

AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA CAREGGI

Piano della Performance 2014-2016- aggiornamento 2016

1.	PREMESSA.....	2
2.	COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO 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.....	7
4.	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	7
4.1.	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE E IL SISTEMA DI VALUTAZIONE.....	8
5.	L'ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	11
6.	COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO.....	11
7.	LINEE DI INDIRIZZO ANNO 2016.....	12
7.1.	OBIETTIVI TRASVERSALI STRATEGICI ANNO 2016.....	23
7.2.	OBIETTIVI SPECIFICI ANNO 2016.....	29
8.	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ANNO 2016.....	35
9.	IL PROCESSO DI BUDGET.....	39
10.	IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	41
11.	ALLEGATO A – SCHEDA DI BUDGET.....	44

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 imporrà 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 2015
RICOVERI ORDINARI	53.381
DH	16.630
GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	337.100
ACCESSI DH	47.947
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (al netto degli interni)	4.554.730
PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI	3.892.727
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	127.678
POSTI LETTO (al netto dei letti tecnici)	1.366
PERSONALE DIPENDENTE OSPEDALIERO	5.376
PERSONALE UNIVERSITARIO ED ALTRO PERSONALE	365

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.

Altro strumento di valutazione delle performance organizzativa aziendale è rappresentato dal Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito, per la maggior parte tassi di mortalità, e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Ogni anno, verso le fine dell'esercizio, vengono pubblicati i risultati del PNE con riferimento all'anno precedente (a fine 2016 verranno pubblicati i risultati del PNE 2015).

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.

Per ogni indicatore sono definite delle fasce di valutazione che prevedono, a seconda dello scostamento dal valore atteso, delle diverse percentuali di raggiungimento. Tali fasce di valutazione per gli indicatori MES e PNE sono 5 e corrispondono a quelle definite dal MES/AGENAS. Per gli indicatori interni dell'azienda per 2014 e 2015 sono state 5, per il 2016 si prevede in forma sperimentale di incrementarle a 7 (aggiungendo quindi ulteriori 2 fasce).

In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti 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.

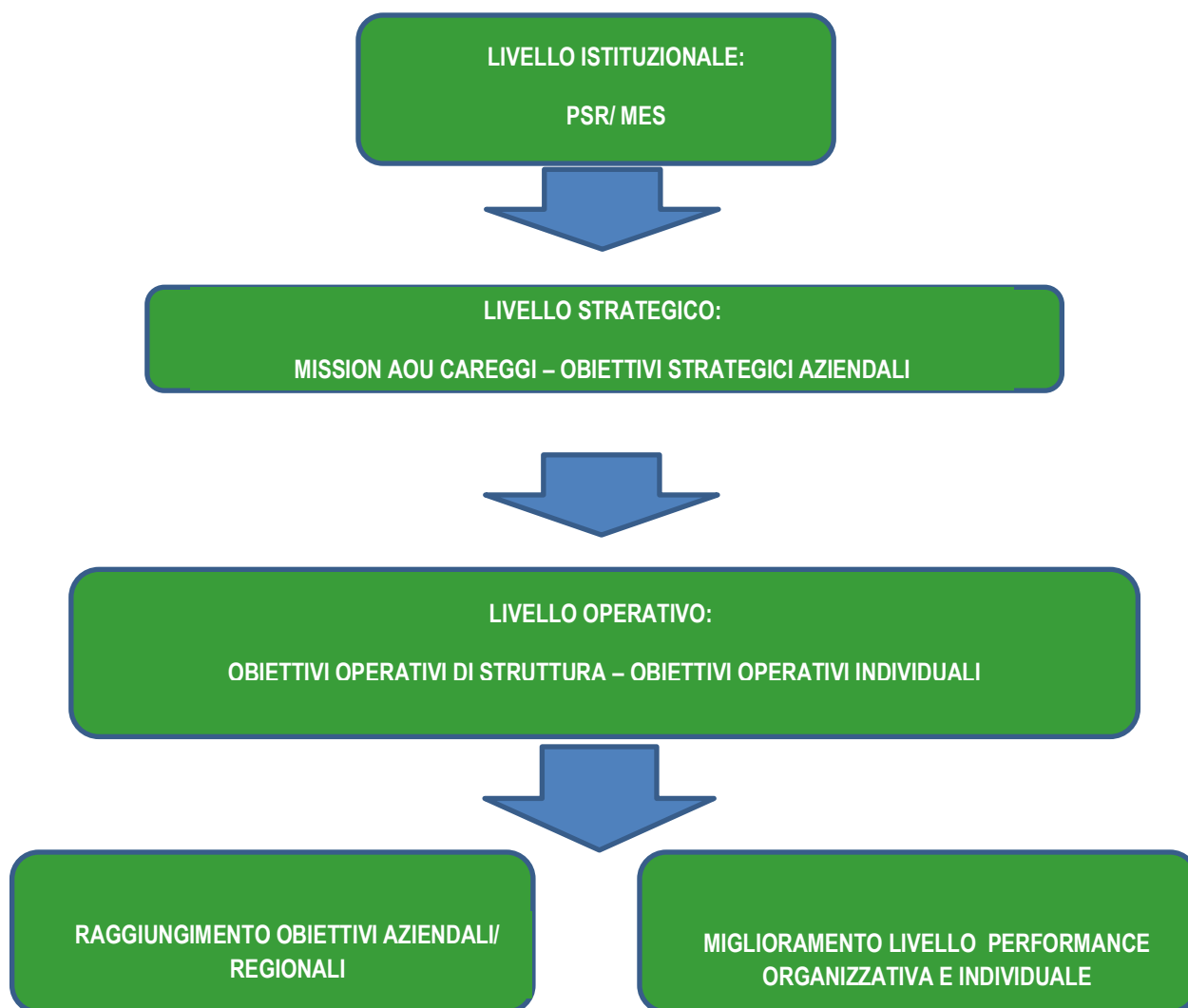
Una volta acquisite tali osservazioni e, se accolte, rettificato il grado di raggiungimento degli obiettivi interessati, le schede di verifica vengono trasmesse ed illustrate all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che procede alla valutazione finale e validazione complessiva. Tali schede verranno 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/UO CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI BUDGET
GENNAIO- MARZO	ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI	ELABORAZIONE E SOTTOSCRIZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE
GENNAIO- DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE BUDGET	ELABORAZIONE REPORTISTICA ED ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI MONITORAGGIO
		INCONTRI CON DIRETTORI DAI E SOD/UO
GENNAIO- DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE
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/UO CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI VERIFICA BUDGET
		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. 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 incompressibile. 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 gli anni 2015-2016 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. LINEE DI INDIRIZZO STRATEGICHE ANNO 2016

ATTO AZIENDALE ED ORGANIZZAZIONE

L'anno 2014 ha visto l'approvazione del nuovo Atto aziendale (provvedimento n° 547 del 6 agosto 2014 ai sensi dell'art. 50, comma 4 della LRT n° 40/2005) 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.

Il 2016 è stato un anno di conferma e sviluppo delle scelte strategiche conseguenti al nuovo Atto Aziendale dell'AOU Careggi.

La lettura data dalla Direzione ai fenomeni economico finanziari e politici che hanno interessato, ed interessano, tutta la Pubblica Amministrazione italiana, sanità compresa, è stata quella di perseguire il cambiamento come strategia ed opportunità per andare incontro alle sfide che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi prevede di affrontare nei prossimi anni.

La continua revisione dell'assetto organizzativo, vero e proprio work in progress che ha toccato profondamente l'organigramma aziendale, ha comportato sia una semplificazione delle strutture organizzative nel loro complesso sia una valorizzazione di quegli elementi di eccellenza ed innovazione tipici di un'Azienda Ospedaliero Universitaria: in questo senso l'attività posta in essere dalla Direzione ha richiesto una ridefinizione del proprio modello produttivo in una logica che vuole confermare e potenziare Careggi quale centro di eccellenza e riferimento a livello nazionale ed internazionale.

Nel corso del 2016 si prevede di mantenere la linea di governo ad oggi adottata, tesa a ricercare le migliori soluzioni organizzative per far fronte, in maniera efficiente e compatibile con le risorse finanziarie, ai bisogni assistenziali espressi dall'utenza in una prospettiva di sempre maggiore complessità clinica.

Così, accanto ai generali interventi strutturali sulle SOD, richiesti dal D.M. n° 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e dagli atti di programmazione regionale e di Area Vasta, la Direzione ha ritenuto di dover valorizzare, nel 2016, un ulteriore e nuovo strumento organizzativo costituito dalle Unit, previste all'art. 25 dell'Atto aziendale, quali entità funzionali multidisciplinari che, partendo da risorse già disponibili e in afferenza al DAI prevalente, riuniscono e coordinano le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso; il tutto in una logica di percorso già espressa a livello nazionale nel Piano e Governo Liste d'attesa quale "...sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica.."

Un ulteriore ed importante elemento di novità è costituito dalla creazione, nel corso del 2016, di una Clinical Trial Center aziendale; prendendo spunto dalle esperienze internazionali presenti in tale ambito si è ipotizzato di definire, nel corrente anno, il modello organizzativo del Clinical Trial Center dell'AOU Careggi (di seguito CTC) quale elemento strutturale che si inserisce nel generale riordino dei Comitati Etici di cui al cd Decreto Balduzzi (D.L. 13/09/2012 n° 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"). Gli obiettivi generali che l'Azienda si pone sono quelli di:

- ottimizzare la conduzione e la gestione della ricerca clinica
- sviluppare e regolamentare la ricerca di fase 1;
- fornire agli sperimentatori una formazione specifica sulle Good Clinical Practices (GCP) nello studio di nuovi farmaci e dispositivi;
- offrire servizi di Contract Research Organization (CRO) accademica alle aziende farmaceutiche, biotecnologiche, nutraceutiche e di biosimilari;
- gestire, monitorare e analizzare le sperimentazioni cliniche fornendo veri e propri servizi alle aziende del settore farmaceutico e alle istituzioni pubbliche e private coinvolte in attività di ricerca clinica finalizzate alla registrazione di nuovi farmaci e dispositivi medici;
- allargare l'offerta formativa sul campo ed attrarre fondi di ricerca non solo da parte delle aziende del settore farmaceutico, ma anche da parte di enti e fondazioni pubbliche e private.
- confermare il miglioramento della qualità di vita della persona, nella sua irrinunciabile centralità, quale principio fondante il sistema delle sperimentazioni profit e non profit.
- Attrarre finanziamenti e fondi e determinare processi virtuosi di autofinanziamento delle attività di ricerca e sperimentazione

Si ritiene di poter concludere la fase progettuale di disegno del modello organizzativo del C.T.C. nel 2016 al fine di consentire la sua piena operatività nel 2017.

Dal punto di vista dell'assetto strutturale aziendale si prevede che la Direzione Operativa (inserita all'interno del nuovo Atto aziendale nel 2014 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) entri a regime nell'arco del 2016, in sinergia con lo sviluppo del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

La Direzione Operativa, quale espressione di attività direzionali, ha collaborato, nella prima fase di avvio, con le piattaforme produttive del DAI delle Professioni per la corretta allocazione delle risorse umane, infrastrutturali e logistiche necessarie alle attività clinico-assistenziali svolte dai Dipartimenti, avviando il monitoraggio costante del loro utilizzo in maniera efficiente e appropriata. La struttura nel corso del 2016 sarà ulteriormente oggetto di integrazione 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.

In questo contesto rappresentano elementi di novità organizzativa e progettuale i 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

PERSONALE

Le politiche del personale hanno confermato il trend aziendale degli ultimi anni, che ha evidenziato una riduzione dei costi e il contenimento della spesa del personale nel limite dell'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento, fissato dalla Legge Finanziaria regionale (Legge Regionale Toscana n.86 del 29.12.2014), a fronte della riduzione delle risorse complessivamente destinate al finanziamento del SSN Legge di stabilità 2015 (Legge 23 dicembre 2014, n. 190).

