

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER

Delibera del Direttore Generale n. 67 del 29-01-2019

Proposta n. 102 del 2019

Oggetto: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021

Dirigente: TAITI FRANCESCO

Struttura Dirigente: RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER
(Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)
Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE
C.F. P.Iva 02175680483

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto	DELIBERE/DETERMINE
Contenuto	ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021

Area Tecnico Amm.va	AREA TECNICA AMMINISTRATIVA
Coord. Area Tecnico Amm.va	BINI CARLA
Struttura	RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
Direttore della Struttura	TATTI FRANCESCO
Responsabile del procedimento	TATTI FRANCESCO
Immediatamente Esecutiva	SI

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Allegati Atto		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
1	39	Piano della Performance 2019-2021

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alberto Zanobini
(D.P.G.R.T. n. 156 del 31 agosto 2015)

Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i. di disciplina del Servizio Sanitario Regionale;

Dato atto:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 29/12/2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22/04/2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 01/01/2016;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 30/12/2015 si è provveduto a definire l'organigramma complessivo dell'A.O.U. Meyer e sono stati assunti i primi provvedimenti attuativi relativi al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture Dipartimentali e/o a valenza dipartimentale, delle Aree Funzionali Omogenee, dell'Area Servizi dell'Ospedale, dell'Area delle Professioni Sanitarie e dell'Area Tecnico Amministrativa;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30/12/2015 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in merito alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 02/12/2016 si è provveduto ad approvare la sistematizzazione della organizzazione aziendale, dopo un primo percorso attuativo dello Statuto Aziendale;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 543 del 29/12/2016 sono state assunte determinazioni volte al conferimento degli incarichi delle Strutture Complesse dell'Area Tecnico Amministrativa, così come rimodulate a seguito delle azioni di attualizzazione dell'organizzazione aziendale;
- che con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 173 del 05/04/2018 si è altresì provveduto ad ulteriori azioni di sistematizzazione dell'organizzazione aziendale ed all'integrazione dell'art. 63 dell'Atto Aziendale "Promozione della salute nella comunità";

Su proposta del Responsabile della S.O.S. Risorse Economiche e Finanziarie, Dr. Francesco Taiti il quale, con riferimento alla presente procedura, ne attesta la regolarità amministrativa e la legittimità dell'atto;

Visto il D.Lgs. n. 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" che stabilisce all'art. 10 che "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 è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 01, lettera b), 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";

Ricordato che l'A.O.U. Meyer ha adottato i seguenti documenti:

- con Delibera D.G. n. 51 del 31 gennaio 2018 il "Piano della Performance 2018-2020" ai sensi del sopra richiamato art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009;

- con Delibera D.G. n. 39 del 31 gennaio 2017 il “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2017-2019”, che ha trovato il suo naturale aggiornamento per il periodo 2018-2020 con Delibera D.G. n. 50 del 31 gennaio 2018 per il triennio 2018-2020;

Ritenuto opportuno procedere ad adottare il piano della Performance dell’A.O.U. Meyer per il triennio 2019-2021 di cui all’allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto, come sostanziale aggiornamento ed integrazione del precedente Piano della Performance 2018-2020 e di procedere alla pubblicazione nell’apposita sezione nella homepage aziendale denominata “Amministrazione Trasparente”, così come disciplinato dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;

Ritenuto che sussistono le condizioni per dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata e massima diffusione ai contenuti del Piano della Performance 2019-2021 e coerenti con gli obiettivi di budget 2019 in corso di definizione, nonché per consentirne la tempestiva pubblicazione nel sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, ai sensi dell’art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i.;

Considerato che il Responsabile del Procedimento, individuato ai sensi della Legge n. 241/1990 nella persona del Dr. Francesco Taiti sottoscrivendo l’atto attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo;

Acquisito il parere del Coordinatore dell’Area Tecnico Amministrativa, Dr.ssa Carla Bini, espresso mediante sottoscrizione nel frontespizio del presente atto;

Con la sottoscrizione del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, per quanto di competenza, ai sensi dell’art. 3 del Decreto Legislativo n. 229/99;

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama,

- 1) Di adottare il “Piano della Performance 2019 – 2021” dell’A.O.U. Meyer riportato nell’allegato 1 della presente deliberazione a formarne parte integrante e sostanziale;
- 2) Di pubblicare il presente atto ai sensi dell’art. 29 del D.Lgs. n. 33/2013 nella sezione del sito internet aziendale “Amministrazione Trasparente” sezione “Performance”;
- 3) Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata e massima diffusione ai contenuti del Piano della Performance 2019-2021 e coerenti con gli obiettivi di budget 2019 in corso di definizione, nonché per consentirne la tempestiva pubblicazione nel sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, ai sensi dell’art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i.;

