

AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA CAREGGI

Piano della Performance 2017-2019 – aggiornamento 2018

1. PREMESSA	2
2. L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI: CHI E' E COSA FA	3
2.1. VISIONE DELL'AZIENDA	3
2.2. MISSIONE ISTITUZIONALE	4
2.3. IL CONTESTO ESTERNO	5
2.4. IL CONTESTO INTERNO	7
2.5. L'AZIENDA IN CIFRE	9
3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	9
3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	13
3.2 COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE ED PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E INTEGRITÀ	14
3.3 COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO	14
4. IL PROCESSO DI BUDGET	14
4.1 ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI BUDGET	14
4.2 NEGOZIAZIONE BUDGET	16
4.3 MONITORAGGIO INFRANNUALE BUDGET	17
4.4 VERIFICA FINALE BUDGET: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	17
5. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	18
5.1 LE FASI	19
5.2 SCHEDA DI VALUTAZIONE	20
5.3 ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI	22
5.4 PERCORSO DI VALUTAZIONE: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	22
5.5 EFFETTI DELLA VALUTAZIONE	24
6. OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI TRIENNIO 2017-2019	24
6.1 APPROPRIATEZZA MEDICA E CHIRURGICA, EFFICIENZA, QUALITÀ CLINICA: INDICATORI MES E CRISP	24
6.2 QUALITÀ ED ESITO DELLE CURE: INDICATORI PNE DEL PATTO STABILITÀ	27
6.3 VOLUMI MINIMI DI ATTIVITÀ: SOGLIE MINIME DEL D.M. 70/2015	29
6.4 ATTRATTIVITÀ	31
6.5 COMPLESSITÀ	30
6.6 APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	30
6.7 APPROPRIATEZZA RICHIESTE DI DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO	32
6.8 ATTUAZIONE POLITICHE SULLA TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	32
7. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ANNO 2018	32
ALLEGATO A – SCHEDA DI BUDGET	35
ALLEGATO B- SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	37

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 strutture organizzative dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2017-2019, con indicazione 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 2017-2019 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;
- 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 2017, 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 riportati annualmente nella relazione della Performance.

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. 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.

2.1. 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).

2.2. 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'appropriata 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.

2.3. 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, nonché dall'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi annuali ai fini della valutazione delle attività, la cui verifica è effettuata annualmente dal MES (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 e ss.mm.ii.;

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.;

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).

Delibera RT 1235/2012 "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale";

Delibera RT n. 28 del 16/3/2015 "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale";

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015;

Patto per la Salute 2014 – 2016 tra Stato e Regioni;

Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 "Attuazione Legge 4/3/2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

Decreto Ministeriale n.70 del 2/4/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Delibera RT n.65 del 31/1/2017 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale e ai direttori per la programmazione di area vasta ai fini della valutazione dell'attività".

2.4. IL CONTESTO INTERNO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi assicura altissima qualità all'assistenza di base e sviluppa aree di eccellenza, 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 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.

L'azienda armonizza gli interventi necessari ai fini del contenimento dei costi con una visione strategica di medio-lungo periodo.

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 coessenziale 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.

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale, sono stati 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 E CHIRURGIA AD INDIRIZZO ROBOTICO
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.

Gli anni successivi al 2014 sono stati anni di conferma e sviluppo delle scelte strategiche conseguenti al nuovo Atto Aziendale. 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 triennio 2017-2019 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 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.."

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 pieno regime nel 2017 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 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

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) quali 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”). 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.

2.5. L’AZIENDA IN CIFRE

L’AOU CAREGGI IN CIFRE	ANNO 2016
<i>N. RICOVERI ORDINARI</i>	51.082
<i>N. DAY HOSPITAL</i>	15.972
<i>N. GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA</i>	324.459
<i>N. ACCESSI DH</i>	42.924
<i>DEGENZA MEDIA</i>	6,35
<i>PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI</i>	1,2
<i>N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI (al netto dei pz. interni)</i>	4.281.506
<i>N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI</i>	3.303.657
<i>N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO</i>	127.661
<i>N. POSTI LETTO (inizio anno al netto dei letti tecnici)</i>	1.322
<i>N. PERSONALE DIPENDENTE OSPEDALIERO</i>	4.917
<i>N. PERSONALE UNIVERSITARIO ED ALTRO PERSONALE</i>	309

3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance si inserisce nel più ampio ciclo di gestione della performance, processo aziendale composto 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 di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché di valutazione individuali infrannuali (**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/risultato.



Nel Ciclo di gestione della performance si delineano quindi la fase di **programmazione**, quella di **monitoraggio** intermedio durante l'anno e quella di **valutazione 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 con 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.

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.

Finito l'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 assegnato dal MES.

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 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. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore.

A partire dal 2014 per le AOU del Network delle Regioni è stato sperimentato un ulteriore **modello** di valutazione, quello del **CRISP** (Centro di ricerca universitario per i servizi di pubblica utilità dell'università degli studi di Milano-Bicocca), al fine di confrontare e valutare l'efficacia dell'attività svolta. La finalità principale non è quella di produrre graduatorie e classifiche tra aziende e reparti bensì quella di fornire ulteriori strumenti di supporto per il miglioramento continuo delle performance. Il confronto dell'efficacia tra reparti della medesima specialità in contesti aziendali similari quali gli ospedali universitari, consente infatti di individuare potenziali criticità da analizzare attraverso specifici audit interni sulla qualità dei dati, sull'organizzazione dei percorsi, sulle risorse a disposizione nonché sulla pratica clinica. Tale confronto, allo stesso tempo, consente di individuare best practice che meritano di essere approfondite non solo dal punto di vista della pratica clinica ma anche rispetto ai modelli organizzativi e gestionali.

L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello

stesso ricovero. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il modello prevede 3 fasce di valutazione: rosso, giallo e verde ed è di tipo “conservativo” in quanto è costruito in modo tale che viene segnalato un risultato sia in senso positivo che negativo solo se è notevole la differenza con l’outcome atteso. Il sistema di valutazione si basa quindi su 3 livelli che hanno come obiettivo quello di evidenziare best practice o criticità da approfondire.

La **valutazione della performance organizzativa delle singole strutture** è effettuata annualmente dall’UO Controllo Direzionale ed altre strutture dello Staff della Direzione Aziendale; non appena sono disponibili i dati consolidati dell’anno precedente, vien fatta 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.

