



## **AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA CAREGGI**

### **Piano della Performance 2020-2022**

1. PREMESSA.....	2
2. CHI SIAMO .....	3
2.1. MISSIONE ISTITUZIONALE .....	4
2.2. ANALISI DI CONTESTO.....	5
2.3 QUADRO NORMATIVO.....	7
2.4 L'AZIENDA IN CIFRE .....	9
3 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....	11
3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE .....	14
3.2. IL PROCESSO DI BUDGET .....	15
3.3. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	15
4. OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI .....	15
4.1 OBIETTIVI BERSAGLIO MES .....	17
4.2 ESITO DELLE CURE.....	19
4.3 MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA.....	20
4.4 PRODUTTIVITA'.....	21
4.5 MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI DI CLASSE A ..	21
4.6 MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI .....	22
4.7 APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI .....	23
4.8 CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.....	27
4.9 CORRETTA REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITA'.....	27
4.10 QUALITA' E SICUREZZA .....	28
4.11 TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE.....	29
4.12 OBIETTIVI INDIVIDUALI .....	30
ALLEGATO A – SCHEDE DI BUDGET.....	32
ALLEGATO B - SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE.....	33

## **1. PREMESSA**

Il Piano della performance è il documento programmatico attraverso il quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi per il triennio 2020-2022. Essendo un atto di programmazione pluriennale il presente Piano viene aggiornato con cadenza annuale.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 "Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Secondo quanto previsto dall'art. 10, "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno, entro il 31 gennaio, il Piano della performance, documento programmatico triennale ... che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori".

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e 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 ed i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione dell'anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

La programmazione aziendale si colloca all'interno di un quadro normativo e finanziario che ha prodotto negli ultimi anni 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 agli adempimenti LEA, il sistema di indicatori che misura la performance regionale nei vari livelli di assistenza.

In tale contesto l'Azienda rafforzerà l'azione, già in essere da alcuni anni, di razionalizzazione degli assetti organizzativi e produttivi, al fine di ottimizzare in tutti gli ambiti possibili l'appropriatezza, intesa come maggiore efficienza ottenuta salvaguardando l'efficacia e la qualità complessiva dei servizi erogati. A fronte di risorse sempre più limitate, la capacità di rispondere adeguatamente ad una domanda sanitaria in continua crescita per la tendenziale diminuzione della mortalità e per l'aumento della cronicità e dell'intensità delle cure, richiede alto assorbimento di risorse ed il necessario adeguamento delle tecnologie elettro-bio-medicali ed impone dunque la ricerca continua dell'efficienza gestionale come ottimizzazione dei risultati in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza dei servizi.

## 2. CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi rappresenta uno snodo importante per la sanità Toscana e per l'intera Regione. Si tratta di una struttura di riferimento per i fiorentini, che la percepiscono come intrinsecamente appartenente alla città, della quale costituisce un elemento identitario e culturale importante.

L'Azienda eroga due diverse tipologie di prestazioni, presidiando da un lato l'attività di base, sia pure di altissima qualità, dall'altro sviluppando aree di eccellenza che la caratterizzano come importante polo di attrazione. Se nel primo caso, l'orientamento è sempre stato quello di tendere al rafforzamento del ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi come nodo di Area Metropolitana ed Area Vasta, nel secondo esso si estende ben oltre l'ambito regionale, coinvolgendo il piano nazionale e internazionale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, sede di quasi tutte le scuole di specializzazione di area sanitaria con attualmente oltre 1000 medici in formazione specialistica, è inoltre anche un grande "ospedale di apprendimento", dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e nuovi metodi di training. In tal senso è elemento strutturale del Sistema Universitario per la formazione di base e specialistica di tutte le professioni sanitarie. Infine, attraverso la ricerca, l'azienda si propone di dare valore alla sua vocazione internazionale, attraverso la partecipazione a reti di strutture e professionisti in ambito nazionale, europeo e mondiale.

L'Azienda persegue lo sviluppo di attività di 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.

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 ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali.

## 2.1. 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 della propria missione istituzionale, i seguenti principi:

- 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;
- 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.
- 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;
- affermare la **ricerca**, sia essa di base sia essa applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- garantire adeguata **formazione** attraverso l’integrazione con UNIFI dei professionisti sanitari nei corsi di laurea e di specializzazione;
- sviluppare e **valorizzare l’offerta formativa** anche postlaurea con particolare riguardo al programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.);
- garantire il raggiungimento ed il mantenimento di **standard organizzativi e professionali** promossi da società scientifiche, norme e leggi in materia di qualità e sicurezza delle cure;
- sostenere **l’innovazione organizzativa e gestionale** quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso;
- 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;
- promuovere **soluzioni organizzative innovative** anche attraverso strumenti di Project Management;
- 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;

- operare in un'ottica di percorso, attraverso le **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;
- garantire lo sviluppo di attività finalizzate allo studio della biodiversità e per la **ricerca** in campo farmaceutico;
- 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.

## **2.2. ANALISI DI CONTESTO**

Gli obiettivi strategici aziendali sono prioritariamente derivanti 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).

Ci sono inoltre aspetti demografici ed economici che stanno diventando le nuove sfide per i servizi sanitari: la popolazione sta invecchiando e la cronicità sta aumentando, le possibilità di cura per molte malattie aumentano ma le risorse economiche sono sempre più limitate. Occorre pertanto fare delle scelte, fornire servizi sanitari di alta qualità, erogare un numero di prestazioni appropriate ed adeguate come volume e tipologia, utilizzare al meglio le risorse a disposizione. L'azienda deve pertanto cercare di 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 infatti 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 nonché delle nuove sfide che i servizi sanitari si trovano ad affrontare.

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 ed 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 ed internazionali.

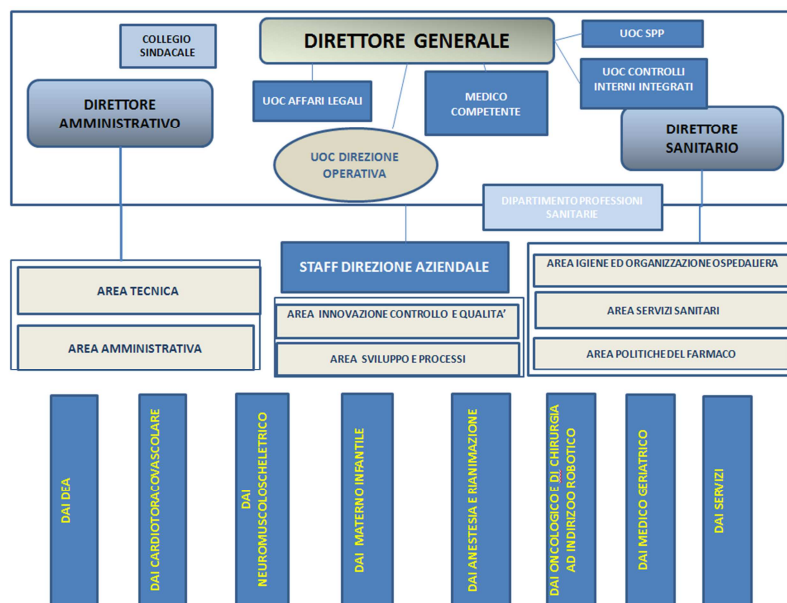
L'azienda armonizza gli interventi necessari ai fini del contenimento dei costi con una visione strategica di medio-lungo periodo. Con tale visione strategica l'Azienda ha avviato un processo di rinnovamento che investe, oltre alle sue tecnologie, anche le sue strutture. La revisione dell'assetto organizzativo operata nel 2014 con un nuovo Atto aziendale ha comportato, oltre che una semplificazione dell'organigramma, la ridefinizione di un modello produttivo non solo in grado di governare funzionalmente i percorsi operativi aziendali, ma anche capace di strategia e di globalità, per:

- favorire lo sviluppo dell'innovazione;
- promuovere lo sviluppo dell'eccellenza;
- sviluppare la ricerca come elemento coesistente alla crescita della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e come valore per il progresso del benessere nella società;
- consolidare l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca;



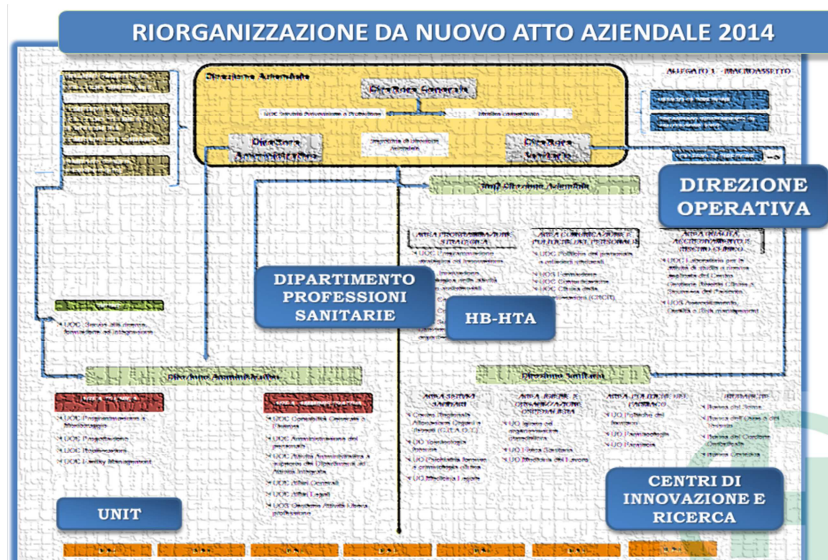
- contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi;
- sviluppare soluzioni organizzative secondo la metodologia del project management.