- 4) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. T. n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questa A.O.U. Meyer.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Alberto Zanobini)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Francesca Bellini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. Tito Berti)



Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

Piano della Performance 2019-2021



Indice

1. Premessa

2. Identità dell'Azienda

2.1 Chi siamo e cosa facciamo

2.1.1. Mission

2.2 Come siamo organizzati

2.2.1 Organigramma

2.3 L'Azienda in cifre

2.3.1 Attività

2.3.2 Personale

2.3.3 Bilancio

2.4 Attività Scientifica e di Ricerca

2.5 Analisi di contesto

3. Obiettivi strategici e operativi

3.1 Governo dell'offerta assistenziale

3.2 Innovazione organizzativa

3.3 Qualità e sicurezza

3.4 Bersaglio MES

3.5 Rete Pediatrica

3.6 Sviluppo ICT

3.7 Innovazione Tecnologica

3.8 Mantenimento dell'equilibrio economico

3.9 Attuazione Politiche sulla Trasparenza ed Anticorruzione

4. Il Ciclo di Gestione della Performance (Sistema di Misurazione e Valutazione)

4.1 Quadro normativo

4.2 Finalità

4.3 Percorso

4.3.1 Destinatari

4.3.2. Ciclo della performance

4.3.2.1 Percorso di budget e valutazione della performance organizzativa

4.3.2.2 Valutazione della performance individuale e le sue fasi

4.3.2.3 Elencazione metodologica per l'applicazione dell'istituto

4.3.2.4 Indicazioni operative in relazione a situazioni particolari

4.4 Effetti della valutazione

4.5 Procedure conciliazione

4.6 Disposizioni finali e transitorie

1. Premessa

La performance è intesa come il contributo che un'azienda fornisce, attraverso le azioni poste in essere, al raggiungimento delle proprie finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali tale organizzazione è stata costituita.

La valutazione della performance ha assunto rilevanza giuridica con il Decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, "attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" con il quale si introduce il cosiddetto Ciclo della Performance che consiste nella definizione degli obiettivi aziendali, nel loro monitoraggio e controllo ed infine, nella verifica dei risultati raggiunti.

Il Piano della Performance è lo strumento che avvia il Ciclo di gestione della Performance, infatti è il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e i risultati attesi rispetto ai quali sarà attuata la valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Il Piano della performance, essendo un documento di programmazione per il triennio 2018-2020 è oggetto di aggiornamento annuale in relazione ai seguenti determinanti.

- ❖ Obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale.
- ❖ Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento.
- ❖ Modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2018-2019 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dell'esigenza di un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

Inoltre nella redazione del Piano si fa riferimento alle prescrizioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la Delibera n.112/2010 del 28 ottobre 2010.

Le indicazioni operative date dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In coerenza con quanto disposto il piano della performance tiene conto di tali indicazioni.

2. Identità dell'Azienda

2.1. Chi siamo e cosa facciamo

2.1.1. Mission

Dalla sua fondazione nel 1884, l'Ospedale pediatrico Meyer, divenuto Azienda Ospedaliero Universitaria del Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai piccoli pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale.

Le sue finalità istituzionali sono la cura e il benessere dei bambini, un'assistenza clinica integrata con la didattica, la ricerca scientifica nonché l'erogazione delle attività formative necessarie al trasferimento delle competenze pediatriche a studenti, specializzandi e operatori pediatrici.

La mission aziendale è costantemente orientata e impegnata a fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri Paesi e, come completamente e parte costitutiva della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale. L'Azienda, nell'offrire tutte le discipline a indirizzo pediatrico, specialistiche, mediche e chirurgiche, intende rappresentare una struttura di riferimento a livello nazionale e internazionale per le patologie complesse.

L'affidamento del coordinamento operativo e della riorganizzazione della rete pediatrica regionale, sancito con la Legge Regionale 84/2015, costituisce una ulteriore articolazione della mission attribuita all'Azienda.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer è costantemente impegnata a garantire alti livelli qualitativi dell'assistenza ai pazienti in età pediatrica e alle loro famiglie.

Cure tempestive, efficaci, sicure, sostenibili e accessibili sono assicurate grazie alla presenza di competenze professionali qualificate, supportate da una continua innovazione tecnologica e organizzativa e sostenute da percorsi formativi di alto livello.

Viene posta particolare attenzione alla gestione dell'intero percorso del bambino prestando cura alla continuità dei processi e, tramite il lavoro in equipe multi professionali e multidisciplinari, assicurando in ogni fase del percorso le cure migliori, focalizzate sulle specifiche necessità dei singoli pazienti.