Non appena conclusa la fase di 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.

Le schede di valutazione individuale vengono predisposte dalla U.O. Politiche del Personale e dalla UO Programmazione, gestione e valutazione risorse umane e processi assistenziali a seguito della conclusione della fase di negoziazione del budget dell’anno di riferimento.

Tali schede sintetizzano gli obiettivi che ciascun dipendente deve perseguire personalmente nell’anno di riferimento e sono illustrate ai valutati dai valutatori di prima istanza, ossia dai diretti superiori gerarchici per la prevista sottoscrizione.

Possono essere previste formalmente delle valutazioni individuali infrannuali, in ogni caso è opportuno che il valutatore dia con una certa continuità riscontri al valutato rispetto agli obiettivi assegnati.

Rispetto ad ogni parametro di valutazione, infine il valutatore formulerà a consuntivo un giudizio - espressione del riscontrato grado 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; è questa la fase di **valutazione della performance individuale**.

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.

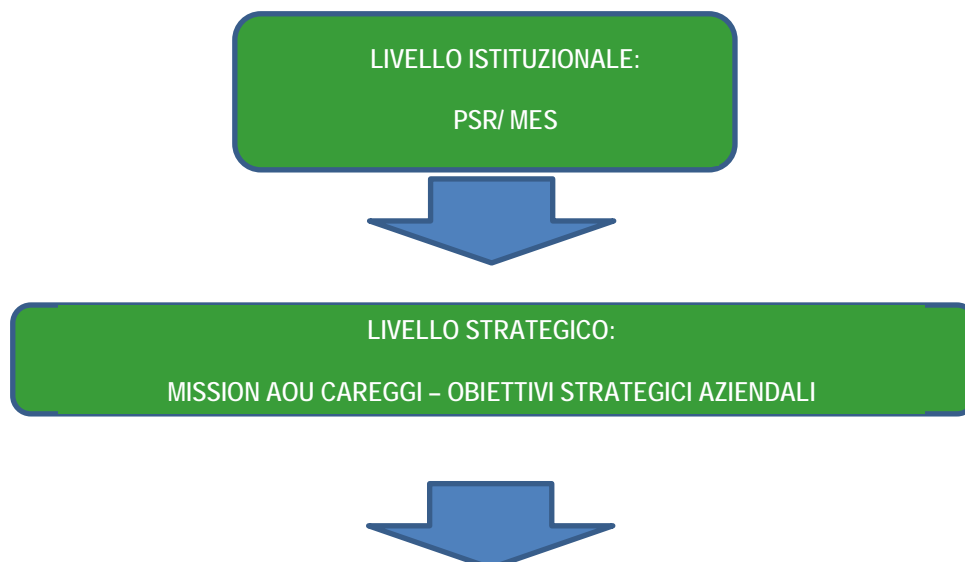
In estrema sintesi si riporta il **timing del ciclo di gestione della performance**:

TEMPO	FASE	AZIONE
SETTEMBRE-NOVEMBRE	DEFINIZIONE LINEE DI INDIRIZZO	VALUTAZIONE DELL’ANDAMENTO AZIENDALE; ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO; PREDISPOSIZIONE DELLE LINEE STRATEGICHE DI INDIRIZZO AZIENDALI
SETTEMBRE-NOVEMBRE	ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI SCHEDE DI BUDGET	ELABORAZIONE DELLA REPORTISTICA E DELLE SCHEDE DI BUDGET
SETTEMBRE-NOVEMBRE	STIMA EFFETTI ECONOMICI DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET E REDAZIONE BILANCIO PREVENTIVO	STIMA MAGGIORI/MINORI COSTI/RICAVI E REDAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO
NOVEMBRE-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/UE
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/UE CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDE DI VERIFICA BUDGET
		VALUTAZIONE E APPROVAZIONE OIV
MARZO- GIUGNO	VALUTAZIONE INDIVIDUALE	MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE
GIUGNO- OTTOBRE	EROGAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO/PRODUTTIVITA'	EROGAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO/PRODUTTIVITA' SULLA BASE DEI RISULTATI CONSEGUITI DERIVANTI DALLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ED INDIVIDUALE

3.1 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.





3.2 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 ss.mm.ii, 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 e della Trasparenza 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.

3.3 COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

La definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'azienda è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti.

In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

In AOU Careggi questo passaggio avviene attraverso la negoziazione dei budget di spesa per conto economico con i Gestori di Fabbisogno, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo.

Questa ulteriore dimensione programmatica, trasversale per natura rispetto a quella che proietta con il processo di budget gli obiettivi aziendali sulle singole strutture interne, è proprio quella che consente di garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infraannuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei Gestori di Fabbisogno.

4. 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, 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 strutture 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. Una volta negoziati gli obiettivi, tutto il personale della struttura deve essere coinvolto nel raggiungimento degli stessi

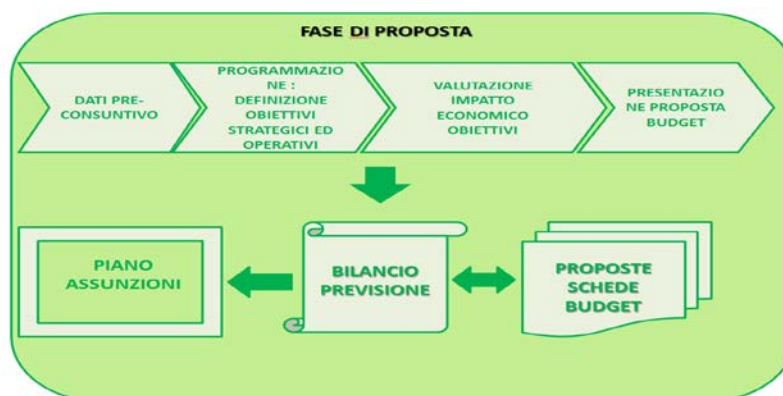
così come la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi si estende a tutto il personale assegnato alla struttura.

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

4.1 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.