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale sono stati declinati i principi posti alla base della vision di Careggi e della sua conseguente mission. E' stato ridefinito in maniera profonda l'assetto organizzativo dell'Azienda che poggia le sue fondamenta su 8 **Dipartimenti ad Attività integrata (DAI)**: Cardiotoracovascolare, DEA, Materno infantile, Neuromuscoscheletrico e Organi di senso, Medico Geriatrico, Oncologico e di chirurgia ad indirizzo robotico, Anestesia e Rianimazione, DAI dei Servizi con le 2 ADO di Laboratorio e Diagnostica per immagini. Sono stati inoltre creati il **Dipartimento delle Professioni sanitarie** e la **Direzione Operativa**. Quest'ultima, a diretta afferenza e supporto strategico della Direzione Aziendale, ha compiti di governo, programmazione e monitoraggio delle risorse strumentali all'attività assistenziale svolta dai Dipartimenti. Il Dipartimento delle Professioni sanitarie è deputato alla gestione organizzativa delle risorse (umane, infrastrutturali e logistiche). 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 alla riorganizzazione avvenuta con il nuovo atto aziendale sono stati anni di conferma e sviluppo delle scelte strategiche in esso contenute. 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 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. E' stata mantenuta la linea di governo 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 singole strutture, richiesti anche dal D.M. 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**” 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. 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 di un “**Clinical Trial Center**” aziendale che, prendendo spunto dalle esperienze internazionali presenti in tale ambito, si inserisce nel generale riordino dei Comitati Etici.



### 2.3 QUADRO NORMATIVO

Le principali disposizioni nazionali e regionali relative al sistema di misurazione e valutazione della performance sono:

- D. Lgs. n. 150/2009 “Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” che prevede che le pubbliche amministrazioni adottino un sistema di misurazione e valutazione della performance che, partendo dalla definizione ed assegnazione degli obiettivi, effettui annualmente il monitoraggio, la misurazione e la valutazione degli obiettivi stessi e che l’erogazione dei premi al personale (sistema premiante) sia collegato a tale sistema di valutazione della performance;
- D. Lgs. n. 74/2017 che afferma che il sistema di misurazione e valutazione della performance costituisce condizione necessaria non solo per l’erogazione di premi ma anche per il riconoscimento delle progressioni economiche e l’attribuzione di incarichi di responsabilità e incarichi dirigenziali;

- Delibera G.R.T. n. 465/2012 che definisce a livello regionale le linee di indirizzo in materia di valutazione del personale del SSR con specifico riferimento alle fasce di merito per la valutazione individuale ed al funzionamento dell'OIV;
- Delibera G.R.T. n. 465/2012 che definisce a livello regionale le linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del SSR con particolare riferimento all'assegnazione degli obiettivi individuali ed agli effetti economici della valutazione.
- Legge Regionale ° 51/2009 e smi "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" attuata e rinnovata tramite il Regolamento attuativo n° 79/R del 17/11/2016 che prevede un sistema di governance clinica basato sulla performance professionale e organizzativa delle aziende del Sistema Sanitario Regionale.

Le principali disposizioni nazionali e regionali di riferimento per la programmazione aziendale sono:

- Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2018-2020;
- Piano Nazionale del governo delle Liste di Attesa 2019-2021.
- Delibera RT n. 750/2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali";
- Piano Regionale del governo delle Liste di Attesa 2019-2021.
- Decreto Ministeriale n.70 del 2/4/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Leggi di stabilità annuali - in particolare Legge stabilità anno 2016 – allegato tecnico B: metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;
- Delibere annuali RT di Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno in corso.



## 2.4 L'AZIENDA IN CIFRE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi è organizzata in 117 Strutture organizzative dipartimentali (SOD) assegnate ad 8 Dipartimenti ad attività integrata (DAI) e 36 Unità Operative assegnate all'Area Amministrativa, Tecnica, Staff della Direzione. Si estende su 84 ettari, è costituita da 11 padiglioni, circa 50 edifici e 17.000 ambienti. L'azienda è di fatto come una "piccola cittadina" nella quale sono ricoverati ogni giorno circa 870 pazienti, mentre 300 pazienti accedono giornalmente al Pronto Soccorso. Si effettuano ogni giorno circa 140 accessi in sala operatoria e 9 parti; vengono erogate giornalmente circa 15.000 prestazioni di laboratorio, 1.000 prestazioni di diagnostica per immagini e 1.800 visite. Nella tabella sottostante sono riportati i principali dati di attività e di risorse dell'azienda relativamente all'anno 2019 (dati non definitivi).

<b>AOU CAREGGI</b>	<b>ANNO 2019 (dati non definitivi)</b>
N. RICOVERI ORDINARI	47.449
N. DAY HOSPITAL	15.269
N. RICOVERI CHIRURGICI	36.054
N. RICOVERI MEDICI	26.664
N. RICOVERI PROGRAMMATI	23.117
N. RICOVERI URGENTI	21.071
GG DEGENZA (RO+DH)	349.482
DEGENZA MEDIA	6,69
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,3
ALTA COMPLESSITA' R.O.	18,65%
ATTRAZIONE EXTRA REGIONE R.O.	8,8%
N. ACCESSI IN SALA OPERATORIA	53.339
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	≈ 120.000
N. NEONATI	3.261
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ ESTERNI	3.576.523
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI	3.572.388
N. PRESTAZIONI DI LABORATORIO	5.651.011
N. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	398.201
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	1.392.329
N. VISITE	676.181
N. INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE	28.320
N. INTERVENTI ROBOTICA	1.694
N. POSTI LETTO <i>(inizio anno al netto dei letti tecnici)</i>	1.225
N. PERSONALE OSPEDALIERO <i>(media mensile tempo indeterminato + determinato)</i>	5.186
N. PERSONALE UNIVERSITARIO <i>(media mensile)</i>	262
N. SPECIALIZZANDI	≈ 1000
N. ALTRO PERSONALE <i>(media mensile libero professionali + interinali)</i>	121

L'anno 2019, i cui dati di attività sono ancora in corso di consolidamento, ha mostrato in sintesi i seguenti andamenti gestionali:

- **Ricoveri ospedalieri:** a differenza degli anni precedenti, nei quali a livello aziendale si è registrato una continua riduzione dei ricoveri, l'anno 2019 si è concluso con una sostanziale stabilità, sia di ricoveri ordinari che di day hospital, stabilità numerica alla quale tuttavia è corrisposto un incremento della relativa valorizzazione, avendo incrementato attività di alta complessità. Lo spostamento dal setting assistenziale del ricovero ordinario a quello di Dh ed ambulatoriale, iniziato diversi anni fa, si è quindi per il momento stabilizzato.
- **Accessi in Pronto Soccorso:** gli accessi si sono stabilizzati negli ultimi anni sui circa 120.000 con punte di oltre 300 pazienti al giorno. L'azienda è riuscita tuttavia a mantenere anche l'azione di filtro (88% non ricoverati) cercando di migliorare i tempi di attesa sia dei pazienti che vengono dimessi al domicilio che di quelli che vengono ricoverati.
- **Attività specialistica:** si è registrato un leggero incremento delle visite specialistiche del numero delle prestazioni di laboratorio e di diagnostica per immagini e degli interventi di chirurgia ambulatoriale. Complessivamente è incrementata anche la relativa valorizzazione.

### 3 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della performance è 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 infrannuale degli obiettivi individuali (**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.



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**.

A livello aziendale 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. La direzione aziendale definisce quindi annualmente le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono declinate in obiettivi operativi di struttura tramite il processo di budget ed in obiettivi individuali. Si procede quindi alla fase di negoziazione con i direttori di struttura degli obiettivi di budget e con i singoli professionisti degli obiettivi individuali, fase che si conclude con la sottoscrizione delle schede di budget e delle schede di valutazione individuale.

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: questa è 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, come tali non governabili dal direttore di struttura o dai singoli professionisti, nascerà la necessità di rinegoziare gli obiettivi stessi.

Finito l'anno, si avvia infine il processo di **valutazione della performance organizzativa (verifica budget)** e **valutazione della performance individuale (valutazione individuale)**. Ai risultati finali di valutazione complessiva delle performance di ciascun dipendente è collegato l'utilizzo del sistema premiante.

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 SCHEDE DI BUDGET
OTTOBRE-DICEMBRE	NEGOZIAZIONE OBIETTIVI BUDGET	EFFETTUAZIONE INCONTRI DI NEGOZIAZIONE CON DIRETTORI DAI E SOD/ UO CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI BUDGET
GENNAIO-MARZO	ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI	ELABORAZIONE E SOTTOSCRIZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE
GENNAIO-DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE BUDGET	ELABORAZIONE REPORTISTICA ED ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI MONITORAGGIO
		INCONTRI CON DIRETTORI DAI E SOD/ UO PER ANALISI SCOSTAMENTI ED ADOZIONE AZIONI CORRETTIVE
GENNAIO-DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE
FEBBRAIO-APRILE	VERIFICA FINALE BUDGET	CALCOLO VALORE INDICATORI E ANALISI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI VERIFICA FINALE PRESENTAZIONE/INVIO SCHEDE DI VERIFICA FINALE AI DIRETTORI SOD/ UO CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI VERIFICA BUDGET
		VALUTAZIONE E APPROVAZIONE OIV
		MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE
FEBBRAIO-GIUGNO	VALUTAZIONE INDIVIDUALE	MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE
GIUGNO-DICEMBRE	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

Oltre al sistema di misurazione e valutazione della performance all'interno dell'azienda sopradescritto, ogni anno enti esterni all'azienda effettuano una **valutazione della performance dell'azienda nel suo complesso**; tale valutazione è effettuata innanzitutto 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 margini di miglioramento. Al fine di poter assicurare a livello aziendale il raggiungimento degli obiettivi definiti annualmente dal MES, tra gli indicatori budget di ciascuna struttura aziendale coinvolta sono quindi presenti gli indicatori MES con il relativo valore atteso stabilito annualmente in un'ottica di continuo miglioramento.