Sin dal 2014 infatti, è stato intrapreso un processo di revisione/riorganizzazione complessiva del sistema dell'offerta e dei modelli clinico -assistenziali correlati che, sviluppandosi per tutto il 2015, ha comportato una rimodulazione interna e un miglioramento dell'efficienza produttiva in alcune aree e l'ulteriore sviluppo di altre definite cosiddette "di eccellenza".

Conseguentemente, anche per il 2016, l'azione strategica dell'Azienda proseguirà nei percorsi avviati; promuoverà i processi di ampliamento e potenziamento delle aree di eccellenza; continuerà ad adottare le politiche di acquisizione delle risorse umane dedicate all'assistenza, che consentiranno di continuare a ridefinire in modo tale da renderle funzionali e coerenti col nuovo assetto e la mission aziendale. Verranno messe in campo quelle politiche che hanno permesso di impiegare e rideterminare il personale, da un lato da un punto di vista quali - quantitativo, in funzione delle aree previste di potenziamento dell'offerta e, dall'altro - in relazione all'accrescimento della propria efficienza e della realizzazione della migliore utilizzazione delle stesse. Si assicurerà l'appropriatezza dei setting assistenziali e di efficienza operativa.

Le assunzioni che verranno programmate ed effettuate nel 2016 e, tendenzialmente nel triennio 2016/2018, si concentreranno prevalentemente su tali aree e, più nel dettaglio:

- l'apertura della terza sala di cardiocirurgia sin dall'anno 2014 e il successivo sviluppo avvenuto nel 2015 con la messa a regime ha determinato, nell'ambito di un ridisegno complessivo di alta specializzazione un incremento delle sedute operative e dei volumi di attività chirurgica, che per il 2016, renderà necessaria, a fronte di un incremento complessivo di 500 - 600 interventi all'anno, l'assunzione di n.2 medici di cardiocirurgia con contestuale cessazione dei relativi contratti di lavoro autonomo. Inoltre, a fronte dei sempre più crescenti volumi di attività istituzionale nell'ambito della cardiopatia valvolare (100 TAVI e 50 MitraClip previste per il 2017) e coronarica, dei turni di pronto soccorso e delle attività ambulatori, verrà prevista anche l'implementazione di n.2 medici cardiologi;
- Chirurgia robotica: nel blocco operatorio dell'AOUC, sono presenti sin dal 2014, sistemi robotici operativi per la chirurgia generale e urologica a cui, nell'anno 2015, si sono aggiunte le discipline di ginecologia e chirurgia toracica. In questo contesto, considerato che l'AOUC-Careggi è stata individuata quale Centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare dell'Area Vasta Centro per l'utilizzo multidisciplinare Interdipartimentale e delle tecnologie robotiche attuali e di futura acquisizione, anche per quest'anno si punterà a consolidare il percorso progettuale avviato per l'implementazione dei percorsi chirurgici oncologici prevedendo la sostituzione del turnover con l'assunzione di personale dell'area medica n.2 unità; mentre, nell'area funzionale "Toracica", del DAI Cardiotoracovascolare l'ampliamento dell'attività di Pneumologia Interventistica verrà potenziata interamente entro il prossimo biennio, con l'assunzione di almeno n.2 unità.
- L'area della Procreazione medicalmente assistita (PMA): anche per quest'area lo sviluppo risale alla fine del 2014, a seguito della DGRT 650/2014, che ha introdotto la possibilità di effettuare la fecondazione eterologa. Nel corso del 2015 si è avuta una riorganizzazione dei percorsi assistenziali con un potenziamento della sala operatoria, fronteggiato anche con l'assunzione di 2 dirigenti medici di ginecologia e ostetricia, che ha ottimizzato la gestione integrata delle problematiche sanitarie degli utenti per la tecnica eterologa, garantendo così al cittadino un'adeguata assistenza all'interno della Regione, evitando che debba trovare risposta in altri contesti nazionali o internazionali. Per il 2016, in previsione del completamento definitivo dello sviluppo di quest'area e, in considerazione del fatto che l'attività di sala operatoria e laboratorio di P.M.A. andranno a pieno regime, sarà necessario incrementare l'organico di n.2 dirigenti medici di ginecologia e ostetricia;
- Oculistica: avviata a chiusura del 2014 con un percorso innovativo rivolto all'attività assistenziale a maggiore impegno clinico, è stata ulteriormente potenziata nella seconda metà del 2015 l'assunzione a tempo indeterminato di n. 2 unità medi-

- che di oftalmologia. Per l'anno 2016, a fronte dell'incremento di attività vitreo retinica e delle retinopatie e in assenza di graduatorie concorsuali dalle quali attingere, si prevede l'implementazione di ulteriori n. 4 unità a tempo indeterminato consentendo in tal modo la contestuale dismissione del personale precario inserito in via temporanea. Nel biennio 2016/2018 si avrà la copertura di tali posti in modo stabile e duraturo.
- Emergenza urgenza: alla fine dell'esercizio 2014 avvio del Trauma Center, ovvero un centro di alta specializzazione e un Pronto Soccorso unico, proseguito nel 2015 con l'unificazione dei percorsi dell'emergenza-urgenza, con il contestuale avvio di nuove attività e di nuovi comparti operatori. Da settembre 2015 sono stati implementati i percorsi specifici per le patologie tempo dipendenti quali lo stroke dove, a livello dell'area fiorentina, è stata attivata una rete con logica hub-spoke. Inoltre, si è avuto l'implementazione del modello di accoglienza, della casistica notturna, l'attivazione di nuovi percorsi di otorino, ictus e tossicologia. Questa nuova realtà nell'area dell'emergenza-urgenza verrà completata nell'anno 2016 con l'unificazione dei percorsi dell'emergenza -urgenza. Pertanto, per il biennio 2016/2017 si prevede l'implementazione dell'organico medico per il pronto soccorso di 7 unità, cui farà seguito la contestuale cessazione dei contratti libero professionali e tempi determinati a ciò dedicati; parallelamente si prevederà l'avvio delle procedure concorsuali per n.2 unità mediche di neurologia per la stroke.

Costituirà obiettivo primario del 2016 l'attribuzione delle direzioni delle SOD complesse di rilievo strategico per l'AOUC, alcune delle quali vacanti: Fisica Sanitaria, Diagnostica genetica e, altre di nuova istituzione: Diagnostica Senologica, Terapie cellulari e medicina trasfusionale, Radiodiagnostica emergenza urgenza e Traumatologia ed ortopedia generale (da universitaria ad ospedaliera). Inoltre, ci saranno aree di attività come la chirurgia e la diagnostica per immagini, oggetto di riorganizzazione, nell'ottica della implementazione di un sistema ospedaliero regionale integrato che assicuri una riduzione della frammentazione e delle duplicazioni, anche interne

Per tali aree la riorganizzazione comporterà la soppressione di strutture ad oggi attive e la conseguente riconduzione delle funzioni e del personale a nuove strutture complesse per le quali, nella seconda metà del 2016, verranno avviate le procedure procedura di selezione per l'affidamento dei relativi incarichi di direzione, per essere poi attivati nel 2017.

Durante il 2015, 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 al 31.12.2015 ha evidenziato una chiusura con - 141 unità, con un organico complessivo di 5303 dipendenti, rispetto ai 5444 presenti al 31.12.2014.

Tale contrazione in riduzione ha interessato sia l'area del comparto oss (-3) infermiere (- 28), tecnico (-36), amministrativo (-33), tecnico di laboratorio(-9), tecnico di radiologia (-10) e altro personale del ruolo sanitario (-4), sia quelle della dirigenza medica (- 21) e sanitaria; mentre per le aree della dirigenza PTA l'organico si è mantenuto stabile così come in sede di programmazione.

Per l'anno 2016 e – tendenzialmente per il triennio 2016-2018 - si confermano sostanzialmente le linee guida per il bilancio di previsione 2015; la programmazione delle risorse umane dovrà tenere conto dei minori finanziamenti al SSN conseguenti alla Legge di Stabilità 2016, nonché di quanto stabilito dalla normativa regionale in materia. Pertanto, l'azienda dovrà procedere per il 2016 all'adozione di misure di contenimento della spesa per il personale idonee a garantire la stessa non superi il limite assegnato. In tale area si prevede per il 2016 un aumento dei contratti di collaborazione per progetti di ricerca ministeriale, che comunque, ai sensi della Legge finanziaria indicata, non graveranno sul bilancio aziendale.

E' di tutta evidenza, infatti che lo sviluppo delle attività nelle aree di eccellenza costituirà 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.

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 piano triennale 2016 -2018, 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 a ad un'ottimizzazione degli organici in conseguenza dei nuovi riassetto organizzativi. Le limitate assunzioni saranno comunque orientate a garantire l'incremento delle attività cliniche innovative sopra descritte.

E' evidente che un elemento importante di cui tenere conto in sede di programmazione è quello relativo alla previsione delle cessazioni.

Questa azienda infatti consoliderà, anche per l'anno 2016, l'adozione di tutte le misure volte al recupero dell'efficienza, efficacia ed economicità della Pubblica Amministrazione, fra cui quello della risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro di cui alla Legge n.114 dell'11.08.2014 "Disposizioni urgenti per il ricambio generazionale nelle Pubbliche Amministrazione" cd. "Renzi - Madia".

Il ricorso a tale istituto ha avuto inizio dal 2015 con la risoluzione di 14 unità, verrà completata, nell'esercizio in corso, con le n.33 unità (di cui 3 per l'area della dirigenza medica e 30 per l'area del comparto, soprattutto anche nel 2016 l'Azienda ricorrerà all'istituto dell'esubero, previsto dall'art. 2 comma 11 lettera a) del D.L. 95 del 2012 (cosiddetta Spending-Review) convertito in L. 135/2012 "Disposizioni urgenti per la spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", che disciplina l'istituto del "pre pensionamento", misura straordinaria e ulteriore rispetto alla ricognizione annuale ordinariamente prevista, di razionalizzazione degli assetti organizzativi. Saranno proseguiti gli esuberanti di n. 60 unità di cui 16 nell'area della Dirigenza medica e veterinaria e n.43 per l'area del comparto.

L'utilizzo combinato di questi due strumenti comporterà la cessazione del rapporto di lavoro con n.93 dipendenti. Nel contempo le economie che si creeranno, pur non essendo conteggiabili come risparmio di bilancio nell'esercizio corrente, in quanto avverranno alla fine dell'anno, produrranno una riduzione strutturale della spesa, che dispiegherà i suoi effetti positivi nel 2017; così come gli esuberanti avvenuti nel 2015 produrranno i loro effetti positivi nell'anno in corso. Ciò si tradurrà in un nuovo e forte impulso per l'azienda al fine di mettere in campo ogni utile azione di governo per il reclutamento delle risorse umane, nel rispetto di quelle programmate nel piano triennale delle assunzioni.

Per l'anno 2016, si proseguirà nell'attività di valutazione di fine incarico nei confronti del personale medico/sanitario con incarico di Direttore di Dipartimento ad Attività Integrata e di Struttura Organizzativa Dipartimentale complessa/semplice; Saranno sottoposti a valutazione gli incarichi di Direttore di Area Amministrativa e Tecnica, al termine degli stessi, nonché gli incarichi di Struttura Operativa complessa e semplice afferenti alle predette Aree. Inoltre, la procedura di valutazione sarà espletata anche nei confronti dei dirigenti inquadrati nei profili professionali di medico, sanitario, professionale, amministrativo e tecnico, al raggiungimento dei cinque e quindici anni di servizio.

Relativamente ai Direttori sottoposti a valutazione positiva avviata sin dal 2014 e proseguita nel corso del 2015, si concluderà nell'anno 2016 con la contrattualizzazione dei suddetti incarichi di direzione, sia per la componente ospedaliera, sia per quella universitaria.

Così come già avvenuto sino ad ora si proseguirà nella contrattualizzazione degli incarichi di direzione/responsabilità di SOD di nuova attribuzione saranno contrattualizzati mantenendo il format già introdotto nel precedente esercizio.