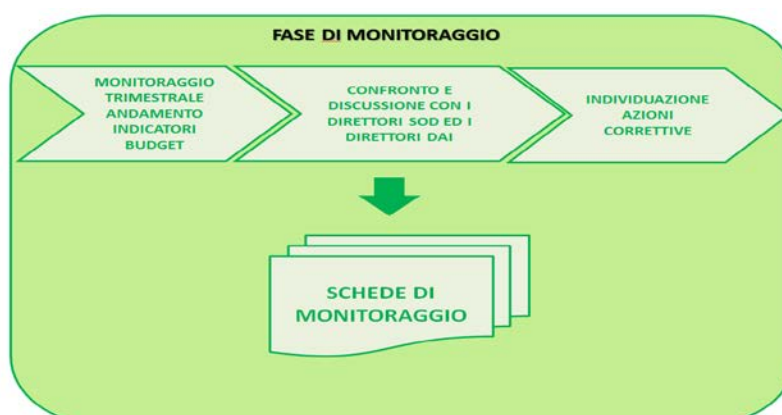
4.2 NEGOZIAZIONE DEL BUDGET

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.



4.3 MONITORAGGIO INFRANNUALE BUDGET

Durante l'anno, a cadenza prestabilita, 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. Mensilmente il Controllo Direzionale pubblica sul portale interno aziendale una serie di report di controllo, funzionali in parte alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati. Alla fine di ogni trimestre inoltre procede al controllo sistematico del grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi verificabili, al fine di determinare uno stato di avanzamento lavori. A seguito dei monitoraggi infrannuali, la Direzione Aziendale convoca i responsabili dei centri di responsabilità o singolarmente o riuniti per Dipartimento per mostrare l'esito del monitoraggio e chiedere azioni risolutive per arginare le eventuali criticità emerse. In quella sede può inoltre autorizzare delle integrazioni o delle modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute delle rilevanti novità che incidono sulla definizione stessa dell'obiettivo o sia constatato che l'obiettivo era originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso.



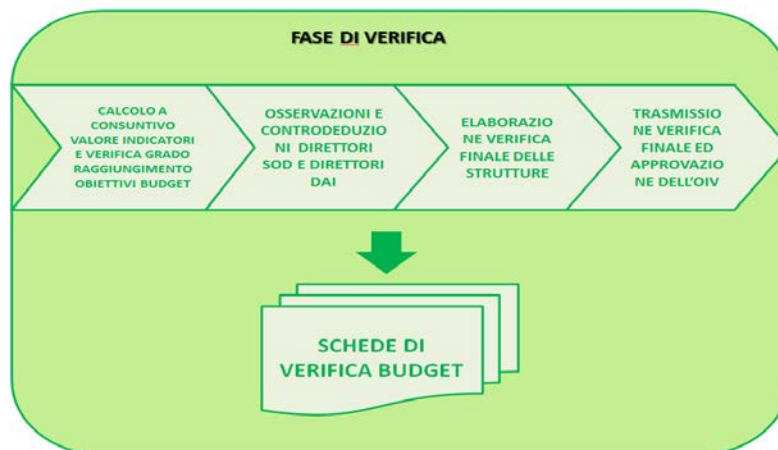
4.4 VERIFICA FINALE DEL BUDGET: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, caricati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso ed i corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore.

Per ciascun indicatore sono definite delle fasce di valutazione che prevedono, a seconda dello scostamento dal valore atteso, delle diverse percentuali di raggiungimento (0%, 30%, 50%, 60%, 80%, 90%, 100%). Per gli indicatori MES e PNE le fasce di valutazione sono 5 (0%, 30%, 60%, 80% 100%) e corrispondono a quelle definite dal MES/AGENAS. 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 struttura e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento finale di ciascuna struttura può variare da 0% a 100%.

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.



5. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema di valutazione della performance individuale è finalizzato alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate, tende a:

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;

- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

Il Sistema prevede:

- l'attribuzione di obiettivi individuali e/o d'équipe;
- eventuali valutazioni infrannuali
- la valutazione annuale finale del superiore gerarchico
- le procedure di conciliazione

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

- **la prestazione individuale**, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o d'équipe
- **i comportamenti e le competenze organizzative**, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa dentro l'organizzazione; per ciascuna sono declinati parametri, criteri e indicatori, tenendo conto della rilevanza rispetto agli obiettivi aziendali, delle linee di sviluppo della funzione, del ruolo svolto dal valutato e dell'area professionale di appartenenza.

Dal momento che l'assegnazione di obiettivi individuali e la relativa valutazione è stata avviata per il personale dirigente, nel corso del 2018 l'azienda è impegnata a definire un meccanismo finalizzato a formalizzare la correlazione tra gli obiettivi di budget e la valutazione individuale anche per il personale del comparto.

Ai fini della omogeneizzazione delle valutazioni e della garanzia dell'equità tra le differenti strutture, i valutatori saranno formati e/o informati anche mediante linee guida aziendali ed incontri formativi sia sulle finalità e sugli effetti del sistema di valutazione del personale, sia sull'utilizzo degli strumenti (schede, griglie, scale, conduzione di colloqui, ecc...), sia, infine, sulla dinamica dell'intero percorso valutativo. Il raggiungimento di adeguati livelli di maturazione del sistema di misurazione e valutazione della performance potrà permettere l'elaborazione di elementi di sviluppo quali l'autodiagnosi e modalità di verifica bottom-up.

Più nel dettaglio il percorso prevede l'assegnazione degli obiettivi individuali, strettamente legati a quelli delle strutture, non appena conclusa la fase di negoziazione di budget. Essi, congiuntamente ai comportamenti organizzativi ed alle competenze espresse, sono assegnati ai singoli operatori tramite apposita scheda.

Le schede di valutazione individuale vengono predisposte dalla U.O. Politiche del Personale e dalla UO Programmazione, gestione e valutazione risorse umane e processi assistenziali a seguito della conclusione della fase di negoziazione del budget dell'anno di riferimento.

Tali schede sintetizzano gli obiettivi che ciascun dipendente deve perseguire personalmente nell'anno di riferimento e sono illustrate ai valutati dai valutatori di prima istanza, ossia dai diretti superiori gerarchici per la prevista sottoscrizione.

Rispetto ad ogni parametro di valutazione, infine 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 : è questa la fase di valutazione della performance individuale.

5.1 LE FASI

Il processo di valutazione della performance individuale si realizza secondo le seguenti fasi, anche se qualche singola fase potrà subire degli sfasamenti temporali.