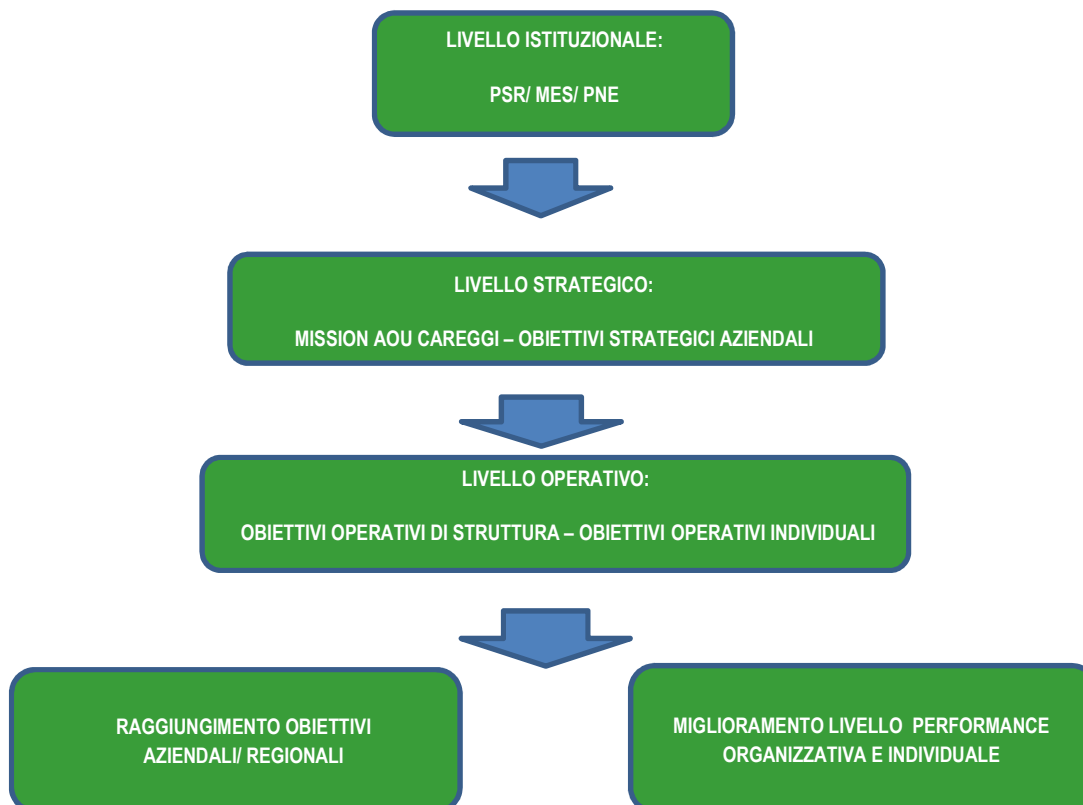
Altro strumento di valutazione della performance organizzativa aziendale è rappresentato dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)**, sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione 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 o peggiore. Con la legge di stabilità del 2016 sono stati definiti per la prima volta a livello nazionale dei parametri di riferimento relativi agli esiti delle cure con indicazione degli indicatori PNE e delle relative fasce di valutazione per le aziende ospedaliere nelle aree cliniche cardiocircolatoria, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare: di conseguenza sono stati introdotti tali indicatori PNE tra gli indicatori di budget di tutte le strutture coinvolte.

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. Il sistema di valutazione si basa quindi su 3 livelli che hanno come obiettivo quello di evidenziare best practice o criticità da approfondire. 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", nel senso che è costruito in modo tale che venga segnalato un risultato sia in senso positivo che negativo solo se è notevole la differenza con l'outcome atteso. Sono stati pertanto introdotti come indicatori di budget anche gli indicatori CRISP per tutte le strutture delle discipline coinvolte, prendendo a riferimento come valore atteso il valore medio regionale.



### 3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

*L'albero della performance* rappresenta i legami tra la programmazione nazionale e regionale e la programmazione aziendale, con relativi obiettivi strategici ed operativi. Tale rappresentazione mostra come la programmazione sui diversi livelli contribuisca al raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali nonché al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale.



In considerazione del quadro normativo dato dalla legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell’illegalità nelle PA” e dai successivi decreti legislativi di attuazione, integrazione e riordino della materia, il Piano Aziendale Anticorruzione (PTCPT) è concepito come sintesi degli strumenti di programmazione dell’Azienda in ottica di coordinamento, promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 e previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, e contempla perciò un ciclo della performance “integrato” rispetto, sia agli standard di qualità dei servizi, sia alla trasparenza, integrità e alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione. In ambito di Qualità e sicurezza delle cure, l’attuale normativa di Accreditamento Regionale (L.R. del 5/08/2009 n° 51 e smi) ed il relativo Decreto attuativo (DPGRT n° 79/R del 17/11/2016) rendono necessaria la lettura della pianificazione strategica aziendale in ottica di governance clinica in uno strumento che renda evidente il ciclo di programmazione e monitoraggio (PDCA) strettamente correlato con altri strumenti aziendali di programmazione, monitoraggio e controllo. A tal fine nel 2019 è stato redatto il Piano Qualità e Sicurezza aziendale con cui si definisce una pianificazione triennale a scorrimento annuale.

La **coerenza tra il Piano della performance, il Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il Piano Qualità e Sicurezza** è assicurata con modalità tali che l’attuazione della trasparenza, dell’integrità e della governance in ottica di qualità e sicurezza delle cure costituiscono una responsabilità oggetto di valutazione organizzativa ed individuale. In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto degli obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e nel Piano Qualità e Sicurezza nel sistema di valutazione della performance, ovvero in obiettivi di budget e/o obiettivi individuali;
- la pubblicazione di informazioni tramite la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, che consente una valutazione dall'esterno dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'attività e del raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Anche in questo caso l'adempimento della trasparenza e dell'integrità costituisce una vera e propria responsabilità oggetto di valutazione organizzativa e individuale.

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 infrannuale 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. In tal modo è assicurata annualmente la **coerenza tra il Piano della Performance e la programmazione di bilancio**.

### **3.2. IL PROCESSO DI BUDGET**

Per il processo di budget si rinvia allo specifico paragrafo previsto all'interno del documento aziendale "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" (ultimo aggiornamento anno 2019), pubblicato nel sito dell'azienda nella sezione Amministrazione trasparente.

### **3.3. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Per il processo di valutazione della performance individuale si rinvia allo specifico paragrafo previsto all'interno del documento aziendale "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" (ultimo aggiornamento anno 2019), pubblicato nel sito dell'azienda nella sezione Amministrazione trasparente.

## **4. OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI**

Lo sforzo programmatico necessario in questo triennio per migliorare i servizi e tutelare ancor meglio la salute della popolazione toscana, cade in un periodo di grande incertezza economica e politica. Far fronte a questa situazione significa da un lato evitare ogni forma di spreco, dall'altro perseguire fermamente e costantemente l'appropriatezza delle cure e dei percorsi di intervento socio-sanitari.

La fisionomia dell'ospedale sta cambiando notevolmente nel corso degli anni: mentre nei decenni precedenti era considerato come il luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, con erogazione di prestazioni ad un livello di assistenza spesso più intensivo, e quindi costoso, di quello necessario, al giorno d'oggi e per gli anni che verranno dovrebbe essere piuttosto luogo di riferimento per i soli bisogni sanitari caratterizzati da acuzie e gravità.

Nell'ultimo decennio sono state messe in atto politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera che hanno portato ad una riduzione delle attività di ricovero ordinario e ad un parallelo incremento dell'attività di day hospital e day surgery e dell'attività ambulatoriale. Oltre

alla modifica dei setting assistenziali, si è cercato sempre più di rispettare l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia e la qualità clinica e di processo.

Per **appropriatezza** si intende la capacità di erogare prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dei pazienti, utilizzando il giusto impegno di risorse. Dal momento infatti che le risorse sono limitate, per consentire l'accesso tempestivo a prestazioni di buona qualità a chi ne ha davvero bisogno, occorre erogare solo le prestazioni effettivamente necessarie evitando un utilizzo delle prestazioni e delle correlate risorse eccessivo e senza controllo. Per **efficienza** si intende la capacità di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati; un indicatore per misurare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera è la degenza media. Per incrementare l'efficienza spesso occorre ricorrere a cambiamenti organizzativi: individuare i percorsi più appropriati, scegliendo se possibile setting assistenziali alternativi al ricovero, cercando di sviluppare continuità assistenziale con il territorio attraverso le dimissioni protette, utilizzando al meglio la risorsa delle sale operatorie. Quando si parla di **efficacia** si vanno invece ad analizzare i risultati clinici ovvero il miglioramento della salute del paziente; per la misurazione dell'efficacia si utilizzano indicatori di esito e di processo. Ogni azienda sanitaria dovrebbe infine erogare prestazioni di elevata **qualità** dove, per qualità, si fa riferimento ad una molteplicità di fattori: la tempestività nell'erogazione della prestazione, l'adeguata adozione delle tecnologie strumentali così come delle procedure diagnostiche, la corretta esecuzione delle prestazioni sia sulla base delle evidenze scientifiche che attraverso la condivisione delle scelte terapeutiche tra professionisti, così come la prevenzione e la massima limitazione delle complicanze e delle riammissioni.

Al fine del raggiungimento dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità clinica e di processo sono stati strutturati per le aziende sanitarie una molteplicità di indicatori sia dal Laboratorio MES, che dal CRISP (indicatori MES e CRISP) e dall'AGENAS (indicatori PNE).

Nel 2019 è inoltre uscito il **Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa** per il triennio 2019-2021, al quale sono seguiti i Piani Regionali finalizzati a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, intesi sia come prestazioni ambulatoriali che come ricoveri. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa infatti dall'individuazione degli strumenti e delle modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'individuazione e la gestione programmata dei percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa esplicita e recepisce le indicazioni del Piano Nazionale e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

Le principali linee programmatiche per il triennio 2020-2022, coerentemente con la dinamica delle risorse e degli obiettivi espressi dalla programmazione regionale e locale, sono le seguenti:

- **Governo dell'offerta e tempi di attesa.**
- **Appropriatezza clinica, di processo e di impiego delle risorse.**
- **Efficienza nell'utilizzo delle risorse, sia in termini di spazi ed attrezzature che di materiali.**
- **Qualità delle cure ed esiti clinici.**

L'AOU Careggi, ogni anno, struttura una serie di nuovi indicatori aziendali volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti correlati agli obiettivi strategici introdotti: nel 2019 sono stati definiti una serie di indicatori per la misurazione dell'efficienza di sala operatoria ed una serie di

indicatori per migliorare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Nel 2020 sono stati ulteriormente affinati gli indicatori di efficienza di sala e sono stati strutturati degli indicatori per migliorare i tempi di attesa degli interventi chirurgici.