Per quanto concerne l'area del comparto, sempre nell'ottica di dare attuazione all'assetto organizzativo previsto dal nuovo Atto Aziendale, si provvederà a contrattualizzare n. 68 posizioni organizzative afferenti sia il dipartimento delle professioni sanitarie sia lo Staff, l'Area Amministrativa e Tecnica, le cui procedure selettive erano state concluse alla fine dell'anno 2015

Infine, per quanto riguarda il personale universitario, docente e non, dedicato all'assistenza, è in programma mantenere il trend registrato nell'esercizio precedente anno 2015 di lieve riduzione (-2 unità), già dovuto alla mancata reintegrazione da parte dell'Università del personale cessato per collocamento a riposo.

LIBERA PROFESSIONE

Come previsto, nel corso del 2015 si è conclusa l'operazione di rientro di tutta l'attività libero professionale all'interno di AOUC. Per il 2016 è obiettivo quello di ricondurre nelle due strutture ambulatoriali dedicate alla libera professione, presso il Padiglione Vecchia Maternità e presso il CTO, i professionisti che al momento sono ancora allocati in spazi distribuiti nei vari padiglioni aziendali.

Nell'ambito delle attività di ricovero, nel corso del 2015, si è potuto constatare il parziale utilizzo dei posti letto dedicati all'esercizio della libera professione. Per il 2016 si prevede pertanto, presso il reparto paganti situato al Padiglione San Luca Nuovo, l'attivazione dei ricoveri in solo regime di comfort alberghiero, definendo le procedure di accesso a tale tipologia di ricovero.

Dopo i positivi riscontri conseguenti la stipula di convenzioni con gruppi assicurativi e Fondi di assistenza sanitaria, si prosegue nel 2016 nel reperimento di nuovi partner operanti nel campo assicurativo indirizzato all'assistenza sanitaria.

L'attività ambulatoriale rilevata mostra un trend sostanzialmente non molto diverso negli anni con un calo nei volumi, seppure limitato, che può comunque ricondursi alla cessazione dal servizio di alcuni professionisti che erogavano importanti volumi di attività.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale erogata in regime di ricovero, in generale è presente una flessione iniziata già nel corso del 2013. Anche in questo ambito, oltre alla congiuntura economica che ancora pesa sulle spese dei cittadini, influiranno le cessazioni di alcuni stimati professionisti previste in corso d'anno.

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

PIANO INVESTIMENTI

Nel 2015 sono stati effettuati numerosi interventi:

- PRONTO SOCCORSO – DEAS apertura e completamento del nuovo pronto soccorso a “Isole”. Ultimazione Diagnostica di Emergenza.
- TOSSICOLOGIA Chiusura degenze al pad. 16 “San Luca” e trasferimenti attività.
- DEAS Nuova cappella “Santa Maria Salute degli Infermi”.
- MEDICO GERIATRICO Attivazione ambulatori e ridisegno spazi pad. 13 “Clinica Medica”
- NUOVA AREA SENOLOGIA per LP Padiglione 9 (ex Maternità) piano -1.
- PAD 64 trasferimento Fisica Sanitaria.
- DEAS trasferimento Stroke Unit.
- SAN LUCA trasferimento endoscopia.
- CTO trasferimento degenza Otorino e Audiologia
- DEAS completamento trasferimento Medicine
- SAN LUCA C trasferimento Epatologia
- CTO trasferimento Reumatologia e Medicina Interna
- SAN LUCA C attivazione Libera Professione
- SAN LUCA C riorganizzazione Pneumologia
- CTO attivazione Preospedalizzazione

Tutti gli interventi, oltre alle necessarie opere strutturali, sono stati corredati di ingenti investimenti in tecnologie sanitarie ed accompagnati, dove necessario, da interventi inerenti la sicurezza.

Per il 2016 vi sono diversi obiettivi volti a proseguire il processo di ammodernamento e razionalizzazione delle strutture, pur in 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 ancora privo della necessaria comunicazione che ne consenta l'effettivo utilizzo.

Il piano investimenti comunque evidenzia e distingue gli interventi finanziariamente coperti da quelli che hanno copertura con mutuo e potrà essere oggetto di assestamento correlato alla effettiva disponibilità.

Al fine di liberare i vecchi edifici, che non è economicamente opportuno ristrutturare, di Cliniche Neurologiche e Villa Monna Tessa sono previsti interventi in:

- CLINICHE CHIRURGICHE Sale Settorie a servizio di Medicina Legale ed Anatomia Patologica
- CTO ambulatori Neurologia
- CLINICHE CHIRURGICHE Psichiatria Forense
- DEAS Trasferimento Tossicologia e Stroke Unit
- PONTE NUOVO Trasferimento ambulatori Geriatria da Villa Monna Tessa
- CLINICHE CHIRURGICHE Trasferimento Psichiatria

- DEAS Trasferimento emodialisi da Villa Monna Tessa

Inoltre proseguirà il piano di rinnovo e razionalizzazione strutturale dell'Azienda compresa la decisione di spostare il pronto soccorso del CTO nel DEAS e quindi dare avvio ad un'importante revisione del progetto originario.

Tra le varie attività:

- 3° FASE CTO Nuove sale operatorie e messa in sicurezza: aggiudicazione appalto.
- ASILO NIDO Apertura nuovo Asilo Nido
- CLINICHE CHIRURGICHE Spostamento ambulatori Alcologia
- CLINICHE MEDICHE Trasferimento Geriatria
- MATERNITA Lavori ampliamento PMA e laboratorio
- CLINICHE OCULISTICHE Trasferimento Centro Ipvisione
- ELISUPERFICIE Rifacimento copertura
- NIC Trasferimento Ufficio Postale-Protocollo
- PIASTRA Adeguamento laboratori Microbiologia e Virologia
- MARGHERITA Adeguamento Spogliatoi
- CTO Realizzazione di 6 ambulatori al 1° piano
- SAN LUCA B Saletta CVC
- RADIOTERAPIA Lavori di adeguamento vari piani
- PIASTRA Lavori adeguamento Genetica Forense
- PIASTRA Riorganizzazione frigo e congelatori
- PIASTRA laboratorio ricerca: MicroPET TC e RMN
- VARI Lavori per realizzazione Centro Accoglienza NIC, CTO e DEAS
- PIASTRA SERVIZI adeguamenti Malattie Infettive

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.

RIDEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI 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.

All'inizio dell'anno 2015 disponeva di 1.366 posti letto di cui 1.193 ordinari e 173 diurni, oltre a 76 letti tecnici.

Le dotazioni di posti letto all'inizio del 2015 riferite rispettivamente ai Dipartimenti ad Attività Integrata e agli edifici sono rappresentate nelle tabelle seguenti:

Dipartimento	Istituzionale						Paganti		LT	TOT	TOT (al netto dei Letti Tecnici)
	DO	WH- WS	SI	TI	DH	DS	DO pag	DH pag			
5121 <u>Cardioracovascolare</u>	99	0	46	28	8	0	3	0	0	184	184
5122 DEA	198	17	9	2	10	6	3	0	32	277	245
5123 Materno-Infantile	129	0	16	10	0	10	4	0	0	169	169
5124 Medico-Geriatico	57	0	6	4	21	0	2	0	36	126	90
5125 <u>Neuromuscoloscheletrico</u> e ODS	263	18	6	10	36	21	16	0	8	378	370
5126 Oncologico	177	17	6	4	52	8	2	0	0	266	266
5128 Anestesia e rianimazione	0	0	19	18	1	0	0	0	0	38	38
5130 Professioni sanitarie	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Totale AOUC	927	52	108	76	128	45	30	0	76	1442	1366

Edificio	Istituzionale						Paganti		LT	TOT	TOT (al netto dei Letti Tecnici)
	DO	WH- WS	SI	TI	DH	DS	DO pag	DH pag			
10B - Clinica Neurologica	38	0	0	0	18	0	0	0	0	56	56
11 - Radioterapia	15	0	0	0	16	0	0	0	0	31	31
12 - DEAS <u>Chirurgia</u> Gen. e P.S.	182	0	60	32	10	0	6	0	28	318	290
12G - <u>Chirurgia</u> Gen. e P.S.	33	0	0	10	0	0	0	0	0	43	43
13 - Clinica Medica	61	0	0	0	14	0	2	0	0	77	77
14B - <u>Amb.</u> Ematologia	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
15 - Piastra dei Servizi	36	0	0	0	9	0	0	0	0	45	45
16 - San Luca Vecchio	25	0	7	6	0	0	0	0	6	44	38
16B - Volano	0	0	0	0	23	0	0	0	0	23	23
16C - San Luca Nuovo	153	0	8	6	5	2	0	0	0	174	174
24 - Unita Spinale	26	0	6	0	0	0	0	0	0	32	32
25 - C.T.O.	200	10	11	8	5	23	17	0	5	279	274
26 - Villa Monna Tessa	0	0	0	0	10	0	0	0	34	44	10
28C - Ponte Nuovo	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	4
7 - Polo Materno Infantile	125	0	16	10	0	10	4	0	0	165	165
8B - Clinica Chirurgica	25	42	0	4	3	10	1	0	3	88	85
9 - La Margherita - Centro Nascita	8	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
Totale AOUC	927	52	108	76	128	45	30	0	76	1442	1366

Nel corso dell'anno 2015 sono stati trasferiti e allo stesso tempo rimodulati le seguenti attività di degenza.

La degenza Ortopedia Breve è stata trasferita dal 5° piano del CTO (aprile) e accorpata alla degenza Ortopedia elettiva al 6° piano dell'edificio;

Dal 23 marzo 2015 le attività delle SOD Pneumologia 2 (Dott.ssa Nutini) e Pneumologia e Fisiopatologia Toracopolmonare (Prof. Pistolesi) sono cessate al padiglione Nuovo San Luca e trasferite rispettivamente al padiglione Cliniche Mediche e al DEAS.

Dal 30 marzo 2015 le attività cliniche delle SOD Medicina Interna Interdisciplinare (Prof. Prisco) e Reumatologia (Prof. Matucci) sono cessate al padiglione Cliniche Mediche e avviate nell'AdA Degenza traumatologica al 3° piano del CTO, in integrazione con quelle della SOD Medicina Interna e Postchirurgica (Prof. Rostagno) per consolidare in quella sede le prospettive di continuità assistenziale da parte di specialisti di discipline mediche.

Dal 16 aprile 2015 le attività di degenza del DAI Medico Geriatrico condotte nell'AdA Biomedicina B, ubicata al 3° piano lato nord della Clinica Medica, e ascritte alle SOD Immunoallergologia (Prof. Almerigogna), Immunologia e Terapie Cellulari (Prof. Maggi Enrico) e Pneumologia 2 (Dott.ssa Nutini) sono state trasferite al 2° piano dell'edificio e integrate con quelle della SOD Geriatria per la Complessità Assistenziale (Dott. Gabbani).

Dal 16 aprile 2015, la degenza ubicata al 3° piano lato nord della Clinica Medica, così resa disponibile, ha assunto la denominazione di "Degenza Medicina D", è stata dotata di 18 posti letto e ha cominciato ad accogliere, in regime di ricovero urgente, pazienti provenienti dal PS del DEA in carico alle due SOD Medicina per la Complessità Assistenziale 3 (Prof.ssa Poggese) Medicina per la Complessità Assistenziale 4 (Prof. Moggi Pignone). Questa azione ha completato per il DEA le operazioni avviate con lo spostamento della sezione di degenza subintensiva di 8 posti letto dal 2° al 1° piano del Blocco G dell'edificio DEAS, realizzato lo scorso 26 marzo, e il successivo aumento da 29 a 39 posti letto della dotazione di letti ordinari nella degenza ubicata al 2° piano del Blocco G dell'edificio DEAS utilizzata dalla SOD Medicina per la Complessità Assistenziale 1" (Dott. Nozzoli), realizzato lo scorso 2 aprile.

Allo stesso tempo si è inteso garantire alle SOD di specialità mediche un contingente definito di risorse di degenza per i ricoveri programmati, scevro da interferenze con i percorsi dell'urgenza e comunque tale da assicurare la presa in carico dei percorsi di

elevata specializzazione da svolgersi in regime di ricovero ordinario per comprovate esigenze cliniche e per le connesse attività istituzionali di didattica e ricerca.