PERIODO	AZIONI	ATTORI COINVOLTI
GENNAIO-MARZO (anno corrente)	Assegnazione obiettivi	Valutati - valutatori
GENNAIO-DICEMBRE (anno corrente)	Verifica intermedia	Valutati - valutatori
MARZO GIUGNO (anno successivo)	Valutazione finale	Valutati - valutatori

5.2 SCHEDA DI VALUTAZIONE

Sono definite apposite schede di valutazione, differenziate per tipologia di responsabilità e per il personale del comparto anche per profilo, per :

Direttori di Dipartimento (DAI)

Responsabili strutture organizzative dipartimentali complesse (SODC – UOC)

Responsabili strutture organizzative dipartimentali semplici (SODs – UOs)

Dirigenti

Posizioni organizzative

Personale del Comparto con qualifica DS e D

Personale del Comparto con qualifica C, BS, B e A

Ogni dimensione della valutazione è pesata in relazione alla sua importanza; ai parametri che la declinano è associato un valore che ne indica il grado di raggiungimento. La sommatoria dei pesi teorici attribuiti alle singole dimensioni è pari a 100.

Tali schede contengono la strutturazione di una serie di parametri tra i quali i comportamenti e le competenze attesi, per orientare verso un modello “ideale” (atteso) la valutazione della loro espressione in ogni singolo dipendente. E’ da precisare che i suddetti parametri hanno la proprietà di poter essere misurati attraverso indicatori di tipo osservazionale, con valore descrittivo. Tale loro caratteristica richiede la ricerca di modalità di oggettivizzazione e l’attivazione degli strumenti utili a garantire omogeneità dell’attività valutativa dei diversi soggetti.

Gli ambiti della valutazione sono di seguito rappresentati e pesati:

VALUTATO	Ambiti di valutazione e pesi				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 DI STRUTTURA DI AFFERENZA
	60	20	10	10	
DIRIGENTI	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA 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 e/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				

5.3 ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

La definizione degli obiettivi individuali e/o di équipe avviene ad esito della negoziazione di budget, essendo strettamente legati a quelli della struttura. Essi sono attribuiti in tempi adeguati, secondo la tempistica indicata nel precedente punto 5.1 e, qualora necessario, perfezionati a seguito di verifica intermedia.

Compito dei responsabili di struttura e dei ruoli gestionali di responsabilità e coordinamento, nonché specifico parametro di valutazione della loro performance individuale, è l'assegnazione di obiettivi individuali e/o di équipe ai propri collaboratori, secondo i principi di seguito specificati. L'assegnazione tiene conto delle attività, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti, delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità, in modo che il peso degli aspetti gestionali - organizzativi, a fronte di quelli più strettamente tecnico-professionali, sia proporzionalmente collegato al ruolo effettivamente svolto.

Gli obiettivi individuali e/o di équipe annuali sono definiti ed assegnati tramite apposita scheda congiuntamente firmata.

5.4 PERCORSO DI VALUTAZIONE: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione viene effettuata dal soggetto avente diretta conoscenza dell'attività del valutato, quindi dal superiore gerarchico.

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato presti la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui il valutato ha prestato l'attività prevalente in termini temporali, coadiuvato dagli altri Responsabili. Nel caso in cui, in corso d'anno, la responsabilità di una struttura sia stata assegnata a diversi soggetti, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31 dicembre dell'anno a cui si riferisce la valutazione in accordo con il precedente responsabile o, a seconda dei casi, alla data in cui si svolge la valutazione.

Il processo valutativo deve essere ispirato alla massima trasparenza sugli obiettivi e sui criteri di valutazione. La valutazione dei comportamenti organizzativi deve favorire un feedback adeguato rispetto ai comportamenti più rilevanti del valutato ed un dialogo ampio e aperto fra questi ed il valutatore, poiché la valutazione non serve a "dare un voto", ma in primo luogo a favorire processi di miglioramento e sviluppo.

Il valutatore:

- segue le indicazioni e le linee guida aziendali in materia di valutazione della performance e partecipa alle iniziative formative, sia a carattere obbligatorio sia a carattere facoltativo, sulla medesima tematica
- illustra, nel rispetto della tempistica di cui al precedente punto 5.1, ai propri collaboratori i contenuti delle schede di valutazione, compresi gli obiettivi della struttura, individuali e/o

d'équipe ad essi associati, evidenziando gli elementi concreti che saranno oggetto della valutazione finale, con riferimento ai singoli criteri formalizzati nelle schede

- monitora l'orientamento dei dipendenti verso i risultati attesi, effettuando una valutazione intermedia alla conclusione del primo semestre dell'anno, al fine di evidenziare gli aspetti suscettibili di miglioramento

- effettua la valutazione finale, formulando, rispetto ad ogni parametro di valutazione, un giudizio che esprime il riscontrato grado di possesso dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato, secondo la scala di valutazione di seguito riportata

- illustra le schede di valutazione individuale in occasione di appositi incontri di verifica, in cui, mediante colloqui individuali, confronta le attese con il lavoro effettivamente svolto dai collaboratori, illustra le proprie valutazioni, anche in ordine alle ipotesi di piani di miglioramento individuali ed effettua il contraddittorio per l'acquisizione di eventuali osservazioni/controdeduzioni sul mancato o parziale raggiungimento di alcuni obiettivi; acquisisce le osservazioni del valutato e, se accoglie, rettifica il grado di raggiungimento degli obiettivi

- 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, come di seguito indicato:

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.	10

		<p>Manifesta comportamenti più che soddisfacenti ed esemplari per qualità.</p> <p>Comportamento assumibile quale modello di riferimento.</p>	
--	--	--	--

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verifica la correttezza dell'intero processo di misurazione e valutazione e valida la Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, certificando i risultati organizzativi conseguiti e gli esiti del processo valutativo.

Dal 2017 sono previste specifiche procedure conciliative per la valutazione individuale della performance.

5.5 EFFETTI DELLA VALUTAZIONE

La valutazione della performance è la condizione inderogabile per l'erogazione - con le modalità e la tempistica previste dalla contrattazione integrativa aziendale - della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva per il miglioramento dei servizi (in quest'ultimo caso entro i limiti della quota individuata a tale scopo in sede di contrattazione integrativa)

Le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale di ciascun dipendente. Per i dirigenti, in particolare, concorrono a costituire la documentazione di base per la valutazione delle attività professionali svolte dai Collegi Tecnici, ai sensi del CCNL vigente.