Di seguito vengono riportati tutti gli obiettivi strategici con i relativi obiettivi operativi, indicatori e valori attesi utilizzati per la programmazione 2020.

#### **4.1 OBIETTIVI BERSAGLIO MES**

Relativamente agli obiettivi che la Regione Toscana assegna annualmente alle aziende sanitarie sono rilevanti quelli contenuti nel sistema di valutazione della performance del Laboratorio MES. Gli obiettivi/indicatori del Bersaglio MES, con i quali viene valutata l'azienda nel suo complesso, diventano quindi obiettivi di budget per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta. Sulla base delle delibere regionali di assegnazione annuale degli obiettivi alle aziende sanitarie, vengono quindi definiti gli obiettivi aziendali. Dal momento che nei mesi nei quali l'azienda negozia il budget per l'anno successivo (ottobre-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 utile, aggiornandoli poi, nel primo incontro di monitoraggio, non appena disponibile la delibera di assegnazione degli obiettivi per l'anno in corso.

Al fine di misurare l'efficienza assistenziale sono utilizzati ormai da anni indicatori sulla degenza media. Per migliorare invece l'efficienza del Pronto Soccorso, all'obiettivo di permanenza massima di 8 ore per i pazienti che vengono ricoverati è stato affiancato l'obiettivo di permanenza massima di 6 ore per i pazienti che vengono dimessi al domicilio. Per quanto riguarda l'appropriatezza medica, viene valutata invece la riduzione dei DH con finalità diagnostica. Relativamente alla qualità delle cure è stata da sempre posta molta attenzione al percorso nascita al fine di migliorare i servizi e rendere il percorso meno medicalizzato. A livello mondiale si osserva infatti che nelle regioni più sviluppate la percentuale di cesarei è aumentata e, dal momento che un maggiore ricorso al cesareo non assicura vantaggi in termini di salute né alla madre né al figlio oltre a comportare uno scorretto utilizzo delle risorse, l'obiettivo è quello di riportare il ricorso al cesareo ai soli casi effettivamente necessari. Parallelamente si è posta da sempre altrettanta attenzione ai tempi di intervento chirurgico nelle fratture del femore, dal momento che i tempi ottimali di intervento sono definiti di massimo 2 giorni. Vi sono poi una serie di indicatori che vanno a misurare la qualità clinica e/o di processo quali: la % di interventi di riparazione della valvola mitrale; la % di colecistectomie laparoscopiche in DS; le complicanze a 30 gg dall'intervento delle colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario; la % di interventi programmati al colon in laparoscopia; la % di interventi conservativi o nipple/skin sparing per tumore maligno alla mammella; la % di prostactectomie transuretrali. Vi sono infine gli indicatori di riammissione entro 30 giorni per i quali si fa riferimento anche agli indicatori PNE (BPCO, ictus e scompenso cardiaco congestizio).

Sono stati inoltre inseriti come obiettivi budget (a partire dal 2017) quelli 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 e 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 gli altri 3 indicatori sopra richiamati. 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.

Nella tabella sottostante sono riportati i principali indicatori, per rilevanza strategica o per trasversalità, del Bersaglio MES divenuti obiettivi budget; il valore atteso per il momento è rimasto

quello dell'anno precedente in quanto non è ancora uscita la delibera regionale di assegnazione degli obiettivi 2020.

OBIETTIVI STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE AT- TESO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	< 0
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	< 0
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	> 94 %
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 6 ORE	> 95 %
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	< 2,3 %
APPROPRIATEZZA MEDICA	CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	< 6 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	< 5,14 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	< 5,54 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	< 23 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	> 70 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	> 68,38 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 87,68 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	< 2 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	> 59,53 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	> 87 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	> 93,29 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	MES: RIAMMISSIONI A 30 GG PER INTERVENTI TUR	< 4,62 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	PNE: PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	< 13,45 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 14,45 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS	< 7,33 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVI- STI PATTO STABILITA'	CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	differenziato per disciplina
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	differenziato per disciplina
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	differenziato per disciplina



## 4.2 ESITO DELLE CURE

Ai nostri giorni si rileva sempre più la diffusione di malattie cronico degenerative, in primo luogo tumori e malattie cardiovascolari, ma allo stesso tempo, il diffuso benessere ed il miglioramento delle cure negli ultimi decenni, hanno permesso di raggiungere un'aspettativa di vita sempre più lunga. Nell'ambito della valutazione multidimensionale della performance, negli ultimi anni sono stati definiti sempre più indicatori di outcome con il fine di monitorare il miglioramento del livello di salute della popolazione. Questo infatti è influenzato da una serie di fattori non solo biologici, ambientali e comportamentali ma anche legati al servizio sanitario. Tra gli indicatori diretti alla misurazione dello stato di salute di una popolazione quello della mortalità è senza dubbio quello più diffuso anche se non esente da limiti in quanto esistono malattie (come ad esempio l'artrosi, il diabete, l'ipertensione) che pur essendo molto diffuse presentano tassi di mortalità molto bassi.

Per la prima volta la legge di Stabilità per l'anno 2016, poi riconfermata dalle successive leggi di Stabilità, ha introdotto 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 sono stati quindi introdotti come obiettivi di budget, riconfermandoli negli anni successivi, 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.

Di seguito sono riportati gli indicatori di esito selezionati all'interno del Patto di Stabilità – in realtà parte di quelli del Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute - riportati all'interno delle schede di budget.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	< 1 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 6 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	< 1,5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	< 1,5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	< 0,5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	< 6 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	< 8 %

ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	< 3 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	< 1,5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	< 5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	< 5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %

### 4.3 MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA

Il valore economico della risorsa “sala operatoria” è uno dei più onerosi per l’azienda. Da qui l’importanza strategica di una sua gestione corretta al fine di rendere ottimale l’iter di cura del paziente, oltre che corretto e consapevole l’uso dei comparti operatori al fine di garantire di sostenere costi adeguati alla qualità del servizio erogato.

Con il nuovo regolamento aziendale di sala operatoria sono state definite le regole generali di funzionamento del comparto operatorio per rendere ottimale il tempo di utilizzo della sala operatoria attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione preoperatoria del paziente. Nel corso del 2019 è stato conseguentemente ampliato il sistema di monitoraggio e controllo complessivo delle attività chirurgiche al fine di rendere possibile l’analisi dell’utilizzo della risorsa sala operatoria in applicazione del nuovo modello organizzativo impostato.

Già nelle schede di budget 2019, erano stati introdotti fra gli obiettivi di budget delle Sod chirurgiche, anestesilogiche e del personale del comparto impegnato nelle attività di sala operatoria, specifici obiettivi orientati ad ottenere il rispetto di un orario di ingresso del primo paziente prossimo alle ore 7,30; un orario di prima incisione definito per ciascuna struttura chirurgica ma comunque compreso fra le 8 e le 9 ed un orario di ultima sutura che fosse contenuto fra le 17,30 e le 19,30 per non lasciare inutilizzate le sale garantendo al tempo stesso di non sfiorare rispetto ai tempi di programmazione pomeridiana. Per ciascuna struttura il valore atteso era un miglioramento rispetto alla situazione dell’anno precedente.

Per il 2020, superato il primo anno di introduzione degli obiettivi sull’efficienza di sala e considerato il miglioramento ottenuto sui tempi di inizio e di fine seduta, è stato aggiunto un nuovo obiettivo, al fine di ottimizzare anche i tempi di cambio: sono stati infatti definiti dei tempi “ottimali” di cambio differenziati per comparto operatorio sulla base della tipologia di intervento e della complessità dei pazienti trattati. In questo caso i valori attesi sono dunque definiti come standard di riferimento.

Al fine di monitorare e poter apportare le necessarie azioni correttive per il raggiungimento di tali obiettivi è prevista l’introduzione di uno specifico cruscotto di monitoraggio con aggiornamento quotidiano dettagliato per comparto operatorio e per Sod.

Nella tabella sottostante gli indicatori sull'efficienza di sala operatoria:

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	PERC. PRIMI PZ ENTRATI NEL BLOCCO ENTRO LE 7,30	> 70%
		PERC. PRIME INCISIONI ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%
		PERC. INTERVENTI CON TEMPO DI CAMBIO ENTRO TEMPO STABILITO	differenziato per SOD
		PERC. ULTIME SUTURE ENTRO 19,30	> 95%
		PERC. ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 17,30	<10%

#### 4.4 PRODUTTIVITA'

Per la prima volta, nel 2020 è stato introdotto nel sistema della performance aziendale un obiettivo di produttività, orientato a confrontare l'attività assistenziale erogata dalle strutture con le risorse di personale assegnate alle stesse, in modo tale da evidenziare eventuali squilibri e soprattutto supportare la Direzione Aziendale nelle scelte allocative legate a potenziali futuri investimenti. L'obiettivo per questo primo anno coinvolge esclusivamente le strutture che erogano attività ambulatoriale, ma l'orientamento è quello di lavorare ad un progressivo affinamento dei parametri di riferimento che possa consentire una definizione più completa del modello e quindi una estensione di tale analisi in futuro anche alle SOD mediche e chirurgiche che erogano prestazioni di ricovero. L'indicatore è definito come rapporto, a livello di struttura, fra le ore dedicate all'assistenza specialistica, ottenute attraverso la definizione di tempi dichiarati dai professionisti coinvolti e le ore dovute (calcolate al netto di formazione, guardie, malattie, ferie etc...). Il valore atteso si attesta sul 70%, considerando una quota fisiologica di tempo di lavoro che non si traduce in attività assistenziale in senso proprio, ma che è dedicata a funzioni di tipo organizzativo e gestionale oltre che relazionale.