A partire dalla seconda metà di marzo 2015, in riferimento al piano di disponibilità di posti letto per il PS del DEA, è pertanto cessato il coinvolgimento delle SOD Gastroenterologia (Dott. Annese), Gastroenterologia Clinica (Prof. Milani), Immunoallergologia (Prof. Almerigogna), Immunologia e Terapie Cellulari (Prof. Maggi Enrico), Medicina Interna Interdisciplinare (Prof. Prisco), Pneumologia 2 (Dott.ssa Nutini), Pneumologia e Fisiopatologia Toracopolmonare (Prof. Pistolesi), Reumatologia (Prof. Matucci), mentre per l'Endocrinologia (Prof. Forti) la cessazione era stata attuata nell'estate 2014.

Complessivamente, rispetto all'aprile 2014, con la manovra condotta nel 2015 la dotazione delle degenze di discipline mediche è stata portata da 312 a 281 posti letto, riducendo i posti letto assegnati alle medicine specialistiche di 56 unità e aumentando di 25 unità le dotazioni delle medicine incluse nel piano di disponibilità per il PS, che ora può contare su 208 posti letto interamente dedicati al ricovero urgente.

La tabella seguente riporta le dotazioni di posti letto utilizzate dalla singole SOD di discipline mediche nell'aprile 2014 e quelle risultanti dalle operazioni concluse nell'aprile 2015, con specificati i posti letto dedicati al percorso di ricovero urgente.

Posti letto utilizzati dalle SOD del "Piano letti per il PS": confronto 2014-2015

SOD	PL apr-14	PL apr-15		
		totali	variazione	per PS
Medicina Per La Complessità Assistenziale 1	29	39	+ 25	39
Medicina Per La Complessità Assistenziale 2	40	40		40
Medicina Per La Complessità Assistenziale 3	15	24		24
Medicina Per La Complessità Assistenziale 4	18	27		27
Malattie Infettive E Tropicali	36	36		20
Geriatra Per La Complessità Assistenziale	20	20		20
Medicina Interna Cardiovascolare E Perioperatorio	25	26		12
Medicina Interna Ed Epatologia	24	20		12
Neurologia 1	14	14		10
Neurologia 2	6	6		4
Gastroenterologia	8	2	- 56	-
Gastroenterologia Clinica	8	3		-
Immunoallergologia	8	1		-
Immunologia E Terapie Cellulari	16	3		-
Medicina Interna Interdisciplinare	11	6		-
Pneumologia 2	8	4		-
Pneumologia E Fisiopatologia Toracopolmonare	8	4		-
Reumatologia	15	6		-
Endocrinologia	3	-		-
Totale complessivo	312	281		- 31

Per alcune di queste SOD di discipline mediche, inoltre, si è privilegiato il coinvolgimento nei percorsi clinici dei Dipartimenti di afferenza e nelle fasi pre- e postoperatoria che richiedono competenze specialistiche di disciplina medica, a tale scopo riducendo l'apporto al percorso di ricovero medico urgente in termini di numero di posti letto dovuti quotidianamente al PS del DEA. Queste SOD potranno maggiormente supportare le attività medico-chirurgiche dei Dipartimenti di afferenza.

Nell'estate 2015 si è inoltre operato il trasferimento delle attività della SOD Stroke Unit e della SOD Tossicologia Medica al DEAS. Tali trasferimenti sono stati realizzati con contestuale chiusura delle relative degenze rispettivamente ai pad. "Cliniche Neurologiche" e "San Luca" e unificazione delle attività con quelle di Pronto Soccorso del DEA. Stante la previsione progettuale di cui al Prov. DG 671 del 1 ottobre 2014 "Approvazione del progetto per la realizzazione del trauma center e per l'integrazione dei percorsi del pronto soccorso di Careggi" sul miglioramento dei percorsi per le patologie tempo dipendenti, considerate inoltre le prospettive diseguate

dal Piano Aziendale di Sviluppo 2015, allo scopo di offrire ai pazienti con stroke il migliore scenario logistico e multidisciplinare per la conduzione degli interventi clinico-assistenziali specifici, il 24 agosto 2015 le attività della SOD Stroke Unit sono cessate presso il padiglione Neurologia per essere accolte nell'ambito delle aree dell'emergenza urgenza del piano terra del padiglione DEAS. In particolare, i pazienti con ictus ischemico da trattare con trombolisi o interventistica neurovascolare, in arrivo dal Territorio al "Pronto Soccorso" del DEA (Area di Attività 2031) anche secondo i protocolli condivisi con il 118, sono gestiti nella fase acuta presso l' "Osservazione Breve e Intensiva" (Area di Attività 2088) e nella fase postacuta presso la "Degenza Medicina C" (Area di Attività 2042), dalla quale vengono avviati alla successiva fase di riabilitazione. La SOD Stroke Unit così opera nelle predette Aree di Attività all'interno del DEAS, arricchitosi pertanto di ulteriori competenze specialistiche neurologiche. Allo stesso tempo e con analoghi intenti il Dipartimento delle Professioni ha ricollocato al piano terra del DEAS le competenze infermieristiche dell'Area di Attività 2057 "Degenza Stroke". Allo stesso modo, allo scopo di offrire ai pazienti di interesse tossicologico il migliore scenario logistico e multidisciplinare per la conduzione degli interventi clinico-assistenziali specifici, il 31 agosto 2015 le attività della SOD Tossicologia sono cessate presso il padiglione San Luca Vecchio per essere accolte nell'ambito delle aree dell'emergenza urgenza del piano terra del padiglione DEAS. In particolare, i pazienti in arrivo dal Territorio al "Pronto Soccorso" del DEA (Area di Attività 2031) sono gestiti nella fase acuta presso l' "Osservazione Breve e Intensiva" (Area di Attività 2088) e nella fase postacuta presso le degenze di medicina o comunque appropriate al livello di cura necessario al paziente. La SOD Tossicologia può così operare nelle predette Aree di Attività all'interno del DEAS, arricchitosi pertanto di ulteriori competenze specialistiche tossicologiche. Allo stesso tempo e con analoghi intenti il Dipartimento delle Professioni ha ricollocato al piano terra del DEAS le competenze infermieristiche dell'Area di Attività 2089 "Degenza e Sub-Intensiva e Osservazione Tossicologia Medica".

Alla fine di dicembre 2015 Careggi disponeva di 1.312 posti letto di cui 1.126 ordinari e 186 diurni, oltre a 64 letti tecnici.

Le dotazioni di posti letto alla fine del 2015 riferite rispettivamente ai Dipartimenti utilizzatori e agli edifici sono rappresentate nelle tabelle seguenti:

Dipartimento	Istituzionale						Paganti		LT	TOT	TOT (al netto dei Letti Tecnici)
	DO	WH- WS	SI	TI	DH	DS	DO pag	DH pag			
5102 Direzione Sanitaria	0	0	0	0	0	0	14	0	0	14	14
5121 Dai <u>Cardioracovasculari</u>	97	0	46	28	7	1	3	0	0	182	182
5122 Dai Emergenza Ed Accettazione	229	0	8	0	9	6	3	0	26	281	255
5123 Dai Materno-Infantile	121	0	16	10	0	10	4	0	0	161	161
5124 Dai Medico-Geriatico	35	0	6	4	19	0	2	0	36	102	66
5125 Dai <u>Neuromuscoloscheletrici</u> e OdS	216	10	6	10	42	24	13	0	2	323	321
5126 Dai Oncologico	176	15	18	0	55	9	3	2	0	278	278
5128 Dai Anestesia E Rianimazione	0	0	11	18	1	1	0	0	0	31	31
5130 Professioni Sanitarie	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Totale AOUC	878	25	111	70	133	51	42	2	64	1376	1312

Edificio	Istituzionale						Paganti		LT	TOT	TOT (al netto dei Letti Tecnici)
	DO	WH- WS	SI	TI	DH	DS	DO pag	DH pag			
10B - CLINICA NEUROLOGICA	10	0	0	0	10	0	0	0	0	20	20
11 - RADIOTERAPIA	15	0	0	0	16	0	0	0	0	31	31
12 - DEAS CHIRURGIA GEN. E P.S.	228	0	60	42	9	1	6	0	28	374	346
13 - CLINICA MEDICA	46	0	0	0	18	0	2	0	0	66	66
14B - AMB. EMATOLOGIA	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
15 - PIASTRA DEI SERVIZI	57	0	0	0	9	0	0	0	0	66	66
16 - SAN LUCA	129	0	18	6	28	2	15	2	0	200	200
24 - UNITA SPINALE	26	0	6	0	0	0	0	0	0	32	32
25 - C.T.O.	207	10	11	8	19	28	15	0	2	300	298
26 - VILLA MONNA TESSA	0	0	0	0	10	0	0	0	34	44	10
28C - PONTE NUOVO	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2
7 - POLO MATERNO INFANTILE	117	0	16	10	0	10	4	0	0	157	157
8B - CLINICA CHIRURGICA	35	15	0	4	1	10	0	0	0	65	65
9 - LA MARGHERITA - CENTRO NASCITA	8	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
Totale AOUC	878	25	111	70	133	51	42	2	64	1376	1312

Ai fini della definizione degli obiettivi strategici aziendali per il 2016, coerentemente con quanto previsto dal piano sanitario regionale relativamente al ruolo della AOU nella rete regionale, è stato previsto di perseguire crescenti livelli di appropriatezza nella conduzione delle attività di degenza, anche in rapporto ai setting assistenziali alternativi, con concomitante riduzione di attività chirurgica a bassa complessità. Per il 2016 si prevede inoltre di proseguire le azioni volte alla progressiva dismissione degli edifici più vetusti, previa ricollocazione delle attività di degenza in altri edifici aziendali. La ridefinizione dell'utilizzo di edifici meno recenti prevede di allocarvi attività in setting assistenziali coerenti con la situazione edilizia, con particolare attenzione alle norme di sicurezza.

In ambito psichiatrico l'incremento delle attività di degenza diurna sarà realizzato con contemporanea cessazione delle attività di degenza ordinaria e tali attività di DH psichiatrico saranno collocate nel padiglione Chirurgiche.

Il riordino delle attività intensivologiche comporterà nel 2016 la cessazione della Terapia Intensiva delle Cliniche Chirurgiche con ricollocazione dei posti letto al DEAS.

Quanto alle attività oculistiche sarà promosso l'utilizzo del regime di degenza a ciclo breve (week hospital) rispetto all'attuale regime di degenza ordinaria a ciclo continuo.

Il complesso di azioni programmate non prevede ulteriori significative riduzioni del numero complessivo di posti letto, in ragione della consistenza degli interventi di riduzione e riqualificazione condotti negli anni precedenti, che hanno comportato la progressiva contrazione dai 1.561 posti letto del 2013 agli attuali 1.312.

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 2016, consentirà nel corso dell'anno la dismissione dei padiglioni Monna Tessa e Neurologia

7.1. OBIETTIVI TRASVERSALI STRATEGICI ANNO 2016

FARMACEUTICA

Nel 2016 si prevede di lavorare sui temi dell'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): il tutto con la collaborazione della Contabilità generale sul recupero e normalizzazione di arretrati progressi.

E' comunque necessario un forte investimento 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, ma anche lavorando sull'uso appropriato e razionale dei farmaci che rappresentano le maggiori categorie di spesa, come antibiotici ed antifungini, albumina umana e plasmaderivati. Tutte queste azioni permettono di bilanciare l'aumento di spesa (comune a livello nazionale) dovuto all'utilizzo dei nuovi farmaci antitumorali ed anche alla cronicizzazione di molte patologie oncologiche.

Sui farmaci come sui dispositivi, si intende lavorare, come fino ad oggi fatto, in condivisione con Regione Toscana, anche sui prodotti a basso valore economico singolo ma a grande impatto economico per la quantità. Nello specifico si devono avviare azioni lavorando sul corretto uso di alcune classi terapeutiche (eparine a basso peso molecolare) e di dispositivi medici (guanti monouso, cateteri Foley).