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 (entro i limiti sopra menzionati).

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.

6. OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI TRIENNIO 2017-2019

6.1 APPROPRIATEZZA MEDICA E CHIRURGICA, EFFICIENZA, QUALITÀ CLINICA: INDICATORI MES e CRISP

Sono ormai più di 10 anni che le aziende sanitarie Toscane vengono misurate annualmente con il Bersaglio MES; gli indicatori in questo presenti diventano quindi obiettivi di budget per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta.

Sulla base delle delibere regionali di assegnazione obiettivi MES, vengono definiti gli obiettivi di budget relativamente all'appropriatezza medica e chirurgica, all'efficienza, alla qualità clinica. Dal momento che nei mesi nei quali l'azienda negozia il budget per l'anno successivo

(novembre e dicembre) la Regione Toscana solitamente non ha ancora assegnato gli obiettivi alle aziende sanitarie, per la negoziazione degli obiettivi di budget si fa inizialmente riferimento agli obiettivi/indicatori MES definiti con l'ultima delibera regionale, aggiornandoli non appena esce la nuova delibera di assegnazione obiettivi per l'anno in corso.

Nella tabella sottostante sono riportati **gli indicatori del bersaglio MES 2017** con relativo valore atteso.

Allegato Miglioramento						
Codice indicatore	Obiettivi 2017		AOU PISANA	AOU SENESE	AOU CAREGGI	AOU MEYER
Efficienza						
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015				
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015				
Attività ed appropriatezza medica						
C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	<= vedi obiettivi specifici				
C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	<= vedi obiettivi specifici	1,52	2,52	1,69	
C14.2a	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	<= vedi obiettivi specifici				
C14.2.1	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - adulti	<= vedi obiettivi specifici	7,15	14,62	6,03	
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pedatrici	<= vedi obiettivi specifici	19,30	16,46	23,08	28,58
Attività ed appropriatezza chirurgica						
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	>= vedi obiettivi specifici	87,69	85,82	82,79	
B25.1a.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	>= vedi obiettivi specifici				
Qualità clinica						
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	standard >=80%; vedi obiettivi specifici	76,13	76,28	80,00	
C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	<= vedi obiettivi specifici	7,48	7,08	7,28	

Materno Infantile						
C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	<= vedi obiettivi specifici	19,36	23,83	17,63	
C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	<= vedi obiettivi specifici				
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<= vedi obiettivi specifici	2,8	mantenere <=2	5,54	
Pronto Soccorso						
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>= vedi obiettivi specifici	74,33	89,13	71,14	97,33
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	>= vedi obiettivi specifici	78,40	93,07	79,56	89,17
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>= vedi obiettivi specifici	82,44	82,42	83,39	90,54
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>= vedi obiettivi specifici	77,04	77,13	75,74	60,00
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> 95%	90,73	88,91	92,02	99,08
D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	<= vedi obiettivi specifici	3,6	2,3	2,8	3,5
Percorso Oncologico						
C10.2.1	% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Soglia volumi = 150; Standard >= 80% (= > vedi obiettivi specifici)	85,93	82,73	87,19	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<= 30 giorni				
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<= 30 giorni				
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<= 30 giorni				
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<= 30 giorni				
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	<= 30 giorni				
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<= 30 giorni				
Obiettivi specifici per AOU						
C33.2.1.u	Degenza media ricoveri per riparazione dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale NON ROTTO, OPEN	<= vedi obiettivi specifici	6,74		10,70	
C33.2.2.u	Degenza media ricoveri per riparazione dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale NON ROTTO, EVAR	<= vedi obiettivi specifici	2,81	5,50	5,00	
C33.12.1.u	Degenza media ricoveri per rivascularizzazione carotidea: Endoarterectomia Carotidea (CEA)	<= vedi obiettivi specifici	2,43	4,95	4,10	
C33.12.2.u	Degenza media ricoveri per rivascularizzazione carotidea: Stent Carotideo (CAS)	<= vedi obiettivi specifici	4,03	4,61	2,88	
C1.5.u	Indice di Case Mix	>= vedi obiettivi specifici	1,44	1,48	1,45	
C5.3	Percentuale prostatectomia transuretrale	>= vedi obiettivi specifici	87,39%	81,56%	75,86%	

Per quanto concerne l'appropriatezza chirurgica e medica come obiettivi budget delle singole strutture, al fine di raggiungere l'obiettivo per l'azienda definito dal MES, si richiede a ciascuna SOD 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 (quali ad esempio la degenza media pre-operatoria) 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.

Nell'ambito dell'assegnazione da parte della Regione Toscana degli obiettivi alle aziende sanitarie, oltre agli indicatori del bersaglio MES, vi è annualmente indicazione di uno o più

indicatori di esito verso i quali se ne richiede il miglioramento (**obiettivo: miglioramento degli esiti**); per il 2017 per l'AOU Careggi veniva indicato solamente la “colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, complicanze a 30 gg dall'intervento”, per il 2018 si è aggiunto un secondo indicatore “frattura del collo del femore, rischio di morte a 30 gg dall'ammissione”.

Sono stati inoltre inseriti per la prima volta come obiettivi budget del 2017, riconfermati nel 2018, gli indicatori di **qualità clinica e di processo del CRISP**. L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Dal momento che nell'azienda le dimissioni volontarie sono molto basse per tutte le strutture, è stato deciso di non considerare tale indicatore; sono invece stati inseriti come obiettivi budget gli altri 3 indicatori sopra indicati. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia.

Il valore atteso per ciascun indicatore è quello di migliorare la propria performance rispetto a quella media regionale calcolata per le diverse discipline, riportata nella tabella sottostante:

INDICATORE	VALORE ATTESO	DISCIPLINA
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 3.9 %	CCH
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 3.7 %	CCH
CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	< 7.2 %	CCH
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 2.3 %	CHIR. GENERALE
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 3.6 %	CHIR. GENERALE
CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	< 2 %	CHIR. GENERALE
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 16 %	MEDICINA
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 6.1 %	MEDICINA
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 2.8 %	NCH
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 6.3 %	NCH
CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	< 3.8 %	NCH
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 6 %	NEUROLOGIA
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 4,2%	NEUROLOGIA
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 1.2 %	ORTOPEDIA
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 1.7 %	ORTOPEDIA
CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	< 1.3 %	ORTOPEDIA
CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 0.7 %	UROLOGIA
CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 2.8 %	UROLOGIA

CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI
CHIR.