Sono stati di fondamentale importanza per la costruzione di tale indicatore la collaborazione e l'apporto di tutti i professionisti coinvolti, con ciascuno dei quali è stato ripercorso il processo di lavoro, focalizzata la casistica ed analizzate le peculiarità che dovevano essere considerate al fine di arrivare ad una metrica coerente.

#### 4.5 MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI DI CLASSE A

Il nuovo Piano Regionale del Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, stabilendo degli elementi di garanzia e tutela per l'equità di accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che in regime di ricovero.

Per quanto concerne le prestazioni in regime di ricovero, viene stabilito l'obbligo di prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità. Per i ricoveri di classe A, ossia per i casi clinici programmati che possono aggravarsi rapidamente, l'obiettivo per il 2021 è quello di eseguire gli interventi chirurgici entro 30 giorni nel 90% dei casi. Per il 2020 la percentuale di casi da trattare chirurgicamente entro 30 giorni è invece differenziata per intervento e corrispondente al III quartile del valore mediano 2016. I valori attesi 2020 sono riportati nella tabella sottostante.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2020
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% ANGIOPLASTICA CORONARICA (PTCA) ENTRO 30gg	90%
		% BIOPSIA CUTANEA FEGATO ENTRO 30gg	90%
		% BYPASS AORTOCORONARICO ENTRO 30gg	90%
		% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE ENTRO 30gg	75%
		% CORONAROGRAFIA ENTRO 30gg	90%
		% EMORROIDECTOMIA ENTRO 30gg	85%
		% ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA ENTRO 30gg	70%
		% INTERVENTI CHIR. PER MELANOMA ENTRO 30gg	90%
		% INTERVENTI CHIR. PROTESI ANCA ENTRO 30gg	75%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO COLON ENTRO 30gg	90%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO MAMMELLA ENTRO 30gg	86%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO PROSTATA ENTRO 30gg	59%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO RETTO ENTRO 30gg	83%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO TIROIDE ENTRO 30gg	77%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO UTERO ENTRO 30gg	87%
		% INTERVENTI CHIR. TUMORE POLMONE ENTRO 30gg	89%
PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD PNGLA PER INTERVENTI CHIRURGICI	100%		
% RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE ENTRO 30gg	79%		

#### 4.6 MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'incremento progressivo dei pazienti con patologie croniche che necessitano di un monitoraggio costante e la ricerca di una maggiore appropriatezza clinica, hanno comportato negli ultimi anni un crescente ricorso ai setting ambulatoriali. Ciò è stato possibile anche grazie alla disponibilità di nuovi approcci terapeutici e diagnostici che hanno consentito l'erogazione di prestazioni ambulatoriali in condizioni di totale sicurezza. E' stato dunque necessario riorganizzare le modalità erogative delle attività ambulatoriali nel loro complesso, cercando, da un lato, di superare la frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura attraverso una completa presa in carico del paziente e la continuità nell'accesso ai servizi; dall'altro di integrare le diverse competenze professionali sia all'interno degli ospedali che tra area ospedaliera e territoriale.

La tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte in regime SSN è componente fondamentale della qualità clinica e della qualità percepita dei servizi sanitari. A questa si affianca la prevalenza dell'attività istituzionale erogata rispetto a quella libero professionale. Questi due fenomeni costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della "libera scelta" del cittadino. Per tale motivo a partire dal 2019 sono stati definiti quali obiettivi per tutte le strutture che erogano specialistica ambulatoriale, il miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni ed il rispetto della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale.

A rafforzare l'esigenza di miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono state prima la delibera della Regione Toscana n. 750/2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali", poi la delibera di "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019" che, tra i tanti obiettivi assegnati alle aziende, ne introduce di specifici sui tempi di attesa.

Per il 2019, oltre al rispetto dei tempi per le visite specialistiche definito dalla Regione, sono stati introdotti anche obiettivi sul miglioramento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche d'emergenza (per tac, eco, rx) e sul miglioramento del percorso di accesso alle prestazioni diagnostiche (per le tac, rm).

Gli obiettivi per il 2020 sono stati pensati al fine ultimo di riuscire a contenere ulteriormente la degenza media ospedaliera ed i tempi di permanenza dei pazienti al Pronto Soccorso. In tal senso è stato chiesto di migliorare il **tempo di risposta delle prestazioni di diagnostica per immagini non d'emergenza** (codici 3-4) sia per i pazienti ricoverati, sia per i pazienti del Pronto Soccorso.

Il raggiungimento di tale obiettivo da parte delle Sod di diagnostica per immagini dovrebbe facilitare il rispetto del nuovo obiettivo MES di permanenza al Pronto Soccorso (massimo 6 ore) ed incidere positivamente sulle degenze medie dei pazienti ricoverati. Per il contenimento delle degenza media è stato inoltre pensato anche l'obiettivo di riduzione dei **tempi di risposta delle consulenze per i pazienti ricoverati** chiedendo a tutti i professionisti di erogare la specifica consulenza entro le ore 24 dello stesso giorno della richiesta. Al fine di garantire l'accesso alle prime visite a tutti i cittadini è stato infine chiesto a tutte le strutture di **far gestire dal CUP** metropolitana una percentuale delle prenotazioni di **prime visite** definita specificatamente dalla Direzione Sanitaria.

E' bene sottolineare inoltre che tutte le strutture che erogano attività di specialistica ambulatoriale sono coinvolte dalla Direzione Aziendale anche nella revisione degli stessi modelli organizzativi, attraverso una nuova impostazione della programmazione, della gestione operativa e del monitoraggio dell'offerta ambulatoriale, tesi a garantire una maggiore efficienza erogativa e soprattutto una migliore fruizione dei percorsi da parte degli utenti.

Nella tabella che segue i relativi obiettivi ed indicatori:

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	INCREMENTO DISPONIBILITA' PRIME VISITE	N. PRIME VISITE IN ISTITUZIONALE/TOT. PRIME VISITE (ISTITUZIONALE + LP)	> 50%
		% PRIME VISITE A CUP/ TOT. PRIME VISITE EROGATE	% differenziarita per SOD
	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	> 70%
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PER PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ INTERNI	PERC. TC, ECO, RX PER PZ RICOVERATI ESEGUITE ENTRO LE ORE 24 DEL 2°GG	% differenziarita per SOD
	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ DEL PS	PERC. TC, ECO, RX PER PZ DEL PS ESEGUITE ENTRO 2 ORE	% differenziarita per SOD

#### 4.7 APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Nell'anno 2020 la sostenibilità economica e l'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, del settore farmaceutico, saranno ancora una volta i temi centrali su cui convergeranno la maggior parte delle attività della Farmacia.

Sono in gran parte già noti i farmaci ad alto impatto economico che nel corso del 2020 completeranno l'iter negoziale e si renderanno dunque disponibili in commercio. L'uso di queste nuove terapie, al pari di quelle ad alto rischio di inappropriatazza già introdotte nella pratica clinica negli scorsi anni, dovrà essere adeguatamente indirizzato e costantemente monitorato dai farmacisti nell'ambito sia di specifici incontri con i professionisti dei dipartimenti di competenza che nelle riunioni di budget. Particolare attenzione sarà rivolta alle nuove terapie di combinazione di farmaci ad alto costo in oncologia (ad esempio pembrolizumab in associazione a pemetrexed e chemioterapia nel trattamento di prima linea del carcinoma polmonare oppure nivolumab ed ipilimumab nel trattamento di prima linea del carcinoma renale). Inoltre, il processo di accreditamento dell'AOUC per le terapie cellulari CAR-T conclusosi alla fine del 2019, ha di fatto reso Careggi, al momento, l'unico centro Toscano abilitato alla somministrazione di queste



innovative terapie cellulari per pazienti altamente selezionati. Il particolare metodo di pagamento condizionato al risultato di questi farmaci, definito “Payment at result”, prevede una specifica verifica degli esiti clinici dei pazienti oncematologici trattati a determinati intervalli di tempo. All’inizio del 2020 sarà inoltre resa disponibile la prima terapia genica per il trattamento di una rara e gravissima forma di distrofia ereditaria della retina. In questo caso Careggi è stato selezionato come uno dei due centri abilitati in tutta Italia a gestire questa costosissima terapia soggetta a monitoraggio AIFA.

Sarà dunque essenziale mantenere una particolare attenzione alla rigorosa e corretta compilazione e manutenzione dei registri AIFA sia perché il rispetto dei criteri di arruolamento dei pazienti nel registro garantisce l’appropriatezza della scelta terapeutica, sia perché la corretta rendicontazione sul registro AIFA è indispensabile per il recupero economico di tutti i farmaci negoziati con meccanismi di rimborso condizionati all’esito clinico. La Legge 326/2003 ha previsto la costituzione di un Fondo nazionale presso AIFA per l’impiego, a carico del SSN, di farmaci orfani per il trattamento di malattie rare e di farmaci che rappresentano una speranza di terapia, in attesa della commercializzazione, per particolari e gravi patologie. Questo fondo è denominato Fondo AIFA 5% poiché è alimentato dal 50% del contributo che le aziende farmaceutiche versano su base annuale e corrispondente al 5% delle spese sostenute per attività di promozione delle aziende farmaceutiche. Nel corso del 2019 la Farmacia, grazie alla correttezza formale delle richieste di accesso al fondo ed all’integrazione delle regole per la prescrizione di farmaci off label, è riuscita ad ottenere l’autorizzazione al rimborso da parte di AIFA di circa 1,2 milioni di euro che altrimenti sarebbero stati a totale carico dell’AOUC. Nel 2020 sarà ulteriormente promossa l’attività di informazione rivolta ai professionisti implicati in questo processo. Anche le regole per la richiesta dei farmaci fuori indicazione, definite nell’ambito del primo incontro della “Commissione AOUC per la valutazione delle terapie off label”, nominata nel corso dell’anno 2019 saranno oggetto di una costante informazione da parte della Farmacia.