Si richiede inoltre di perseguire il rispetto degli obiettivi farmaceutici del bersaglio MES, e la coerenza con gli obiettivi regionali e territoriali in tema di farmaceutica. Lo stesso impegno deve essere profuso nella gestione, monitoraggio e tracciabilità dei Dispositivi Medici ad alto contenuto tecnologico.

Particolare attenzione va 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.

Il settore della Farmacovigilanza ha visto comunque un incremento delle segnalazioni ed AOUC ha ottenuto risultati soddisfacenti sul numero delle segnalazioni, tanto da invertire la tendenza negativa rispetto ad AOUP, come confermato dal feed-back del Centro Regionale di FV.

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

Il modello di gestione della Farmacia di Continuità è variato, e varierà, in quanto USL Centro deve gestire in toto sia il personale che i farmaci; la Farmacia ed i Farmacisti di AOUC invece devono lavorare con i clinici di AOUC per migliorare e perfezionare la performance prescrittiva in base a quanto rilevato dai colleghi di USL Centro o comunque dalla analisi dei profili prescrittivi dei medici di AOUC.

Inoltre, per fornire una migliore risposta alle esigenze degli utenti (reparti) la Farmacia ha già modificato il suo assetto organizzativo identificando un Farmacista di Dipartimento quale referente di primo livello per ognuno dei Dipartimenti di AOUC.

Grande attenzione deve essere posta nel governo della spesa ed utilizzo dei Dispositivi medici di alto costo e tecnologia (chirurgia robotica, cardiologia interventistica mini-invasiva, oculistica) ed i Farmacisti di AOUC sono in grado di tracciare in tempi brevissimi l'utilizzo preciso di ogni dispositivo anche per singolo paziente.

Nel settore della produzione, il Laboratorio galenico deve ulteriormente incrementare la produzione di farmaci orfani per patologie rare per la AOUC e, su convenzione, anche per altre strutture extraregionali del SSN; inoltre è suo obiettivo di confermare la pronta richiesta di allestimento di terapie personalizzate a base di cannabis standardizzando la produzione con idonee procedure e di attrezzature.

La Unità Farmaci Antitumorali intende centralizzare centralizzato tutte le preparazioni, comprese quelle dovute al trasferimento della Ematologia arrivando a circa 300 terapie al giorno e dovrà essere portato a conclusione il percorso di condivisione del programma di prescrizione/allestimento Oncosys presso tutte le SOD di Oncologia, compresa Ematologia che è l'unica SOD che ancora utilizza il vecchio programma Log80.

Il settore del compounding, oltre alla Nutrizione Totale Parenterale personalizzata per adulti e neonati prematuri, dovrà attivare la produzione di siringhe pronte con antibiotici per i neonati prematuri della TIN.

Con lo scopo di perseguire gli obiettivi 2016 senza operare razionamenti sui nuovi farmaci (oncologici, epatite C, HIV,) e sui nuovi dispositivi medici ci siamo posti 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.

E' necessario incrementare la selezione tra innovazioni con scarsa evidence (spesso adottate velocemente) e quelle di solida evidence, collaborando con i colleghi delle TS e del settore HTA.

Dovranno inoltre essere incrementate 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.

L'obiettivo è quello di 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 prevede di lavorare sul 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

Nel corso del 2016 la Diagnostica per Immagini sarà impegnata in un confronto trasversale, nell'ambito delle discussioni di Budget, con tutte le SOD dei Dipartimenti dell'AOU-Careggi al fine di migliorare l'appropriatezza della richiesta di esami di diagnostica rivolte all'attività per interni (ricoverati) ed esterni (ambulatoriali o PS). Nella prima fase sarà dapprima condotta un'analisi dei dati estratti dal RIS con la valutazione delle prestazioni effettuate, rispetto a quelle potenzialmente attese sulla base documento SIRM (inerente agli standard dei tempi e pesi medi per tipologia di prestazione). L'analisi valuterà le SOD e i singoli professionisti per volumi e tipologia di prestazioni.

La necessità è quella di indirizzare la domanda verso l'apparecchiatura e il radiologo più adeguato per il quesito clinico; inoltre visti i tempi di attesa per lo svolgimento delle prestazioni diagnostiche per pazienti con richiesta ambulatoriale di Careggi è necessario individuare il volume di prestazioni potenzialmente inappropriate che determinano l'incapacità complessiva di dare risposta in tempi adeguati a pazienti in fase diagnostica o di trattamento.

Per tale ragione sarà avviata la ricognizione del fabbisogno di prestazioni diagnostiche per ciascun DAI per attività ambulatoriale, per distretto anatomico e tipologia di esame, al fine di assegnare spazi adeguati alle singole SOD e per favorire lo sviluppo, già presente ma non ancora ottimizzato, di sedute diagnostiche associate a professionisti radiologi esperti in specialistica di secondo livello.

Nel corso del 2016 proseguirà, da parte del Dipartimento dei Servizi, in accordo con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, il percorso iniziato nel gennaio 2014 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 prevede di effettuare un ulteriore rilevamento dei comportamenti prescrittivi e diagnostici rispetto a quelli già condivisi nel 2015, 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, tesa ad eliminare, 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 nel corso del 2016, oltre ad estendere tale attività di revisione a circa l'80% delle SOD dell'Azienda, saranno revisionati gli esami contenuti nei profili di richiesta del Pronto Soccorso con l'eliminazione di richieste inappropriate e l'introduzione di reflex test (PT 903/20 del 21/09/2016 Protocollo accertamenti di laboratorio in PS). 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 come previsto nel 2015 si è sviluppata l'integrazione e del perfetto dialogo fra cartella elettronica Archimed e DN Lab. Si è considerato inoltre opportuno implementare ulteriormente il software Prometeo "Appropriatezza" Noemalife, inserito in Azienda nel 2015 e già attivo con 16 regole di smart alert su richieste ad alto rischio di inappropriatezza, mediante l'inserimento degli intervalli minimi di retest per 40 test del Laboratorio Generale. La valutazione di efficacia per l'applicazione di azioni di miglioramento è stata effettuata mediante il monitoraggio bimestrale, per singola SOD, delle forzature delle regole di blocco e delle motivazioni apportate a giustificazione della forzatura. Il monitoraggio è stato condiviso con i clinici mediante l'invio puntuale dei dati ai Direttori di Dipartimento, durante le riunioni di budget e tramite incontri su richiesta.

La ricaduta attesa nell'ambito della diagnostica di Laboratorio, in termini di riduzione della spesa per l'anno 2016 verso il 2013 (preso a riferimento in quanto il percorso di appropriatezza prescrittiva è iniziato a gennaio del 2014) 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.

APPROPRIATEZZA MEDICA E CHIRURGICA ED EFFICIENZA

Relativamente all'appropriatezza chirurgica e medica, all'efficienza assistenziale, alla qualità clinica, ormai da anni monitorate e valutate dal MES, si prevede il perseguimento delle performance proposte per la nostra azienda per l'anno 2016 (riportate nella tabella sottostante) che vedono per una parte degli indicatori un ulteriore miglioramento rispetto al 2015.

Per quanto concerne l'appropriatezza chirurgica e medica in particolare, al fine di raggiungere l'obiettivo per l'azienda definito dal MES, si richiede a ciascuna struttura per la casistica chirurgica di raggiungere la percentuale di DS fissata per ciascun DRG nella delibera RT 1140/2014, per la casistica medica una riduzione del 5% di ciascun drg.

Sebbene alcuni indicatori (degenza media pre-operatoria, % Colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery, % di ricoveri ordinari medici brevi) per il 2016 siano diventati nel bersaglio MES di monitoraggio e non di valutazione, nel percorso budget è stato deciso di mantenerli come indicatori di valutazione per le singole strutture in quanto, nonostante a livello di azienda la performance sia divenuta ottima, a livello di singole SOD ve ne sono alcune che ancora non sono in linea con gli obiettivi aziendali.

INDICATORE MES	OBIETTIVO
EFFICIENZA	
Indice di performance degenza media per acuti (C2a)	drg chir: -0,12 drg medici: -0,04
Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati >1 giorno (C3.1)	<1
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	
% Colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery (C4.4)	80,2%
DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunti per Day Surgery (C4.12)	83%
APPROPRIATEZZA MEDICA	
DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (C4.9)	

Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (C14.2)	5%
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 gg) (C14.3)	15%

VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA'

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" al fine di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, afferma che elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

Dal momento che, per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure, il D.M. 70 individua soglie minime di volume di attività per singola struttura complessa, soglie che sono state quindi inserite come volumi minimi di attività per le strutture dell'azienda che svolgono le attività sottoriportate.

INDICATORE	VOLUMI MINIMI ATTIVITA'
N. INTERVENTI CHIRURGICI PER CA MAMMELLA	> 150
N. INTERVENTI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 100
N. INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA FEMORE	> 75
N. INTERVENTI BY PASS AORTO CORONARICO	> 200
N. PROCEDURE ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA	> 250

QUALITA' ED ESITO DELLE CURE

La legge di Stabilità per l'anno 2016 introduce un'importante novità: all'art. 30 "Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN", afferma che le aziende sanitarie entreranno in piano di rientro non solo se non rispettano l'equilibrio economico ma anche se non rispettano i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A specificazione di ciò nell'Allegato del Patto di Stabilità viene definito un set di indicatori di esito, raggruppati in diverse aree cliniche, con relative fasce di valutazione: molto bassa (rossa); bassa (arancione); media (gialla); alta (verde chiaro); molto alta (verde scuro). E' sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area sia bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali, a determinare che l'azienda sia collocata in piano di rientro.

Gli indicatori di esito selezionati nel Patto di stabilità sono una parte di quelli del Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliora la qualità stessa delle cure.

Nel percorso budget 2016 sono stati quindi introdotti tutti gli indicatori di esito previsti nella Legge di Stabilità riportati nella tabella sottostante:

AREA CLINICA	INDICATORE PNE ANNO 2016	VALORE PERFORMANCE MOLTO ALTA
CARDIOCIRCOLATORIO	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	< 1%

	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 6 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	< 1.5 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	< 1.5 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	< 6 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	< 8 %
CH. ONCOLOGICA	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	< .5 %
	MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	> 91.96 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %
NERVOSO	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	< 1.5 %
OSTEOMUSCOLARE	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	< 3 %
RESPIRATORIO	PNE: BPCO RIACUTIZZATA: RISCHIO DI RIAMMISSIONE A 30 gg DALLA DIMISSIONE	< 10.8 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	< 4.9 %
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	< 5 %

COMPLESSITA'

Uno degli elementi caratterizzanti un'azienda ospedaliera universitaria di II livello dovrebbe essere quello di trattare casistica di alta complessità, fermo restando il fatto che una parte di bassa complessità deve comunque essere svolta ai fini della formazione. Per tale motivo nel 2016 è stato deciso di attribuire in modo trasversale a tutte le strutture che svolgono attività di ricovero l'obiettivo di incremento del perso medio, considerando il peso medio l'indicatore più appropriato per rappresentare la complessità della casistica. Solo per alcune strutture di ricovero è stato inoltre dato un obiettivo ulteriore di riduzione della casistica di bassa complessità. Per le strutture che svolgono esclusivamente attività di tipo ambulatoriale è stato invece chiesto di incrementare la prestazioni ambulatoriali strategiche/ di alta complessità.

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.

Nel complesso l'indice di attrazione extraregionale dell'azienda per l'attività di ricovero si posiziona intorno al 10% sebbene vi sono in azienda strutture che registrano livelli di attrattività molto alti con particolare riferimento alla Neurourologia ed alla Ortopedia oncologica e ricostruttiva (attrazione pari a circa il 40%), Oculistica ed Unità spinale (circa 20%). L'indice di attrazione sull'attività

complessiva risente tuttavia del consistente impatto dell'attività svolta per il territorio che porta a diluire enormemente la quota di prestazioni erogate a pazienti extraregionali.

Nel corso del 2016 si spinge verso un potenziamento dell'attrazione di pazienti extraregionali.