< 1.1 %

UROLOGIA

6.2 QUALITA' ED ESITO DELLE CURE: INDICATORI PNE DEL PATTO STABILITA'

Per la prima volta la **legge di Stabilità** per l'anno 2016, poi riconfermata dalle successive leggi di Stabilità , 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 (5-rossa); bassa (4-arancione); media (3-gialla); alta (2-verde chiaro); molto alta (1-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.

Già a partire dal 2016, riconfermandoli nel triennio 2017-2019, sono stati quindi introdotti come obiettivi budget tutti gli indicatori di esito previsti nella Legge di Stabilità con valore atteso pari a quello della fascia verde corrispondente ad una performance molto alta.

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.

Di seguito sono riportati gli indicatori di esito del Patto di Stabilità raggruppati per le diverse aree cliniche.

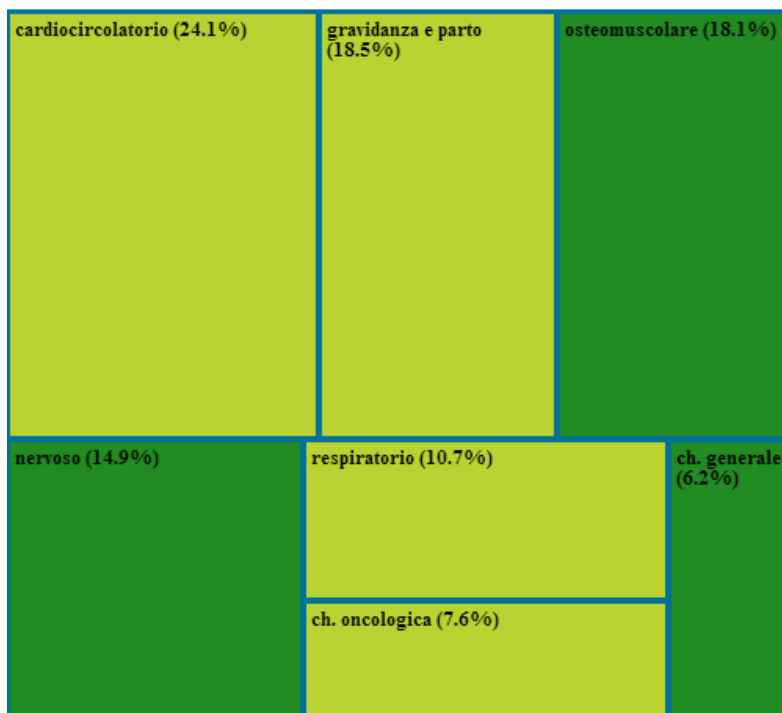
Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
			1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30 %	≤ 6	6-8	8-12	12-14	>14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-60	35-45	25-35	<25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-9	9-14	14-18	>18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20 %	≤ 1.5		1.5-4		>4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15 %	≤ 1.5		1.5-4		>4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 1		1-3		>3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-10	10-14	14-16	>16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	>5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-7	7-12	12-16	>16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-80	60-70	50-60	<50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita > 90 casi	50 %	=100	80-100	50-80	30-50	<30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita > 135 casi	33 %	=100	80-100	50-80	30-50	<30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-8	8-12	12-18	>18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17 %	≤ 0.5		0.5-3		>3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8 %	≤ 2	2-4	4-7	7-10	>10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-3	3-6	6-8	>8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-25	25-30	30-35	>35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-0.70		>0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1.2		>1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-70	50-60	40-50	<40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

Nella tabella sottostante il peso delle diverse aree cliniche per l'AOUC:

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso
 ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



6.3 VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' : SOGLIE MINIME PREVISTE NEL D.M. 70/2015

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 già nel 2016 e riconfermate nel 2017-2018, 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 LAPAROSCOPI- CHE	> 100
N. INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA FEMORE	> 75
N. INTERVENTI BY PASS AORTO CORONARICO	> 200
N. PROCEDURE ANGIOPLASTICA CORONARICA PER- CUTANEA	> 250

6.4 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 siano 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. Per il triennio si spinge verso un potenziamento dell'attrazione di pazienti extraregionali.

6.5 COMPLESSITA'

Uno degli elementi caratterizzanti un'azienda ospedaliera universitaria di secondo 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; nell'azienda invece ancora una gran parte della casistica trattata è di bassa complessità.

Per tale motivo è stato richiesto ad alcune strutture di ridurre la casistica di bassa complessità chiedendo invece alle specifiche strutture dell'azienda, che per mission dovrebbero trattare l'alta complessità, di incrementarla. Per le strutture che svolgono esclusivamente attività di tipo ambulatoriale è stato invece chiesto di incrementare la prestazioni ambulatoriali strategiche/ di alta complessità.

6.6 APPROPARTEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Nel triennio sarà necessario fare 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 permetteranno 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).

Grande attenzione sarà posta nel governo della spesa ed utilizzo dei Dispositivi medici di alto costo e tecnologia (chirurgia robotica, cardiologia interventistica mini-invasiva, oculistica).

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 come obiettivo quello di incrementare le segnalazioni sia di farmacovigilanza che di dispositivivigilanza.

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.

6.7 APPROPRIATEZZA RICHIESTE DI DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO

Obiettivo del triennio sarà quello di migliorare ulteriormente l'appropriatezza delle richieste di esami richiesti per i pazienti ricoverati sia di diagnostica per immagini che di diagnostica di laboratorio.

L'area di Diagnostica per Immagini del DAI dei Servizi ha visto, a partire dalla fine del 2016, una profonda riorganizzazione. 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 triennio 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 negli anni scorsi, 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 con la revisione complessiva degli esami inseriti nei pacchetti di richiesta su DnWeb; l'individuazione di richieste apparentemente inappropriate; l'eliminazione di pacchetti di richiesta obsoleti; la rimodulazione di pacchetti di richiesta in

risposta a quesiti diagnostici; l'inserimento di reflex test; revisione degli esami contenuti nei profili di richiesta del Pronto Soccorso con l'eliminazione di richieste inappropriate e l'introduzione di reflex test.