Nel corso del 2020 bevacizumab sarà l’unico farmaco biosimilare, potenzialmente capace di liberare rilevanti risorse economiche, che si renderà disponibile. Come in passato, riconoscendo la perdita di brevetto come una cruciale opportunità di risparmio economico per garantire la tenuta del sistema di fronte ad una crescente offerta di tecnologie sanitarie innovative e costose, la Farmacia si impegnerà a garantire la tempestiva implementazione di questi farmaci attraverso incontri con i professionisti dell’area oncologica e successivamente monitorandone costantemente l’impiego con particolare attenzione ai competitor (farmaco branded e alternative terapeutiche).

Una eccessiva quantità di scorte sia presso le unità cliniche di somministrazione che presso i magazzini della Farmacia, determinano sia un maggior rischio di spreco (scaduti, cattiva conservazione dei farmaci) sia un impatto negativo sulla spesa, poiché a fronte di riduzioni del prezzo di acquisto dei farmaci, alte scorte comportano spesso ritardi prima che questa riduzione si rifletta sul prezzo medio ponderato e quindi sui flussi ministeriali. Nel 2020 La Farmacia si impegnerà per razionalizzare le giacenze di farmaci presso l’AOUC sia mediante un numero maggiore di visite ai reparti sia con riunioni organizzative che coinvolgeranno i coordinatori infermieristici ed i referenti di ESTAR.

E’ noto che la prescrizione ambulatoriale o in dimissione da parte degli specialisti di AOUC induce la continuazione della stessa terapia da parte dei medici di medicina generale e dunque ha un impatto notevole sulla prescrizione farmaceutica territoriale. Grazie al maggiore governo di questo processo ottenuto in sinergia con Regione Toscana e ASL Centro, sono stati conseguiti importanti risparmi della spesa farmaceutica in ottica di SSR già a partire dal 2018, con un incremento delle percentuali di utilizzo di etanercept biosimilare che sono passate dal 27% a febbraio 2018 fino a raggiungere quote superiori al 93% a partire da agosto dello stesso anno. Nel 2019 la prescrizione da parte dei soli specialisti AOUC di adalimumab biosimilare (96% rispetto al branded), ha invece determinato un risparmio per il SSR pari a circa 2,4 M euro. Contemporaneamente la percentuale di prescrizione di etanercept biosimilare da parte degli specialisti AOUC si è attestata al 95% (determinando un ulteriore risparmio economico di circa 560.000 euro rispetto all’anno precedente).

Il fenomeno della temporanea carenza di farmaci essenziali per determinate condizioni cliniche (“Drug shortage”) nel corso del 2019 ha assunto dimensioni internazionali. La Regione Toscana, al pari dei principali enti regolatori nazionali europei, ha istituito un gruppo di lavoro permanente per l’individuazione di strategie condivise tra le aziende sanitarie della regione (DRT n. 872/2019). La Farmacia di Careggi in risposta a questa vera e propria emergenza permanente, redige un report aggiornato settimanalmente sulle carenze con il livello di avanzamento delle soluzioni individuate caso per caso (richiesta farmaco estero, individuazione dell’alternativa terapeutica disponibile, attivazioni di prestiti da altra struttura ecc...).

Uno dei principi basilari dell’appropriatezza prescrittiva prevede che, a parità di efficacia documentata e di applicabilità al singolo paziente di farmaci diversi, venga preferito quello a costo inferiore. Con una lunga serie di atti normativi, AIFA e la Regione Toscana hanno elencato le evidenze scientifiche favorevoli all’uso di bevacizumab rispetto ad aflibercept o ranibizumab nelle vasculopatie retiniche ed hanno definito le procedure riguardo i percorsi operativi per l’utilizzo del medicinale bevacizumab intravitreale. Nel corso del 2019 la farmacia ha ottenuto i requisiti necessari alla preparazione ed erogazione di “bevacizumab per uso intravitreale” secondo le modalità riportate nell’allegato tecnico A della DRT 32/2018. Nel 2020, anche per effetto di una specifica nota del Direttore Generale di Careggi, il laboratorio galenico della farmacia allestirà almeno 3.000 galenici magistrali sterili contenenti bevacizumab in siringhe pronte per somministrazione intravitreale.

I dispositivi medici (DM) rappresentano una crescente voce di spesa per la nostra Azienda. Risulta quindi fondamentale sia gestire la continua immissione in commercio di nuovi prodotti sia governare l’uso clinico dei prodotti vecchi e nuovi. Per conseguire questi obiettivi è necessario non solo valutare l’efficacia e il costo ma anche l’opportunità di introdurre nella pratica clinica gli interventi sanitari ad essi correlati. E’ stato per questo istituito nell’AOUC un gruppo di valutazione denominato Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM). La CADM nella valutazione delle richieste di nuovi DM, tiene conto della presenza di altri prodotti e/o tecnologie già utilizzate per la prestazione sanitaria considerata, delle risorse economiche disponibili e dell’appropriatezza d’impiego e dell’opportunità di introdurre nella pratica clinica dell’AOUC gli interventi sanitari ad essi correlati. Nel 2019 questa commissione si è riunita con cadenza mensile per assicurare risposte tempestive ma anche per valutare eventuali richieste urgenti di materiale non deliberato pervenute nel mese precedente. Queste richieste nel 2019 hanno avuto un impatto pari all’1% dell’intera spesa AOUC per DM. L’obiettivo per i prossimi anni è quello di non superare questa spesa percentuale e se possibile di ridurla.

Nel 2020 saranno mantenuti i sistemi di verifica e controllo di procedure molto specialistiche e tecnologicamente avanzate che necessitano di dispositivi medici ad alto costo. Oltre ai registri di esito già avviati nel corso degli anni precedenti (TAVI, Mitraclip per valvola mitralica, stent e spirali cerebrali, ortopedia oncologica, valvole endobronchiali ed endoprotesi vascolari) saranno aggiunti quelli per Impella CP (pompa intracardiaca per l’assistenza ventricolare sinistra) e per il sistema di litotriassia intravascolare coronarico (Shockwave).

Nel 2019 il settore di Farmacovigilanza AOUC ha inserito nella rete nazionale un numero di segnalazioni superiore rispetto a quelle indicate dall’obiettivo regionale (100 ADR/100.000 giornate di degenza); l’obiettivo dell’anno 2020, in attesa di ricevere nuove indicazioni dalla Regione Toscana, è di mantenere lo standard dell’anno precedente.

Nella tabella sottostante gli obiettivi e relativi gli indicatori sull’appropriatezza del consumo dei farmaci e dei dispositivi medici:

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	SCOST. PERC. GRAMMI ALBUMINA/ GG DEGENZA	differenziato per SOD
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	PERC. UP ENOXAPARINA BIOSIMILARE /TOT. ENOXAPARINA (BIOSIMILARE + BRANDED) PER PZ. IN DIMISSIONE	> 99 %
	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	SCOST. PERC. DDD ECHINOCANDINE/ 1000 GG DEGENZA	differenziato per SOD
	APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA	IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA (GRAMMI) INSERITE NEL GESTIONALE ARIANNA/ TOT. IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA EROGATE (GRAMMI)	> 95 %
		VALUTAZIONE PERC. CORRETTA COMPILAZIONE DELL'INDICAZIONE DELLE IMMUNOGLOBULINE NEL CAMPO PROGETTO DEL GESTIONALE ARIANNA	= 100 %
	USO APPROPRIATO FARMACI AD ALTO COSTO	PERC. PZ. TRATTATI CON BEVACIZUMAB PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA (METASTATICO 1 LINEA)	< 5 %
		PERC. PZ. TRATTATI CON BEVACIZUMAB PER ADENOCARCINOMA POLMONARE (METASTATICO 1 LINEA)	< 5 %
CORRETTA GESTIONE PNS (PREPARAZIONI PRESCRITTE ED ALLESTITE MA NON SOMMINISTRATE)	PERC. PREPARAZIONI NON SOMMINISTRATE/ TOT. PREPARAZIONI ALLESTITE	< 1.9 %	

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONE FARMACI ONCOLOGICI SECONDO LINEE DI INDIRIZZO REGIONE TOSCANA	PERC. PZ TRATTATI CON PEMBROLIZUMAB/ ATEZOLIZUMAB/ NIVOLUMAB PER NSCLC METASTATICO SECONDA LINEA/ TOT. PZ TRATTATI PER NSCLC METASTATICO PRIMA LINEA	< 70 %
		PERC. PZ CHE HANNO INTERROTTO IL TRATTAMENTO CON FARMACI TRIFLURIDINA/ TIPIRACILE O REGORAFENIB DOPO LA PRIMA CONFEZIONE/ TOT. PZ TRATTATI	< 5 %
	CORRETTA RICHIESTA CONSUMO FARMACI OFF LABEL SECONDO ACCESSO AL FONDO 5% O LEGGE 648	PERC. N. RICHIESTE OFF LABEL SECONDO PERCORSO OFF LABEL (FONDO AIFA 5% O LEGGE 648)/ TOT. RICHIESTE OFF LABEL	> 99 %
		PERC. N. MODULISTICA CORRETTAMENTE COMPILATA PER RICHIESTA FARMACI OFF LABEL/ TOT. MODULISTICA COMPILATA	= 100 %
	CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE AIFA	N. SCHEDE AIFA APPROPRIATE/ TOT. N. SCHEDE AIFA	= 100 %
	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC. RICHIESTE FARMACO CORRETTAMENTE INSERITE NEL REGISTRO AIFA/ TOT. N. FIALE INTRAVITREALI CONSEGNATE AL REPARTO	= 100 %
		PERC. PZ CORRETTAMENTE INSERITI NEL REGISTRO E CON SCHEDE AIFA MEA CHIUSE/ TOT. PZ CON PRESCRIZIONI FARMACI A MONITORAGGIO AIFA	= 100 %
		PERC. PRESCRIZIONE MEPOLIZUMAB E BENLARIZUMAB SU SCHEDE AIFA/ TOT. PRESCRIZIONI MEPOLIZUMAB E BENLARIZUMAB	= 100 %
	INVIO ALLA FARMACIA SCHEDE AIFA E CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE PER ANTIBIOTICI A MONITORAGGIO AIFA	N. CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE/ N. SCHEDE AIFA	= 100 %
	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	N. RICHIESTE/ ANNO FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE	<= 2
ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL (fuori lista L.648, uso compassionevole, fondo aifa 5%)	PERC. RICHIESTE FARMACI OFF LABEL	< 1.5 %	
INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	PERC. MG RITUXIMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG RITUXIMAB ENDOVENA (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %	
	PERC. N. TRATTAMENTI RITUXIMAB SOTTOCUTE/ TOT. N. TRATTAMENTI RITUXIMAB (ENDOVENA + SOTTOCUTE)	< 20 %	