DEMATERIALIZZAZIONE

Al fine di realizzare la totale dematerializzazione delle prescrizioni (sia di prestazioni che di farmaci) la nostra azienda ha chiesto per il 2016 a tutti i professionisti prescrittori di effettuare le prescrizioni elettronicamente anziché su carta. Obiettivo da raggiungere è quello di effettuare almeno l'80% di prescrizioni elettroniche sul totale delle prescrizioni.

COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI

Al fine di raggiungere la correttezza e completezza dei flussi informativi per quanto riguarda l'attività di ricovero, è stato chiesto per il 2016, come negli anni precedenti, di limitare al massimo il numero dei drg non definiti mantenendoli al massimo entro il 4% del totale della casistica.

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.

Nel 2014 e 2015 si è proceduto in via prioritaria alla mappatura delle aree di rischio obbligatorie e generali afferenti in particolare all'Area Tecnica, Amministrativa e di Staff della Direzione aziendale. Nel 2016 sarà portato avanti un progetto di mappatura per le aree di rischio specifiche insieme ad ARS ed Illuminalasalute, che sarà attuato nel corso del 2017 con il coinvolgimento dei professionisti interessati.

Nel corso del 2016 si prevede di adottare il nuovo 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 prevede una specifica sezione sulla gestione del conflitto di interesse in particolare in merito alla partecipazione dei professionisti alle procedure selettive.

In relazione all'applicazione dei contenuti del codice, in particolare per quanto concerne la materia dei conflitti di interesse, è in programma di istituire una Commissione paritetica con UNIFI di valutazione e gestione interna per consentire una risposta strutturata alle varie ipotesi considerate. Per conflitto di interessi, si è inteso 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 (salute del paziente, risultati di una ricerca,).

Il conflitto di interesse, che viene valutato dalla Commissione, anche sulla base delle nuove "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN" è: a. attuale, ovvero presente al momento dell'azione o decisione; b. potenziale, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo; c. apparente, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale; d. diretto, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del professionista; e. indiretto, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal professionista (coniuge, parente o affine).

L'azienda nel corso del 2016 andrà a definire altre procedure per contenere il problema del conflitto di interesse come il nuovo "Regolamento per l'informazione medico-scientifica e per l'accesso degli specialist in azienda" che ha lo scopo di regolamentare in modo più trasparente il rapporto tra i professionisti e gli informatori scientifici.

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 della trasparenza, con il coinvolgimento dei cittadini e delle

organizzazioni portatrici di interessi collettivi: la Giornata della Trasparenza 2016, avrà come obiettivo principale il coinvolgimento della cittadinanza ed in particolare delle Associazioni di volontariato accreditate presso l'Azienda, con le quali verranno condivisi alcuni percorsi interni; da questa giornata verrà redatto un opuscolo che sarà pubblicato sul sito "Amministrazione Trasparente" in cui saranno inserite anche le proposte di miglioramento avanzate in quella sede.

La direzione aziendale ha delegato al RPCT anche la funzione di "Gestore", ai sensi del Decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione", al fine di trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette alla UIF e di garantire i compiti di cui alla vigente normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del finanziamento del terrorismo. Verrà quindi adottato su proposta del RPCT il regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo; nel corso del 2017 verrà meglio definita la procedura di segnalazione.

L'Azienda ha investito notevoli risorse nella formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza 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 di formazione generale e specifica, 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 2016 sarà somministrato un percorso di formazione in FAD rivolto a tutti gli operatori dell'Azienda.

7.2. OBIETTIVI SPECIFICI ANNO 2016

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 pancreatica, 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 pancreatica) 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 ha portato nel corso del 2015 a sviluppare attività anche in ginecologia oncologica e chirurgia toracica e a promuovere in tale ambito la ricerca e la 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.

Per il 2016 è previsto un consolidamento dell'attività di chirurgia robotica urologica con implementazione della chirurgia vescicale oncologica maggiore, del trapianto da donatore vivente e della urologia pediatrica in sinergia con l'AOU Meyer, uno sviluppo ulteriore della chirurgia generale, ginecologica e toracica grazie anche all'acquisizione di un ulteriore robot di ultima generazione.

L'aumento dei costi dovrebbe essere bilanciato dall'aggiornamento del sistema tariffario da parte della Regione Toscana per l'attività di ricovero che prevede anche specifica integrazione aggiuntiva per l'attività chirurgica robotica.

L'AOUC si propone quindi anche per il 2016 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.

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-toroscopiche) e robotiche. Inoltre sono stati sviluppati i rapporti con le strutture dell'area vasta per adempiere alla specifica funzione specialistica.

Per il 2015 e 2016 si prevede 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 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.

Nel corso del 2015 e 2016 proseguirà il processo di rinnovamento strutturale, strumentale e professionale della disciplina in oggetto iniziato nel 2014.

Il programma da sviluppare nel 2016 per la disciplina in oggetto prevede di realizzare un'unica area di attività ambulatoriale da dedicare al piano secondo del padiglione CTO andando a realizzare ulteriori ambulatori oltre ai 19 già assegnati nel 2014, nel contempo sarà sviluppato anche un progetto per il trasferimento della attività di chirurgia ambulatoriale dal padiglione 4, Cliniche Oculistiche al padiglione 25, CTO piano -1.

Saranno ulteriormente implementate le tecnologie di terzo livello per la cura delle patologie maggiori avviate nel 2014-2015.

Come previsto nel 2016 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

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, dall'anno 2014, la CCH per soddisfare i tempi di attesa previsti, rispetto alla quale l'Azienda rappresenta un punto di riferimento a livello regionale, la Direzione Generale, ha avviato un Progetto specifico sulla disciplina finalizzato all'aumento dell'offerta cardiocirurgica.

Nel 2016 continuerà l'attività della terza sala della CCH e l'attribuzione delle risorse adeguate di posti letto e di personale in considerazione anche del fatto che nell'anno nella zona fiorentina è programmato il termine della convenzione con la struttura di Villa Maria Beatrice che comporterà un aumento della domanda chirurgica per l'AOU Careggi dei residenti nella zona.

La variazione organizzativa, descritta nella DDG 313 del 9 maggio 2014, ha comportato l'incremento globale annuo del 16% degli interventi chirurgici ed i risultati attesi di riduzione dei tempi sono stati rispettati.

Al giugno 2014, data di avvio del progetto, erano presenti 700 pazienti diventati 570 nel Dicembre 2014 e 418 nel Dicembre 2015 con tempo di attesa medio di 243 giorni; nel 2016 si prevede di mantenere circa 400. Pertanto, l'incremento di attività è stato coerentemente rivolto a pazienti in elezione.

Nel 2016 si prevede di effettuare 1700 interventi, in modo simile a quanto effettuato nel 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.

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA STRUTTURALE

Nell'anno 2016 sarà implementata la Cardiologia Interventistica Strutturale nel DAI Cardioracovascolare che si occuperà di attività clinica cardiologica e di emodinamica, per attività diagnostiche o interventistica endovascolare. L'interventistica strutturale, con modalità percutanee, consente il trattamento chirurgico di patologie valvolari o di altre cardiopatie strutturali dell'adulto che non possono essere trattate in modalità tradizionale cardiocirurgia.

Gli obiettivi sono sinteticamente declinati nei seguenti aspetti:

- Attività di emodinamica per diagnostica coronarica ed interventistica con Percutaneous Coronary Intervention (PCI), in urgenza ed elezione
- Valutazione clinico-strumentale e trattamento interventistico percutaneo mediante Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI), secondo indicazioni condivise dallo Heart Team del DAI Cardioracovascolare, di pazienti con stenosi valvolare aortica per i quali, in accordo con le linee-guida internazionali, esistano controindicazioni al tradizionale intervento di sostituzione valvolare aortica (SVAo) chirurgica
- Trattamento interventistico percutaneo delle cardiopatie congenite dell'adulto (es.: forame ovale pervio, FOP)
- chiusura percutanea dell'auricola sinistra (LAA) in pazienti con FA che presentino controindicazioni alla terapia anticoagulante
- Sviluppo delle nuove tecniche di correzione percutanea della insufficienza mitralica di varia eziologia,
- Sviluppo di tecniche di angioplastica in pazienti con ipertensione polmonare in follow-up presso la SOD Pneumologia e Fisiopatologia Toracopolmonare.

Lo sviluppo di tale attività consentirà all'AOU Careggi di offrire in ambito di Area Vasta un punto di riferimento unico per qualsiasi tematica relativa alle attività cardiologica e chirurgica Cardiovascolare.

CHIRURGIA DELLA COLONNA

Nella primavera del 2016, visto il ruolo di riferimento dell'AOU-Careggi in area vasta per le patologie vertebro midollari, è previsto l'avvio di una struttura dedicata alla Chirurgia della Colonna finalizzata a consentire l'integrazione delle competenze Neurochirurgiche ed Ortopediche per il trattamento delle patologie della colonna. A tale struttura saranno assegnate risorse adeguate per lo svolgimento in termine di posti letto e personale.

L'obiettivo sarà quello di ridurre i tempi di attesa offrendo un numero maggiore di prestazioni, superiori rispetto all'attuale. Il numero dei pazienti in attesa per la chirurgia della colonna è attualmente di circa 450 pazienti con tempi medi di attesa di 220 giorni, l'intenzione è quella di ridurre la lista di almeno un 25% i pazienti e di ridurre il tempo medio di attesa.

Altro compito fondamentale della struttura sarà di diversificare l'offerta chirurgica, suddividendo in una casistica di bassa complessità, da svolgere in DS, implementando tecniche di cifoplastica e di full endoscopy per le ernie discali candidabili per tali tipologia di intervento, da attività di alta complessità, come le scoliosi complesse, da effettuare in sinergia con equipe multidisciplinari, Neurochirurgo/Ortopedico.

SALE AUTOPTICHE E VIRTUAL AUTHOPSY

Nel corso del 2016 sarà progettata e realizzata una nuova sede di svolgimento delle attività autoptiche sia di autopsia che di riscontri diagnostici. Nella nuova ubicazione sarà prevista il primo laboratorio in Toscana dedicato all'Autopsia Virtuale.

La sede individuata per la realizzazione del progetto è il padiglione delle Cliniche Chirurgiche N. 8 , nell'area che fino al 2015 accoglieva le sale operatorie e gli spazi ambulatoriali dell'ORL su una superficie complessiva di circa 1000 metri quadrati.

Nella struttura sarà disponibile una TAC 16 slice, che attualmente si trova al CTO, due sale settorie e sei celle frigorifero per la conservazione dei cadaveri. L'investimento complessivo previsto è di oltre 600mila euro.

Con la realizzazione del Laboratorio di Autopsia Virtuale si prevede che la medicina legale e l'anatomia patologica possano avvalersi delle più avanzate tecnologie per lo studio dei cadaveri, sia per la ricerca scientifica sia per fini medico legali.

Il progetto prevede anche un finanziamento della Fondazione Cassa di risparmio di Firenze

TUMORI RARI

I tumori rari/infrequenti e ad alta complessità costituiscono situazioni cliniche complesse sia nella fase diagnostica/terapeutica e assistenziale per cui è di fondamentale importanza che vengano trattati con un approccio multispecialistico e multiprofessionale, in nodi altamente qualificati. Inoltre nelle tipologie di tumori caratterizzati da un'elevata expertise chirurgica, l'evidenza scientifica dimostra una stretta correlazione fra volumi elevati di attività del professionista/équipe ed i migliori risultati, sia in termini di complicanze a breve termine che di sopravvivenza a lungo termine, mentre per le patologie tumorali a prevalente expertise medica e radioterapica, giocano un ruolo fondamentale la corretta definizione dei requisiti strutturali, le competenze specifiche del professionista/équipe multidisciplinare / multiprofessionale, le tecnologie e l'organizzazione;

Pertanto i modelli organizzativi da adottare per il trattamento delle patologie oncologiche rare/infrequenti e ad alta complessità sono diversi dagli ordinari perché differenti sono le competenze di tipo strutturale, tecnologico-organizzativo e professionali necessarie per il loro trattamento; l'oncologia si caratterizza infatti come disciplina per sua natura soggetta a integrazione tra le varie componenti cliniche e tra queste e la ricerca.