6.8 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 degli ambiti di attività 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.

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.

Obiettivo di budget per tutte le strutture è quello della realizzazione di quanto previsto nel Piano Triennale per la prevenzione corruzione trasparenza ed integrità.

7. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ANNO 2018

Sulla base degli obiettivi strategici sono stati definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2018 nonché i relativi indicatori e valori attesi. La tabella riporta gli indicatori di rilevanza strategica per l'anno 2018 con relativi obiettivi strategici, operativi, valori attesi del budget 2018.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	< -.12
		MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	< .04
	CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA	MES: DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI > 1GG	< 1
	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MES: PERC. PZ. CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	> 71 %
		MES: PERC. PZ. CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	> 80 %
		MES: PERC. PZ CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA < 4 ORE	> 84 %
MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE		> 92 %	
	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	< 2.8 %	
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	INCREMENTO GESTIONE LEA CHIR. IN REGIME DS	MES: % STANDARD LEA CHIRURGICI RAGGIUNTI IN DS	> 83 %

APPROPRIATEZZA MEDICA	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	MES: SCOST. PERC. NUMERO RICOVERI PER DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	-5 %
	CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	5 %
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	< 1.69 %
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO TEMPI DI ATTESA PER PZ. ONCOLOGICI	MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE MAMMELLA	= 30
		MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE PROSTATA	= 30
		MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE COLON	< 30
		MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE RETTO	< 30
		MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE POLMONE	= 30
		MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE UTERO	= 30
ESITO	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	< 1.5 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 6 %
		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 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	< .5 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	< 1.5 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	< 3 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	< 1 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	< 5 %
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %
PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	< 5 %		
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI CRISP	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	Diff. per disciplina
		CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	Diff. per disciplina
		CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	Diff. per disciplina
		MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	> 80 %
		MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 80 %
		MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	> 76 %
		MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	> 87.5 %
MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA < 3gg	> 80 %		
GOVERNO DELLA CASSISTICA	INCREMENTO PRESTAZIONI STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'	SCOST. PERC. N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI STRATEGICHE	+5%



	RIDUZIONE CASISTICA BASSA COMPLESSITA'	SCOST. PERC. N. RICOVERI BASSA COMPLESSITA'	-10%
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE	APPROPRIATEZZA PREST. RICHIESTE DI DIAGN. DI LABORATORIO	SCOST. PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/GG DEGENZA R.O. (vs 2016)	-2 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	SCOST. PERC. CONSUMO FARMACI ANTIBIOTICI/ GG DEGENZA	-2%
	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	SCOST. PERC. CONSUMO FARMACI ANTIFUNGINI/ GG DEGENZA	-2%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	SCOST. PERC. CONSUMO ALBUMINA PER GG DEGENZA	-2%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	UP (PARNAPARINA + NADROPARINA + BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ. RICOVERATI	>80%
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	APPROPRIATEZZA UTILIZZO CATETERISMO VESICALE	PERC CONSUMO CATETERI FOLEY IN LATTICE SILICONATO/ TOTALE CATETERI FOLEY	> 90 %
	RIDUZIONE COSTO MATERIALE PER MEDICAZIONE FERITE, PIAGHE, ULCERE	SCOST. PERC. CONSUMO MATERIALE PER MEDICAZIONE, FERITE, PIAGHE, ULCERE	-2 %
DEMATERIALIZZAZIONE	INCREMENTO PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/TOTALE PRESCRIZIONI	> 80 %

ALLEGATO A – SCHEDE DI BUDGET

Di seguito un esempio di una scheda budget di una delle strutture dell'azienda.

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC.	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS VAL ATTESO	% RAGGIUNGIMENTO	
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	3	-1.37	< .04	-.75	-0,79	100
		IND1215	PRESENZA MEDIA NELLA SOD PER DRG MEDICI URGENTI	3	6,5	< 6,5	6,77	0,27	80
APPROPRIATEZZA A MEDICA	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI BREVI	IND581	MES: PERC. RICOVERI MEDICI BREVI	3	13,57 %	< 15 %	9,95 %	-5,05	100
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	IND1570	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	3	84 %	< 1,69 %	1,79 %	0,1	80
ESITO	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5	4,82 %	< 5 %	11,71 %	6,71	60
		IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	5	7,09 %	< 6 %	3,37 %	-2,63	100
		IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	5	11,48 %	< 9 %	18,49 %	9,49	0
		IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	5	3,92 %	< 5 %	10 %	5	60
		IND1749	CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	3	9,34 %	< 16 %	11,2 %	-4,8	100
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI CRISP	IND1667	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	3	6,43 %	< 6,1 %	6,73 %	0,63	90
		IND1579	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	3	11,9 %	< 10,8 %	15,79 %	4,99	50
APPROPRIATEZZA A DI PERCORSO	SEGNALAZIONE PRECOCE PZ. COMPLESSI AD AGENZIA CONTINUITA'	IND544	PERC. N. SEGNALAZIONI CASI COMPLESSI ENTRO 72 ORE DALL'AMMISSIONE/ TOT. CASI SEGNALATI	3	62,04 %	> 80 %	54,12 %	-25,88	60
CORRETTA REGISTRAZIONE	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO	IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	3	%	= 100 %	100 %	0	100
	CORRETTEZZA/ COMPLETEZZA CODIFICA/ DOCUMENTAZ. SANIT.	IND1686	VALUTAZIONE PERC. ESITO SUPERAMENTO CONTROLLI REGIONALI	2	%	= 100 %	%		

