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
	Fabbro	1.568,16	130,68	3	4.704,48	117,61	13,07	4.234,03	470,45
	Idraulico	1.568,16	130,68	7	10.977,12	117,61	13,07	9.879,41	1.097,71
	Farmacia	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
	Igiene ambientale	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
	Port.Central.Informatore	1.568,16	130,68	1	1.568,16	117,61	13,07	1.411,34	156,82
	<b>Personale Amministrativo</b>								
	Assistente Amm.vo	1.568,16	130,68	152	238.360,32	117,61	13,07	214.524,29	23.836,03
	<b>TOTALE PERSONALE CATEGORIA C</b>			<b>261</b>	<b>409.289,76</b>			<b>368.360,78</b>	<b>40.928,98</b>
<b>B</b>									
	<b>Personale Tecnico</b>								
	O.T.A.	1.363,56	113,63	66	89.994,96	102,27	11,36	80.995,46	8.999,50
	Autista	1.363,56	113,63	1	1.363,56	102,27	11,36	1.227,20	136,36
	Necroforo	1.363,56	113,63	1	1.363,56	102,27	11,36	1.227,20	136,36
	Addetto Fisica Sanitaria	1.363,56	113,63	1	1.363,56	102,27	11,36	1.227,20	136,36
	Magazzino		113,63	2					

		1.363,56			2.727,12	102,27	11,36	2.454,41	272,71	
	Cucina	1.363,56	113,63	19	25.907,64	102,27	11,36	23.316,88	2.590,76	
	Portiere/Centr./Informatore	1.363,56	113,63	23	31.361,88	102,27	11,36	28.225,69	3.136,19	
	Centr. Telefonico	1.363,56	113,63	4	5.454,24	102,27	11,36	4.908,82	545,42	
	Operatori tecnici add.servizi assistenza	1.363,56	113,63	146	199.079,76	102,27	11,36	179.171,78	19.907,98	
	Operatori tecnici add. Servizi logistici	1.363,56	113,63	27	36.816,12	102,27	11,36	33.134,51	3.681,61	
	Falegname	1.363,56	113,63	1	1.363,56	102,27	11,36	1.227,20	136,36	
	Muratore	1.363,56	113,63	2	2.727,12	102,27	11,36	2.454,41	272,71	
	Imbianchino Vernic.	1.363,56	113,63	1	1.363,56	102,27	11,36	1.227,20	136,36	
	Farmacia	1.363,56	113,63	4	5.454,24	102,27	11,36	4.908,82	545,42	
	Centro Elettronico	1.363,56	113,63	2	2.727,12	102,27	11,36	2.454,41	272,71	
	Portiere	1.363,56	113,63	4	5.454,24	102,27	11,36	4.908,82	545,42	
	Servizio Postale	1.363,56	113,63	2	2.727,12	102,27	11,36	2.454,41	272,71	
	Area accesso e vigilanza	1.363,56	113,63	3	4.090,68	102,27	11,36	3.681,61	409,07	
	Addetto centro antifumo	1.363,56	113,63	1	1.363,56	102,27	11,36	1.227,20	136,36	
	<b>Personale Amministrativo</b>									
	Coadiutore Amm.vo	1.363,56	113,63	34	46.361,04	102,27	11,36	41.724,94	4.636,10	
	<b>TOTALE PERSONALE CATEGORIA B</b>			<b>344</b>	<b>469.064,64</b>			<b>422.158,18</b>	<b>46.906,46</b>	
<b>BS</b>										
	<b>Personale Tecnico</b>									
	Operatore Socio Sanitario	1.432,20	119,35	768	1.099.929,60	107,42	11,94	989.936,64	109.992,96	

Autista	1.432,20	119,35	11	15.754,20	107,42	11,94	14.178,78	1.575,42	
Magazzino	1.432,20	119,35	5	7.161,00	107,42	11,94	6.444,90	716,10	
Cuoco	1.432,20	119,35	24	34.372,80	107,42	11,94	30.935,52	3.437,28	
Centralinista	1.432,20	119,35	2	2.864,40	107,42	11,94	2.577,96	286,44	
Elettricista	1.432,20	119,35	2	2.864,40	107,42	11,94	2.577,96	286,44	
Giardiniere	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Fabbro	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Idraulico	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Farmacia	1.432,20	119,35	8	11.457,60	107,42	11,94	10.311,84	1.145,76	
bagnino	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Imp. Sterilizzazione	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Stabularium	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Fotografo	1.432,20	119,35	1	1.432,20	107,42	11,94	1.288,98	143,22	
Portiere/Centr./Informatore	1.432,20	119,35	15	21.483,00	107,42	11,94	19.334,70	2.148,30	
Area Logistica	1.432,20	119,35	2	2.864,40	107,42	11,94	2.577,96	286,44	
Area Manutenzione	1.432,20	119,35	2	2.864,40	107,42	11,94	2.577,96	286,44	
Area Servizi Accesso e vigilanza	1.432,20	119,35	6	8.593,20	107,42	11,94	7.733,88	859,32	
<b>Personale Amministrativo</b>									
Coadiutore Amm.vo Esperto	1.432,20	119,35	40	57.288,00	107,42	11,94	51.559,20	5.728,80	
<b>TOTALE PERSONALE CATEGORIA BS</b>			<b>892</b>	<b>1.277.522,40</b>			<b>1.149.770,16</b>	<b>127.752,24</b>	

A									
	<b>Personale Tecnico</b>								
	Ausiliari specializzati	1.260,60	105,05	30	37.818,00	94,55	10,51	34.036,20	3.781,80
	Ausiliari specializz.add. Stabularium	1.260,60	105,05	1	1.260,60	94,55	10,51	1.134,54	126,06
	<b>Personale Amministrativo</b>								
	Commesso	1.260,60	105,05	3	3.781,80	94,55	10,51	3.403,62	378,18
	Commesso Fattor.	1.260,60	105,05	2	2.521,20	94,55	10,51	2.269,08	252,12
	Commesso Usciere	1.260,60	105,05	2	2.521,20	94,55	10,51	2.269,08	252,12
	<b>TOTALE PERSONALE CATEGORIA A</b>			<b>38</b>	<b>47.902,80</b>			<b>43.112,52</b>	<b>4.790,28</b>

<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO AL 30/09/2013</b>	<b>4514</b>
<b>TOTALE COSTO 2013 (con aumento 10%)</b>	<b>7.351.203,42</b>
<b>TOTALE COSTO ACCONTI</b>	<b>6.596.133,56</b>
<b>TOTALE COSTO SALDO</b>	<b>755.069,86</b>