Dato atto che è previsto nel redigendo piano di area vasta di seguire l'indicazione della Regione Toscana in materia e che in questa prima fase di avvio prende in considerazione alcune patologie tumorali ad alta complessità, rare e/o infrequenti, che per la gestione clinica richiedono una prevalente expertise chirurgica (il tumore del pancreas, il tumore del surrene) o una prevalente expertise multidisciplinare medica e radioterapica (il GIST ed il tumore dell'esofago)

Evidenziato che la prossima normativa, nella più generale ottica sopra specificata di valorizzazione dei sistemi a rete e della multidisciplinarietà, intende:

- definire le modalità organizzative, i volumi soglia, le caratteristiche dei professionisti ed i requisiti strutturali indispensabili per l'individuazione dei Centri per il trattamento dei tumori rari, infrequenti e ad alta complessità;
- per ognuna delle patologie tumorali sopra citate, definire gli standard necessari per identificare e qualificare le aggregazioni organizzative come unità all'interno del SSR;
- trattare tali patologie oncologiche all'interno di Centri di aggregazione funzionale appartenenti a strutture operative e discipline diverse che devono rispondere a specifiche soglie di casistica trattata e a specifici riferimenti di specialità dei professionisti;
- prevedere la presenza di un Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) unico per ognuno dei Centri per il trattamento dei tumori rari, infrequenti e ad alta complessità, con il compito di collaborare attivamente alla gestione della specifica patologia, collegandosi con le strutture di supporto che intervengono nelle singole fasi del percorso dalla diagnosi alla terapia, valutando le condizioni affinché le stesse possano essere effettuate a livello territoriale;
- prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno al fine di verificare il buon funzionamento delle soluzioni organizzative messe in atto, attraverso il monitoraggio e la verifica dell'effettivo raggiungimento dei volumi soglia e dei requisiti previsti;
- individuare una prima serie di patologie da trattare all'interno dei Centri di specialità, prevedendo la possibilità da parte di I.T.T. di indicare altre eventuali patologie di tipo oncologico per le quali è necessario riproporre lo stesso modello organizzativo;
- impegnare le Aziende Sanitarie ad integrare l'R.F.C. del percorso chirurgico per i tumori sopra indicati, prevedendo lo sviluppo del sistema informativo con la registrazione dei dati dell'intero percorso e l'eventuale integrazione con il Registro Toscano Malattie Rare;

Considerato che nuovo Atto Aziendale dell'AOU Careggi, approvato con provvedimento n° 547/2014, col quale è stato introdotto il modello organizzativo delle Unit (articolo 25) quali entità funzionali multidisciplinari e multiprofessionali che riuniscono e coordinano le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso.

Si ritiene che l'AOU Careggi abbia le caratteristiche organizzativo assistenziali e professionali per assicurare le funzioni di Centro per il trattamento dei tumori rari/infrequenti ad alta complessità del pancreas, esofago, surrene e GIST, e pertanto nel corso del 2016 si prevede la seguente strutturazione del percorso sui tumori rari/infrequenti:

PANCREAS UNIT

Istituita con provvedimento DG n° 819/2014 è attiva presso AOUC la Pancreas Unit che possiede tutti i requisiti di volumi, di professionisti e di servizi specialistici complementari previsti dalla citata delibera per il trattamento dei tumori del pancreas. La PANCREAS UNIT di AOUC nella sua organizzazione attuale e con la prospettiva di integrazione con la ASL territoriale si propone, data l'attività svolta nel 2015 e gli attuali residui volumi di specifica attività presenti sul territorio, come unica Unità di Competenza per i tumori del pancreas per l'Area Vasta Centro.

UNITA' DI COMPETENZA PER I TUMORI MALIGNI ESOFAGO

Data l'attività svolta nel 2015 gli attuali residui volumi di specifica attività presenti sul territorio, e considerato che AOUC possiede le caratteristiche quali quantitativi necessarie per l'istituzione di una Unità di competenza, nonché i servizi e specialisti che devono intervenire nella gestione della patologia, AOUC si propone come unica Unità di Competenza per i tumori dell'esofago per l'Area Vasta Centro.

Dal punto di vista organizzativo interno e dei processi tale Unità di competenza afferirà alla Pancreas Unit ed il coordinamento sarà affidato al responsabile della stessa.

UNIT CHIRURGIA ENDOCRINA ed UNITA' DI COMPETENZA TUMORI DEL SURRENE

Data l'attività svolta nel 2015, gli attuali residui volumi di specifica attività presenti sul territorio e considerato quindi che possiede le caratteristiche quali quantitativi necessarie per l'istituzione di una Unità di competenza nonché i servizi e specialisti che devono intervenire nella gestione della patologia AOUC si propone come unica Unità di Competenza per i tumori del surrene per l'Area Vasta Centro.

Considerato che nel corso del 2016 è prevista anche l'istituzione di una Unit Chirurgia Endocrina, si prevede la riconduzione del trattamento del tumore del surrene all'interno delle attività/percorsi della Unit Chirurgia Endocrina.

UNITA' DI COMPETENZA PER GIST (tumori stromali gastrici)

Valutato altresì il percorso GIST e ritenuto di poter assicurare anche per tale patologia (tumore stromale gastrointestinale), le risorse ed i meccanismi operativi e di coordinamento indispensabili a garantire i requisiti quali quantitativi (volumi attività, requisiti strutturali ed expertise del team\equipe) delle Unità di competenza ed i servizi specialistici che vanno a comporre, AOUC si propone come unica Unità di Competenza per i tumori stromali gastrici per l'Area Vasta Centro.

DAY SERVICE

Nel corso del 2014 con i Provvedimenti del Direttore Generale n° 292 del 7 maggio 2014, n° 444 del 3 luglio 2014, n° 610 del 8 settembre 2014, n° 196 del 9 aprile 2014, n° 540 del 1 agosto 2014, n° 2 del 12 gennaio 2015, sono stati deliberati 31 PACC.

I PACC sono Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati, rappresentano lo strumento operativo del D.Se e consistono in gruppi selezionati di prestazioni specialistiche da Catalogo Aziendale coerenti per il raggiungimento degli obiettivi diagnostico-terapeutici, esplicitati a priori per alcune selezionate problematiche cliniche. All'interno del PACC le prestazioni possono essere suddivise in step successivi di approfondimento. È 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 proposti dalle SOD tramite i Dipartimenti di afferenza ed esaminati dalla Direzione.

I vantaggi del modello organizzativo del D.Se. favoriscono tutti i diversi attori coinvolti nei processi di assistenza in regime

ambulatoriale ma soprattutto il paziente che può eseguire in un solo giorno o in un numero limitato di accessi gli accertamenti necessari per iniziare precocemente i trattamenti necessari; il paziente viene preso in carica da più specialisti che operano in ambienti logisticamente favorevoli alla valutazione e il conseguente trattamento 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.

Obiettivi per il 2016 sono il consolidamento e potenziamento delle attività di D.Se., anche tramite la istituzione di un commissione aziendale dedicata, la qualificazione dei flussi informativi specifici nell'ambito dei flussi ambulatoriali, la promozione dell'utilizzo del regime di D.Se. in ambito oncologico.

8. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ANNO 2016

Sulla base degli obiettivi strategici sono stati definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2016 nonché i relativi indicatori e valori attesi. La tabella riporta gli indicatori di rilevanza strategica per l'anno 2016 con relativi obiettivi strategici, operativi, valori attesi del budget 2016.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	80.2%
	MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	75.86%
	QUALITA' CLINICA	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	80%
	INCREMENTO GESTIONE CASISTICA LEA CHIRURGICI IN DS	DRG	Differente per drg
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	APPROPRIATEZZA UTILIZZO CATETERISMO VESCICALE	PERC CONSUMO CATETERI FOLEY IN LATTICE SILICONATO/ TOTALE CATETERI FOLEY	80%
	RIDUZIONE COSTO MATERIALE PER MEDICAZIONE FERITE, PIAGHE, ULCERE	SCOST. PERC. MATERIALE PER MEDICAZIONE DISPOSITIVI EMOSTATICI IN CELLULOSA	-10%
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	ALLINEAMENTO COSTO MEDIO TERAPIA STANDARD	PERC. FARMACI GRUPPO L01X (AD ALTO COSTO)/ TOTALE FARMACI ONCOLOGICI CLASSE L01	85%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	SCOST. PERC. COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	-10%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	SCOST. PERC. COSTO EBPM PER GG DEGENZA	-5%
	APPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	SCOST. PERC. COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	-10%
	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	SCOST. PERC. COSTO FARMACI ANTIFUNGINI INIETTABILI PER GG DEGENZA	-10%
	APPROPRIATEZZA UTILIZZO SUGAMMADEX	PERC. SUGAMMADEX 2ML/(SUGAMMADEX 5ML+2ML)	90%

	DRUG-DAY	% PRESCRIZIONI SECONDO CALENDARIO DEFINITO PER FARMACI SOGGETTI A DRUG-DAY	100%
	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	PERC. FARMACI DA REGISTRO AIFA	0%
	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	PERC. FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE	2%
	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE	UP FARMACO INFLECTRA/ UP FARMACO REMICADE + INFLECTRA	95%
	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE	UP LIPEGFILGRASTIM (L03AA14)/ PEGFILGRASTIM+ LIPEGFILGRASTIM (L03AA14+L03AA13)	Differente per SOD
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	ATTIVAZIONE PAC DAY SERVICE	VALUTAZIONE PERC. NUMERO PAC DAY SERVICE PREPARATI/DELIBERATI NELL'ANNO	100%
	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	80%
APPROPRIATEZZA MEDICA	CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	5.04%
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI BREVI	MES: PERC. RICOVERI MEDICI BREVI	15%
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	1.69%
	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	DRG ...	-5%
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO	APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	SCOST.PERC. COSTO PREST RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/VALORE RIC. ORD. (vs 2013)	-50%
	APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SCOST.PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI DIAGN. IMMAGINI PER PZ RICOVERATI/VALORE RIC. ORD. (vs 2013)	-10%
COMPLESSITA' CASISTICA	INCREMENTO PESO MEDIO	SCOST. PERC. PESO MEDIO RIC. ORDINARI	2%
	MANTENIMENTO/RIDUZIONE CASISTICA BASSA COMPLESSITA'	N. RICOVERI BASSA COMPLESSITA' (ORDINARI PROGRAMMATI)	Differente per SOD
COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO	PERC. DRG NON DEFINITI CON DATA DIMISSIONE MESE PRECEDENTE	4%
DEMATERIALIZZAZIONE	PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/TOTALE PRESCRIZIONI	80%
	IMPLEMENTAZIONE CARTELLA AMBULATORIALE INFORMATIZZATA	VALUTAZIONE PERC. UTILIZZO CARTELLA AMBULATORIALE	100%
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	Differente per SOD
	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	Differente per SOD
	CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA	MES: DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI > 1GG	1
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI BREVI	MES: PERC. RICOVERI MEDICI BREVI	15%
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	1.69%

	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	3%
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MES: PERC PZ. CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	70.78%
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MES: PERC. PZ CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA < 4 ORE	85.21%
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MES: PERC. PZ. CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	78.95%
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	95%
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	TASSO OCCUPAZIONE TERAPIA INTENSIVA	85%
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	TASSO OCCUPAZIONE TERAPIA SUB INTENSIVA	85%
ESITO	VALUTAZIONE ESITI	BPCO RIACUTIZZATA: RISCHIO DI RIAMMISSIONE A 30 gg DALLA DIMISSIONE	10.8%
	VALUTAZIONE ESITI	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIPARAZIONE ANEURISMA AORTA ADDOMINALE NON ROTTO, EVAR	6.1
	VALUTAZIONE ESITI	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIPARAZIONE ANEURISMA AORTA ADDOMINALE NON ROTTO, OPEN	10.7
	VALUTAZIONE ESITI	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA: ENDOARTERECTOMIA CAROTIDEA (CEA)	5.35
	VALUTAZIONE ESITI	MES: DEGENZA MEDIA RICOVERI RIVASCOLARIZZAZIONE CAROTIDEA: STENT CAROTIDEO (CAS)	3.75
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	1.5%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	8%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIocardICO ACUTO	6%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IN PZ. OPERATI PER FRATTURE COLLO DEL FEMORE	3%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	5%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	1.5%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	4.9%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	3%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	1%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	0,5%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	1%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	9%