	PERC. MG TRASTUZUMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %
	PERC. PZ. IN TRATTAMENTO CON TRASTUZUMAB SOTTOCUTE/ TOT. PZ. IN TRATTAMENTO CON TRASTUZUMAB (ENDOVENA + SOTTOCUTE)	< 20 %
	PERC. UP ETANERCEPT SOTTOCUTE BIOSIMILARE/ TOT. UP ETANERCEPT (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %
	PERC. UP ADALIMUMAB SOTTOCUTE BIOSIMILARE/ TOT. UP ADALIMUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 95 %
	PER. UP IMATINIB GENERICO/ TOT. UP IMATINIB (GENERICO+BRANDED) PER PZ IN DIMISSIONE	> 99 %
	PERC. UP INFLIXIMAB BIOSIMILARE AGGIUDICATO/ TOT. UP INFLIXIMAB BIOSIMILARE	> 90 %
	UP PRESCRITTE ADALIMUMAB ANNO CORRENTE/ UP PRESCRITTE ADALIMUMAB ANNO PASSATO	> 1
	DDD INFLIXIMAB /DDD TOTALI BIOLOGICI EV (INFLIXIMAB+VEDOLIZUMAB+USTEKINUMAB)	> 80 %
	PERC. MG BEVACIZUMAB BIOSIMILARE/ TOT. MG BEVACIZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %
	PERC. SOMMINISTRAZIONI BEVACIZUMAB INTRAVITREALE/ TOT. SOMMINISTRAZIONI FARMACI INTRAVITREALI CON INDICAZIONI SOVRAPPONIBILI	> 85 %
	PERC. UP TERIPARATIDE BIOSIMILARE/ TOT. UP TERIPARATIDE (BIOSIMILARE + BRANDED) PER PZ IN DIMISSIONE	> 95 %

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	ISTITUZIONE REGISTRO DI IMPIANTO	PERC. REGISTRAZIONE PAZIENTI NEL REGISTRO DI IMPIANTO	= 100 %
		PERC. REGISTRAZIONI PAZIENTI CON PROTESI CUSTOM MADE	= 100 %
	ISTITUZIONE REGISTRO ESITO	PERC. REGISTRAZIONE PZ. CON INTERVENTO STENT/SPIRALI INTRACRANICI CON INDICAZIONE ESITO	= 100 %
		PERC. REGISTRAZIONE PZ. CON INTERVENTO TAVI/ MITRACLIP/ SCHOCK WAVE/ IMPELLA CON INDICAZIONI ESITO	= 100 %
	RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. COSTO PER UTILIZZO DM AGGIUDICATI/ TOTALE COSTO DM	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA	= 100 %

#### 4.8 CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Nel 2019 è stato avviato il progetto “Careggi sorveglianza” che ha visto coinvolte tutte le SOD di area medica: in questo caso è stata valutata l'aderenza al progetto di sorveglianza dei batteri multiresistenti agli antibiotici. Le SOD chirurgiche sono state invece coinvolte per l'aderenza ai protocolli di profilassi antibiotica preoperatoria previsti nella procedura aziendale, valutando la percentuale della casistica relativa ai principali interventi sottoposta a profilassi antibiotica.

Tali obiettivi vengono mantenuti anche per il 2020 sia per le strutture mediche che per quelle chirurgiche. A questi si affiancano obiettivi specifici per le strutture centrali legati alla organizzazione della formazione per l'aderenza alle indicazioni inerenti il lavaggio delle mani oltre alla gestione del monitoraggio delle infezioni ospedaliere e delle antibioticoresistenze.

#### 4.9 CORRETTA REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITA'

Si tratta di un obiettivo fondamentale non solo per la conoscenza in tempi tempestivi dei fenomeni gestionali e clinici aziendali, ma anche per il rilievo medico legale che si può negativamente riflettere sul contenzioso. Il tema ha assunto inoltre una fondamentale importanza

in relazione al monitoraggio degli esiti da parte degli organi centrali. Da non sottovalutare infine anche l'impatto economico negativo legato ad una deficitaria documentazione o alla sua scorretta trasposizione negli specifici flussi regionali.

Sono pertanto obiettivi operativi per tutto il personale sanitario la completezza e la tempestività di compilazione della documentazione sanitaria informatica e cartacea, ove ancora presente (cartelle cliniche di ricovero ed ambulatoriali, registro operatorio, consenso informato etc...).

Obiettivi specifici per le strutture centrali sono invece il completamento dell'integrazione fra applicativi di gestione della documentazione sanitaria e di produzione dei flussi oltre alla formazione sulla corretta e completa tenuta della documentazione e sulla produzione dei flussi stessi.

E' stato infine mantenuto per il 2020 l'obiettivo per ciascun medico della compilazione delle "ricette dematerializzate", essendo possibile la tracciatura dei risultati per singolo dirigente e rientrando tale azione far gli adempimenti regionali.

#### **4.10 QUALITA' E SICUREZZA**

Il sistema di accreditamento concepito dalla legislazione regionale tende a rendere percepita e diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione, sia strategici che operativi, la gestione delle risorse e dei processi secondo la logica della Pianificazione, Azione, Monitoraggio, Analisi e Ripianificazione (PDCA) in un'azione coordinata verso gli obiettivi strategici aziendali di tutti i processi.

Gli obiettivi che valorizzino gli aspetti di qualità più significativi per una struttura sanitaria sono i seguenti:

- La performance professionale;
- L'uso appropriato, efficace, efficiente, sicuro e trasparente delle risorse;
- Il management del rischio;
- La soddisfazione del paziente e dei suoi familiari.

Operativamente, a partire dal 2016, la UO Accreditamento Qualità e Risk Management (UO AQRM) ha posto in essere una formazione tutorata su tutte le equipe sanitarie, al fine di sviluppare un sistema di autovalutazione capillare e diffuso degli standard ed obiettivi in carico alle strutture stesse tramite un'attività di riesame annuale. Tutti gli step che costituiscono l'attività di riesame sono stati oggetto di valutazione di budget per le equipe mediche nel 2018 e dal 2019 anche di performance individuale per i Direttori (vedi reportistica del monitoraggio di budget presente in piattaforma aziendale). Questo ha permesso di creare un sistema di autovalutazione per tutti i processi sanitari attestati da AOUC come risulta dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale.

Per ciò che attiene il sistema dei processi trasversali e strategici in ottica di governance clinica, questo è articolato nelle dimensioni previste dal DPGRT n° 79/R del 17/11/2016:

- Struttura organizzativa e gestione delle strategie aziendali;
- Risorse umane;
- Gestione dei dati e della documentazione sanitaria;
- Partecipazione dei cittadini;
- Qualità e sicurezza delle cure;
- Organizzazione dell'accesso ai percorsi;
- Gestione processi di supporto e logistica;
- Governo dell'innovazione.



E' stata oggetto di analisi e valutazione di budget a partire dal 2019 la partecipazione delle UUOO di Staff, Amministrative e Tecniche al mantenimento delle Evidenze Obbligatorie previste dal Decreto (PN 903 02 "Piano Qualità e Sicurezza aziendale 2019-21" Sez.0 - all.to 2) ed alla realizzazione delle azioni di miglioramento previste in relazione alle singole dimensioni secondo quanto previsto dal PN 903 02 "Piano Qualità e Sicurezza aziendale 2019-21" Sez.0 - all.ti 4 e 6.

Per il dettaglio delle attività di riesame si rimanda alla lettura del Piano pubblicato.

Parimenti, per le annualità relative al 2020 ed al 2021, si rimanda alle azioni già previste dal Piano Qualità e Sicurezza PN 903 02 in ciascuna Sezione collegata alla corrispondente dimensione.

#### **4.11 TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE**

La politica di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza e integrità prevista nel Piano triennale aziendale, è volta a consentire l'emersione delle attività a rischio di corruzione che devono essere presidiate mediante l'adozione o l'implementazione di misure di prevenzione. L'Azienda intende prevenire la corruzione considerando tutti i fenomeni di maladministration che, in senso lato, possono condizionare negativamente i processi aziendali ed ha investito notevoli risorse nella formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Infatti resta la convinzione che la corruzione sia, oltre che un comportamento illegale del singolo, anche indicatore di una sottocultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione.

Pertanto i dipendenti sono stati accompagnati in un percorso formativo con la consapevolezza che la formazione non fosse solo un adeguamento passivo dei singoli a una norma, bensì la costruzione di condizioni tali che permettano un reale cambiamento culturale e organizzativo a cui tutti possano partecipare attivamente. A questo fine la formazione rientrerà anche per il 2020 fra i capitoli del Piano Formativo Aziendale. La formazione a distanza (FAD) sull'anticorruzione, rivolta a tutti gli operatori dell'Azienda, viene riproposta ogni anno per i nuovi assunti e per gli studenti in formazione specialistica.

Le forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della trasparenza, continueranno allo stesso modo a svolgere un'efficace strategia di prevenzione della corruzione con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi.

L'Azienda si propone inoltre di collaborare con l'Università degli studi di Firenze allo scopo di diffondere la politica di prevenzione della corruzione, la promozione della trasparenza e la cultura dell'etica e dell'integrità, tra gli studenti in formazione specialistica.