L'Azienda riconosce il valore strategico delle attività di ricerca e innovazione considerate inscindibili dai compiti di assistenza nonché condizioni essenziali per il compimento della propria missione. L'Ospedale rappresenta infatti il luogo privilegiato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare soluzioni innovative nella pratica clinico-assistenziale, diagnostica e terapeutica.

2.2 Come siamo organizzati

Il 1 gennaio 2016 è stato adottato il Nuovo Atto Aziendale (delibera DG n.133 del 29/12/2015) nel quale è stato definito il nuovo assetto organizzativo finalizzato a fornire la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di didattica e di ricerca attraverso articolazioni organizzative differenziate tra il macro ambito di cura assistenziale, il macro ambito relativo a didattica, formazione e ricerca e il macro ambito sanitario amministrativo e tecnico-professionale.

L'organigramma aziendale è consultabile sul sito web dell'AOU Meyer (www.meyer.it) alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Le attività di cura sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative (Fig.1):

- A) Dipartimento ad attività Integrata (DAI);
 - 1) Area Funzionale Omogenea (AFO);
 - 2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice Autonoma (SOSA);
 - 3) Struttura Organizzativa Semplice Intra-SOC;
 - 4) Centro Specialistico;
- B) Centro di Eccellenza;
- C) Centro interaziendale per la ricerca e l'innovazione;
- D) Incarico di programma;
- E) Incarico a elevata professionalità;

Il Dipartimento ad Attività Integrata (DAI), attraverso le proprie articolazioni organizzative, sviluppa la massima integrazione dei professionisti per la migliore erogazione delle prestazioni sanitarie direttamente rese nel presidio ospedaliero e di quelle gestite attraverso la rete pediatrica con le aziende sanitarie toscane.

Costituisce, altresì, la più idonea sede per promuovere l'adozione di modelli assistenziali innovativi secondo principi di appropriatezza organizzativa e clinica; rappresenta il luogo primario nel quale deve essere sviluppata, in sinergia con il Campus e con il Coordinamento scientifico, la valorizzazione clinico-assistenziale della didattica e della ricerca.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer si avvale **di un unico Dipartimento ad Attività Integrata, denominato "Dipartimento Specialistico Interdisciplinare"**, per sottolineare fortemente la necessità di una gestione unitaria dell'attività sanitaria e consentire una maggiore condivisione nell'utilizzo delle risorse sia strutturali che umane per quanto riguarda gli aspetti programmatici e organizzativi dell'assistenza, della formazione e della ricerca.

Il Dipartimento Specialistico Interdisciplinare è organizzato in **Aree Funzionali Omogenee (AFO)** all'interno delle quali sono ricondotte le casistiche afferenti **alle discipline di medicina, di chirurgia e dell'emergenza**.

L'AFO, al suo interno, ricomprende Strutture Organizzative Complesse (SOC), Strutture Organizzative Semplici Autonome (SOSA) e Centri Specialistici, che si caratterizzano per affinità ed omogeneità dell'assistenza ed a cui è demandata la gestione di casistica per la quale è necessario garantire l'unitarietà dei percorsi clinico-assistenziali.

In considerazione del suo ruolo trasversale nell'erogazione dell'assistenza all'interno dell'Azienda, il Dipartimento è chiamato a mantenere una costante collaborazione con i Centri di Eccellenza, integrandosi con le specificità degli stessi al fine di contribuire ad una univoca risposta assistenziale per i pazienti in carico sia alle strutture assistenziali del Dipartimento, sia alle strutture assistenziali dei Centri di Eccellenza.

Il Centro di Eccellenza rappresenta uno strumento innovativo dotato di autonomia scientifica e gestionale, assimilabile a quella dipartimentale, all'interno del quale sono ampiamente sviluppate competenze capaci di offrire risposte assistenziali al piccolo paziente con riferimento a patologie e percorsi clinici ad elevata complessità assistenziale, in ordine ai quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer ha costituito e consolidato standard di eccellenza.

I Centri di Eccellenza presenti in Azienda sono i seguenti.

- **Centro di Neuroscienze;**
- **Centro di Neurochirurgia;**
- **Centro di Oncologia ed Ematologia pediatrica;**
- **Centro di Endoscopia respiratoria;**

Con l'atto Aziendale è stata introdotta **l'Area dei Diritti dei bambini e delle famiglie in Ospedale.**

Il rispetto dei diritti dei bambini e delle famiglie in Ospedale è uno degli elementi fondanti della mission dell'Azienda ed è costantemente presente in tutte le fasi del percorso di cura.