	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	1%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	6%
	VALUTAZIONE ESITI	MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	1.5%
	VALUTAZIONE ESITI	PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA < 3gg	80%
	VALUTAZIONE ESITI	PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	91.96%
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	INCREMENTO/MANTENIMENTO SEGNALAZIONI	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVOVIGILANZA	Differente per SOD
	INCREMENTO/MANTENIMENTO SEGNALAZIONI	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	Differente per SOD
	ATTRATTIVITA' PAZIENTI EXTRAREGIONE	PERC. PREST.AMBULATORIALI PER EXTRAREGIONE / TOT. PREST.AMBULATORIALI (PER ESTERNI)	10%
	ATTRATTIVITA' PAZIENTI EXTRAREGIONE	PERC. RIC. EXTRA REGIONE/ TOT. RIC.	15%
	INTRODUZIONE/INCREMENTO DI CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	NUMERO CASI COMPLESSIVI GESTITI IN ROBOTICA NELLE SOD UROLOGICHE	700
	INTRODUZIONE/INCREMENTO DI CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	NUMERO CASI GESTITI IN ROBOTICA	Differente per SOD
	RISPETTO VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' D.M. 70/2015	N. INTERVENTI BY PASS AORTO CORONARICO	200
	RISPETTO VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' D.M. 70/2015	N. INTERVENTI CHIRURGICI PER CA MAMMELLA	150
	RISPETTO VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' D.M. 70/2015	N. INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA FEMORE	75
	RISPETTO VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' D.M. 70/2015	N. INTERVENTI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	100
	RISPETTO VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' D.M. 70/2015	N. PROCEDURE ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA	250
	INCREMENTO PRESTAZIONI STRATEGICHE/ALTA COMPLESSITA'	SCOST. PERC. N. PRESTAZIONI EROGATE STRATEGICHE/ALTA COMPLESSITA'	5%
	TRATTAMENTO CASISTICA TRAPIANTO RE-NE	N. TRAPIANTI RENALI EFFETTUATI	40
MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO	RIORGANIZZAZIONE PERCORSO NASCITA	VALUTAZIONE PERC. RIORGANIZZAZIONE PERCORSO NASCITA	100%
SICUREZZA	PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEL NUOVO DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	VALUTAZIONE PERC. PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE NUOVO DVR	100%
	REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DVR O RICHIESTI DA SPP	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO O RICHIESTI DA SPP	100%

9. 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**

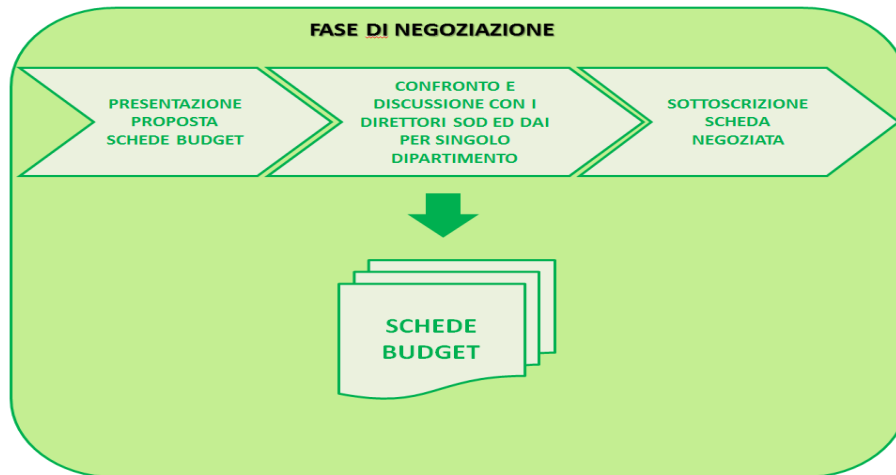
La Direzione Aziendale, dopo aver valutato l'andamento delle attività e dei costi aziendali complessivi dell'esercizio in corso e tenendo in considerazione i vincoli economici definiti a livello nazionale e regionale, definisce le linee strategiche di programmazione per l'anno successivo. Sulla base 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.



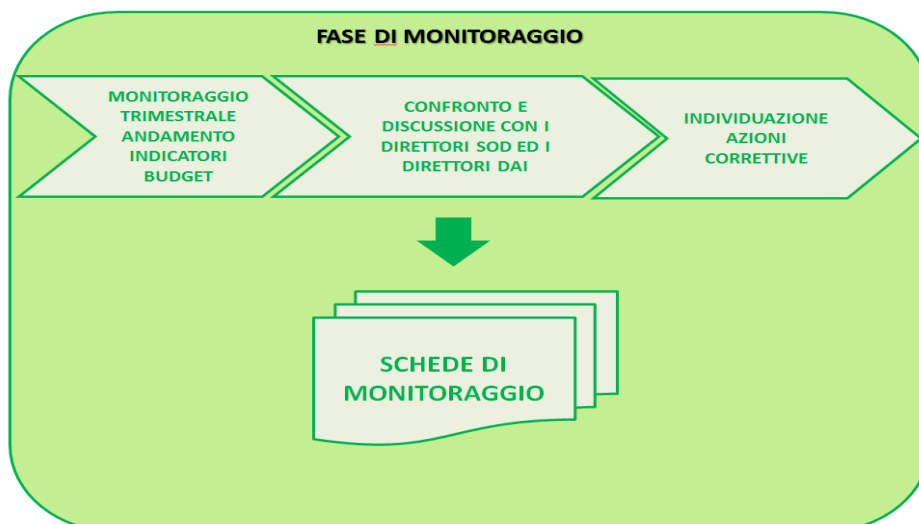
▪ **Negoziazione del budget**

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.

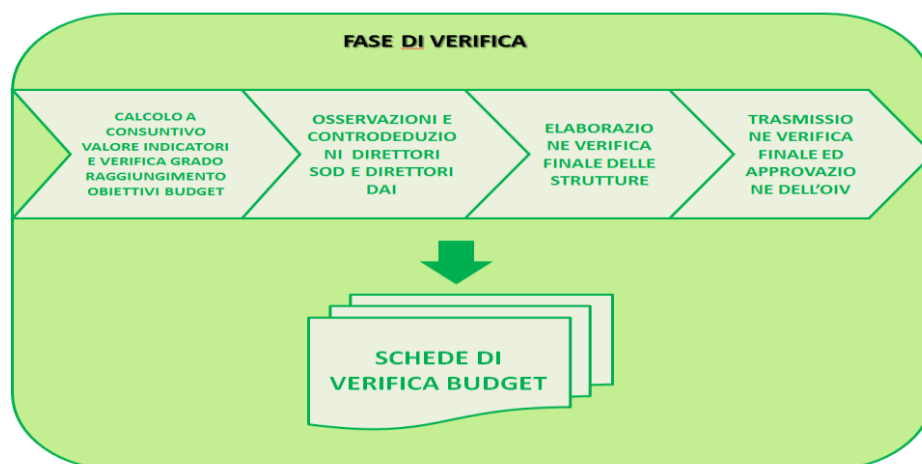


▪ **Verifica finale del budget (valutazione della performance organizzativa)**

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati ed il Controllo Direzionale provvede ad effettuare 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.

Le schede di budget possono essere consultate da parte di ciascun professionista in ogni momento su una piattaforma web aziendale; in corrispondenza di ogni indicatore vi è un campo Note che dà la possibilità durante l'anno ai singoli direttori di struttura di scrivere qualsiasi osservazione od annotazione ritengano utile ai fini della valutazione dell'obiettivo stesso. Quando Il Controllo Direzionale termina la verifica finale viene data comunicazione a tutti di consultare ed analizzare la propria scheda budget, lasciando la possibilità a ciascuno di inviare alla direzione eventuali controdeduzioni e/o spiegazioni relativamente agli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti. Una volta acquisite tali osservazioni e, se accolte, rettificato il grado di raggiungimento degli obiettivi interessati, le schede di verifica vengono trasmesse all'OIV per l'approvazione finale e fatte sottoscrivere da ciascun direttore di struttura. Vengono quindi trasmesse all'UO Politiche del Personale e all'UO Amministrazione del personale.



10. IL 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 divenendo a regime per il 2015; per il personale del comparto è stata fatta la sperimentazione nel 2015 divenendo a regime per il 2016.

Il processo di valutazione della performance individuale a regime si dovrà realizzare secondo le seguenti fasi, anche se nei primi anni potrà subire degli sfasamenti temporali.

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 nella tabella sottostante per l'anno 2016:

VALUTATO	Ambiti di valutazione e pesi anno 2016				VALUTATORE
	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	PERFORMANCE INDIVIDUALE			
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali e/o di équipe	Competenze manageriali	Capacità di valorizzazione del capitale umano e sviluppo dell'etica professionale	DIRETTORE SANITARIO
	60	20	10	10	
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali e/o di équipe	Competenze manageriali	Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
	60	20	10	10	
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali e/o di équipe	Competenze manageriali	Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA
	60	20	10	10	
DIRIGENTI	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	60	20	20		
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	Performance organizzativa (budget)	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90		10		
PERSONALE COMPARTO DS e D	Performance organizzativa (budget)	Obiettivi individuali o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90		10		
PERSONALE COMPARTO C, BS, B e A	Performance organizzativa (budget)	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90		10		
SUPPORTO METODOLOGICO		ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE			
		STRUTTURE DELLO STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE DEPUTATE			

In via sperimentale (senza alcun effetto economico) nel 2016 per la dirigenza medica e sanitaria assegnata agli 8 DAI di produzione, sono stati assegnati anche obiettivi individuali e/o di équipe con peso complessivo pari a 20. Per le posizioni organizzative l'assegnazione degli obiettivi individuali avverrà in maniera progressiva nei prossimi anni.

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.

11. ALLEGATO A – SCHEDE DI BUDGET

Di seguito un esempio di scheda di budget 2016 di una struttura aziendale.

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		VALORE ATTESO	PESO
GOVERNO DELLA CASISTICA	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
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO	11	DIFFERENZIAZIONE 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
OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO SALA OPERATORIA	4	MASSIMA UTILIZZAZIONE DISPONIBILITA' SALA	IND646	VALUTAZIONE PERC. EFFICIENZA SALA OPERATORIA	= 100 %	4
COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI	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
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	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
APPROPRIATEZZA MEDICA	6	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	DRG 183	SCOST. PERC. DRG 183-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL APPARATO DIGERENTE, ETA >17 SENZA CC	-30 %	3
			DRG 208	SCOST. PERC. DRG 208-MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	-30 %	3
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	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 168	PERC. IN DAY SURGERY DRG 168-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
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	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
GOVERNO RISORSE	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
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	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
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVO VIGILANZA	6	INCREMENTO SEGNALAZIONI	IND1002	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVO VIGILANZA	>= 3	3
			IND1001	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	>= 3	3
DEMATERIALIZZAZIONE	4	INCREMENTO PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	IND695	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/TOTALE PRESCRIZIONI	> 80 %	4
SICUREZZA	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
QUALITA'	0	MONITORAGGIO RINGRAZIAMENTI, SEGNALAZIONI, RECLAMI, CONTENZIOSI	IND1011	N. CONTENZIOSI		
			IND1009	N. SEGNALAZIONI		
			IND1008	N. RINGRAZIAMENTI		
			IND1010	N. RECLAMI		
RICERCA	0	VALUTAZIONE IMPACT FACTOR PROFESSIONISTI DELLA SOD	IND741	IMPACT FACTOR PROFESSIONISTI DELLA SOD		100

Firma Direttore SOD/UO

Firma Direzione Aziendale