Nel 2020 l'Azienda si prefigge di sistematizzare la mappatura delle aree di attività aziendali analizzate nel corso degli anni precedenti. L'analisi condotta ha permesso di individuare i rischi corruttivi, nonché le azioni di miglioramento e gli strumenti necessari per prevenirli, stabilendo le priorità di trattamento. Per le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione verranno determinate ulteriori misure di contenimento, strutturato un piano di miglioramento e previsto il successivo controllo e monitoraggio.

A partire dal 2014 l'Azienda ha mappato le aree di attività a rischio "obbligatorie e generali" riconducibili all'Area Tecnica, Amministrativa e di Staff della Direzione aziendale. In particolare

sono stati esaminati i processi di: manutenzione, variante in corso d'opera e procedure in somma urgenza (Area Tecnica); gestione del personale (Area Amministrativa); programmazione strategica e innovazione tecnologica (Staff Direzione aziendale). Nel 2016 è stato realizzato il progetto “La mappatura delle aree di rischio specifiche”. Il lavoro, nell’ambito del progetto, è stato svolto sui processi che impattano, direttamente o indirettamente, sulle aree sanitarie connaturate all’Azienda. Il progetto ha visto la collaborazione di ARS e “Illuminiamo la salute” e si è sviluppato durante un triennio, coinvolgendo a rotazione i professionisti interessati di volta in volta dagli argomenti esaminati. La discussione è avvenuta con la costituzione di tavoli di confronto multidisciplinari. Inizialmente sono stati affrontati i processi che prevedono un rapporto con i soggetti privati, forieri di possibili situazioni di conflitto di interessi: la formazione e la convegnistica sponsorizzata, gli incarichi extra-impiego, il rapporto con gli informatori medico scientifici, la partecipazione a società scientifiche ed associazioni di pazienti, la gestione dei rifiuti ed il processo di gestione della salma, l’acquisizione di tecnologie sanitarie, le sperimentazioni cliniche, l’acquisizione farmaci e dispositivi medici, la gestione del consenso informato, il processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi medici e la gestione del rischio clinico.

Nel 2017 è stata avviata l’analisi dei processi afferenti al Dipartimento delle professioni sanitarie (DPS) che ha riguardato: la programmazione e la valutazione delle risorse umane, nonché la gestione delle lesioni cutanee. Il progetto “La mappatura delle aree di rischio specifico”, è stato perfezionato con il coinvolgimento di docenti e formatori esperti. La mappatura dei processi sanitari verrà svolta con un lavoro integrato dell’UO AQRM con l’UO Direzione operativa e il DPS allo scopo di rappresentarne gli esiti differenziando in ragione della loro natura i rischi corruttivi, organizzativi e di sicurezza rilevati. L’analisi dei processi sanitari è dal 2020 indirizzata dalle tre strutture richiamate sopra al fine di coordinare l’accreditamento e l’analisi organizzativa di tali processi aziendali con l’attività di prevenzione degli eventuali rischi corruttivi, sposandosi tale lavoro combinato con la considerazione generale dell’appropriatezza dei processi sanitari. Tali strutture coinvolgeranno il RPCT per le valutazioni di competenza quando, in corso di analisi, risulti necessario trattare i rischi corruttivi/mala-administration eventualmente emersi e proporre le misure di contenimento da inserire nel PTPCT e da assegnare quali obiettivi di prevenzione della corruzione e per la trasparenza per le strutture aziendali interessate. I rischi organizzativi saranno invece presi in carico dalle stesse strutture e gestiti con le funzioni aziendali di riferimento.

Le misure di prevenzione della corruzione proposte a seguito delle mappature, così come indicate nel Piano per la prevenzione della corruzione aziendale, saranno tradotte anche per il 2020 in obiettivi di budget ed individuali; tutte le strutture dovranno infatti realizzare, come negli anni passati, quanto previsto nel Piano Triennale per la prevenzione corruzione trasparenza ed integrità.

#### **4.12 OBIETTIVI INDIVIDUALI**

Gli obiettivi individuali sono sviluppati e assegnati nel rispetto delle disposizioni normative contrattuali vigenti e in coerenza con il documento “Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance” dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi.

Per la dirigenza, 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 organizzativo-gestionali, a fronte di quelli più strettamente tecnico-professionali, sia proporzionalmente collegato al ruolo effettivamente svolto.

Per il personale del comparto operante nei vari contesti aziendali, tenuto conto della necessità di gestire un’ampia platea di personale con un processo non ancora informatizzato e di utilizzare fonti dati aziendali facilmente accessibili, gli obiettivi individuali vengono individuati, al momento, a livello centrale secondo criteri di trasversalità e omogeneità.



**ALLEGATO A – SCHEDE DI BUDGET**

Di seguito un esempio di scheda di valutazione di struttura.

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		VALORE ATTESO	PESO
GOVERNO DELLA CASISTICA	CONSOLIDAMENTO CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	IND533	NUMERO CASI GESTITI IN ROBOTICA	= 130	3
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	<= 0	3
		IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	<= 0	3
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	IND1223	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %	4
		IND993	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %	4
		IND1222	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %	4
		IND1749	CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	< 1.4 %	3
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI DAL MES/ PNE	IND1667	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	< 3.4 %	2
		IND1669	CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	< 2.1 %	2
		IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE	> 87.68 %	3
		IND1919	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO:	< 2 %	3
		IND2143	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	> 59.53 %	3
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	IND2633	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO COLON ENTRO 30gg	> 90 %	3
		IND2634	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO RETTO ENTRO 30gg	> 83 %	3
		IND2643	% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE ENTRO 30gg	> 75 %	3
		IND2646	% EMORROIDECTOMIA ENTRO 30gg	> 85 %	3
		IND2647	% RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE ENTRO 30gg	> 79 %	3
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	IND2530	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	> 70 %	2
		IND2690	PERC. PRIMA INCISIONE PZ. ENTRO LE ORE 8,00 COMPARTO CLINICHE CHIR. 2 PIANO	> 70 %	3
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	IND2346	PERC. ULTIMA SUTURA PZ. PRIMA DELLE ORE 17,30 COMPARTO CLINICHE CHIRURGICHE 2°	< 10 %	3
		IND2687	PERC. INTERVENTI CON TEMPO DI CAMBIO < 45 MINUTI - COMPARTO CLINICHE CHIR. 2° PIANO	> 50 %	3
		IND2560	PERC. PRIMA INCISIONE PZ. ENTRO LE ORE 8,30 COMPARTO VOLANO	> 70 %	3
CORRETTA REGISTRAZIONE	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/CARTELLE	IND2348	PERC. ULTIMA SUTURA PZ. PRIMA DELLE ORE 17,30 COMPARTO VOLANO	< 10 %	3
		IND2683	PERC. INTERVENTI CON TEMPO DI CAMBIO < 75 MINUTI - COMPARTO VOLANO	> 50 %	3
		IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	= 100 %	5
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INVIO ALLA FARMACIA SCHEDE AIFA E CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA	IND2177	N. CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE/ N. SCHEDE AIFA	= 100 %	2
		IND2018	N. RICHIESTE/ ANNO FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE	<= 2	2
		IND2703	PERC. N. MODULISTICA CORRETTAMENTE COMPILATA PER RICHIESTA FARMACI OFF LABEL/	= 100 %	2
		IND2702	PERC. N. RICHIESTE OFF LABEL SECONDO PERCORSO OFF LABEL (FONDO AIFA 5% O LEGGE 648)	> 99 %	2
ADESIONE PERCORSO BUDGET	PARTECIPAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI	IND1673	PERC. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET DALLE STRUTTURE DELL'AZIENDA	= 100 %	5
QUALITA'/ SICUREZZA	REALIZZAZIONE OBIETTIVI QUALITA'/ SICUREZZA PREVISTI DA	IND1987	PERC. REALIZZAZIONE OBIETTIVI QUALITA'/ SICUREZZA	= 100 %	5
CONTROLLO INFEZIONI	ADERENZA AI PROTOCOLLI DI PROFILASSI ANTIBIOTICA	IND2528	PERC. ADERENZA AI PROTOCOLLI DI PROFILASSI ANTIBIOTICA PREOPERATORIA	= 100 %	5
					100

Firma Direttore SOD/UO

Firma Direzione Aziendale



**ALLEGATO B - SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE**

Di seguito un esempio di scheda di valutazione individuale.

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">VALUTATO</th></tr> <tr><td>Cognome e nome _____</td></tr> <tr><td>Profilo professionale _____</td></tr> <tr><td>Incarico <b>DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA</b></td></tr> </table>	VALUTATO		Cognome e nome _____	Profilo professionale _____	Incarico <b>DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>	<b>VALUTAZIONE PERFORMANCE</b>  <b>ANNO 2016</b>  <b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">VALUTATORE</th></tr> <tr><td>Cognome e nome _____</td></tr> <tr><td>Ruolo _____</td></tr> </table>	VALUTATORE		Cognome e nome _____	Ruolo _____
VALUTATO											
Cognome e nome _____											
Profilo professionale _____											
Incarico <b>DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>											
VALUTATORE											
Cognome e nome _____											
Ruolo _____											

PARAMETRI /sottoparametri	Indicatori/criteri	Pesi	% raggiungimento obiettivi	Parametrazione
<b>PERFORMANCE STRUTTURA GESTITA</b>				
Grado di raggiungimento obiettivi di budget assegnati alla struttura gestita	% di <b>raggiungimento</b> degli obiettivi di budget assegnati alla struttura gestita	60		60,0

	<b>Scala di valutazione</b>								
	Non adeguato	Migliorabile	Adeguato	Buono	Eccellente	Parametrazione			
	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

	10								
COMPETENZE MANAGERIALI									
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

	10								
CAPACITA' DI VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO E SVILUPPO DELL'ETICA PROFESSIONALE									
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
_____	Data _____
FEED BACK DEL DIRIGENTE	
_____	Data _____