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC.	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS VAL ATTESO	% RAGGIUNGIMENTO	
APPROPRIATEZZA A PRESTAZIONI RICHIESTE	APPROPRIATEZZA PREST. RICHIESTE DI DIAGN. DI LABORATORIO	IND1674	SCOST. PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/ GG DEGENZA R.O. (vs 2016)	3	%	-5 %	-13,28 %	-8,28	100
APPROPRIATEZZA A CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND1016	SCOST. PERC. COSTO FARMACI ANTIFUNGINI INIETTABILI/ ALTO COSTO PER GG DEGENZA	2	-59,01 %	< 0 %	40,07 %	40,07	0
	APPROPRIATEZZA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	IND1015	SCOST. PERC. COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	2	-10,58 %	< 0 %	12,2 %	12,2	0
	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	IND1021	SCOST. PERC. COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	2	-26,64 %	< 0 %	-2,46 %	-2,46	100
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	IND1723	PERC. (PARNAPARINA + NADROPARINA + BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ. RICOVERATI	3	%	> 80 %	77,82 %	-2,18	90
IND1743		PERC. (PARNAPARINA + NADROPARINA+BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ.IN DIMISSIONE	3	%	> 80 %	63 %	-17	80	
APPROPRIATEZZA A CONSUMO DISPOSITIVI	APPROPRIATEZZA UTILIZZO CATETERISMO VESCICALE	IND599	PERC CONSUMO CATETERI FOLEY IN LATTICE SILICONATO/ TOTALE CATETERI FOLEY	3	40 %	> 80 %	82,52 %	2,52	100
	RIDUZIONE COSTO MATERIALE PER MEDICAZIONE FERITE, PIAGHE, ULCERE	IND1354	SCOST. PERC. CONSUMO MATERIALE PER MEDICAZIONE, FERITE, PIAGHE, ULCERE	2	-12,88 %	< 0 %	-27,03 %	-27,03	100
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIIGILANZA	INCREMENTO/MANTENIMENTO SEGNALAZIONI	IND1002	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVOVIIGILANZA	1	0	> 1	1	0	100



FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVI LANZA	INCREMENTO/MANTENIMENTO SEGNALAZIONI	IND1001	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	2	7	> 13	7	-6	50
DEMATERIALIZZAZIONE	INCREMENTO PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	IND695	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/ TOTALE PRESCRIZIONI	3	100 %	> 80 %	100 %	20	100
	IMPLEMENTAZIONE CARTELLA AMBULATORIALE INFORMATIZZATA	IND1320	VALUTAZIONE PERC. UTILIZZO CARTELLA AMBULATORIALE	2	%	= 100 %	%		
SICUREZZA	REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DVR O RICHIESTI DA SPP	IND1013	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO O RICHIESTI DA SPP	5	100 %	= 100 %	100 %	0	100
PREVENZIONE CORRUZIONE, TRASPARENZA, INTEGRITA'	REALIZZAZIONE OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO AZIENDALE PER PREVENZIONE CORRUZIONE	IND1417	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE CORRUZIONE	5	%	= 100 %	100 %	0	100
ADESIONE PERCORSO BUDGET	DECLINAZIONE OBIETTIVI BUDGET IN OBIETTIVI INDIVIDUALI	IND1322	VALUTAZIONE PERC. DECLINAZIONE OBIETTIVI BUDGET IN OBIETTIVI INDIVIDUALI	5	100 %	= 100 %	100 %	0	100
	PARTECIPAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELL'AZIENDA	IND1673	PERC. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET DALLE STRUTTURE DELL'AZIENDA	5	%	= 100 %	%		

% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET DELLA SOD

Firma Direttore SOD/UO

Firma Direttore DAI/Area

Firma Direzione Aziendale

ALLEGATO B - SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Di seguito un esempio di scheda di valutazione individuale.

VALUTATO	VALUTAZIONE PERFORMANCE	VALUTATORE
Cognome e nome _____	ANNO 2016	Cognome e nome _____
Profilo professionale _____	PERSONALE DIRIGENTE	Ruolo _____
Incarico DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA		

PARAMETRI /sottoparametri	Indicatori/criteri	Pesi
----------------------------------	---------------------------	-------------

PERFORMANCE STRUTTURA GESTITA			% raggiungimento obiettivi	Parametrizzazione
Grado di raggiungimento obiettivi di budget assegnati alla struttura gestita	% di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alla struttura gestita	60		60,0

Scala di valutazione	Non adeguato	Migliorabile	Adeguato	Buono	Eccellente	Parametrizzazione
	2	4	6	8	10	

		20						
obiettivo individuale	presenza di programmazione delle attività clinico organizzative in coerenza con gli obiettivi operativi assegnati dalla direzione aziendale; presenza di programmazione e verifica orario di lavoro	20						0,0
Totale								0,0

COMPETENZE MANAGERIALI		10						
Orientamento all'utente	Capacità di relazionarsi con l'utente e con i familiari in modo adeguato, anche modificando ed orientando le proprie abitudini e modalità di lavoro (<i>presenza o meno di reclami, elogi e riconoscimenti, attivazione e partecipazione a gruppi di lavoro o di progetto su tematiche relative alla facilitazione dell'accesso dell'utenza ai servizi ed al miglioramento dell'accoglienza</i>).	10						0
totale								0

CAPACITA' DI VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO E SVILUPPO DELL'ETICA PROFESSIONALE		10						
Capacità valorizzare il capitale umano e di adeguare lo sviluppo etico e professionale del personale assegnato	Orientamento ai contenuti del "Piano per la prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità" e del "Codice etico e di comportamento aziendale" (<i>pubblicazione del curriculum sul sito aziendale, emanazione di indicazioni in materia, partecipazione agli eventi formativi aziendali da parte propria e dei collaboratori</i>).	2,5						0,0
	Capacità di pianificare le attività dei propri collaboratori nel rispetto degli obblighi contrattuali, con particolare riguardo all'orario di lavoro ed alle modalità di svolgimento della libera professione intramuraria (<i>corretta programmazione di piani di lavoro, ferie, formazione e dall'assenza di ingiustificate anomalie nella rilevazione oraria</i>).	2,5						0,0
	Rispetto dei propri obblighi contrattuali, con particolare riguardo all'orario di lavoro ed alle modalità di svolgimento della libera professione intramuraria (<i>assenza di debiti orari e di anomalie nella rilevazione oraria dell'esercizio della libera professione</i>).	2,5						0,0
	Efficacia nel promuovere l'iniziativa bottom-up, la motivazione ed il lavoro in team dei collaboratori (<i>valutazione e considerazione di proposte progettuali o di iniziative provenienti dai propri collaboratori, riunioni di struttura su tematiche organizzative di interesse comune e volte anche a creare reali opportunità di confronto, crescita e realizzazione</i>).	2,5						0,0
Totale								0,0

INDICE DI PERFORMANCE INDIVIDUALE 60

COMMENTI DEL DIRETTORE	Firme
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
FEED BACK DEL DIRIGENTE	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____