L'A.O.U. Meyer mira a raggiungere il target di eccellenza non solo nelle prestazioni cliniche, ma anche nell'accoglienza facendosi carico di tutte le esigenze dei piccoli pazienti e delle loro famiglie con particolare riguardo alla terapia del dolore, agli aspetti psicologici, al disagio sociale, agli abusi.

Le attività strategiche relative alla didattica, alla formazione ed alla ricerca sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative (Fig.1):

- F) Commissione scientifica internazionale;
- G) Coordinamento scientifico aziendale;
- H) Campus;

In particolare, il Campus costituisce un ulteriore ed importante elemento innovativo nell'organizzazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, attraverso il quale si sviluppa la vocazione didattica, formativa e di promozione della salute dell'Azienda in ambito pediatrico.

Il Campus, denominato "Meyer Health Campus, oltre che sede delle scuole di specializzazione afferenti all'area pediatrica, costituisce il punto di riferimento per la formazione delle professioni sanitarie e per sviluppare la formazione continua del personale dipendente e dei pediatri di famiglia.

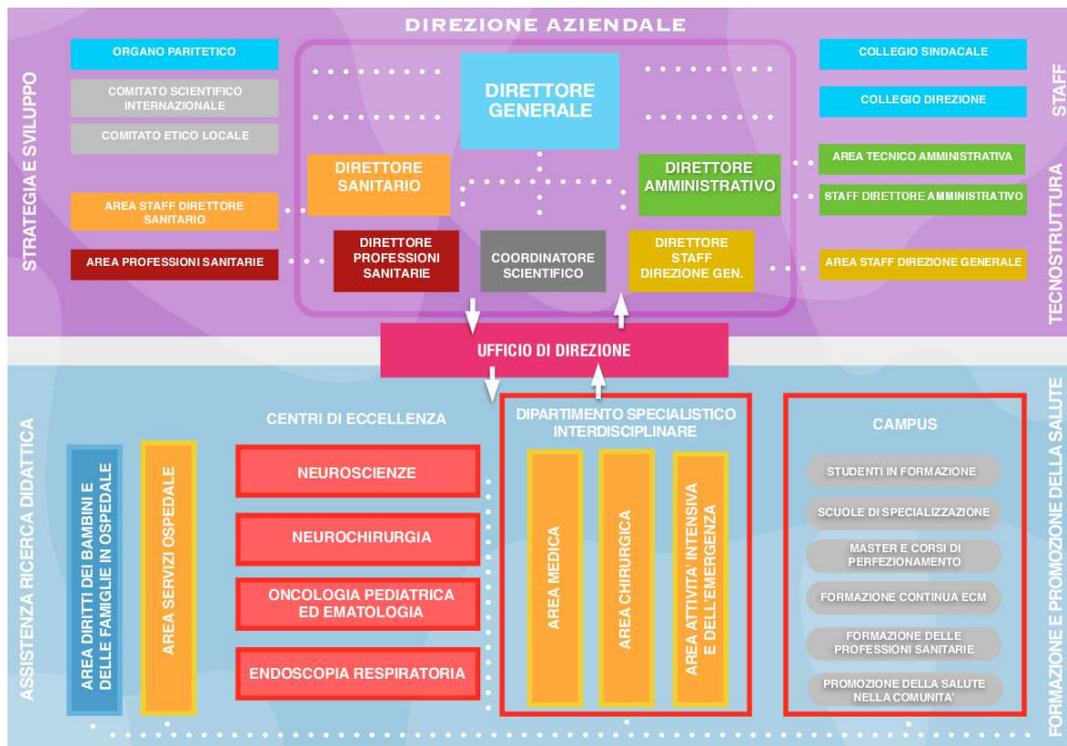
Le attività esercitate dalle professioni sanitarie e le attività tecnico amministrative e professionali sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative (Fig.1):

- I) Area;
- J) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice (SOS);
- K) Ufficio e Unità Professionale;
- L) Posizione Organizzativa e Incarico di coordinamento.

L'Area costituisce lo strumento organizzativo all'interno del quale sono gestite le attività cui ricondurre i macro processi, le linee di produzione, i percorsi operativi tipici degli ambiti amministrativo, tecnico e professionale, delle professioni sanitarie e di supporto sanitario alla cura.

Nello specifico, l'Area delle Professioni Sanitarie ha la finalità di contribuire ad assicurare un'assistenza centrata sul bambino e la famiglia attraverso l'integrazione e la sinergia delle professioni sanitarie per migliorare produttività ed efficacia del sistema. Afferiscono all'Area le professioni infermieristiche e ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e gli operatori di supporto.

Fig.1



2.3 L'Azienda in cifre

2.3.1 Attività

**Tabella 1: Analisi andamento indicatori di sintesi AOU Meyer anni 2014 – 2015 – 2016 – 2017 -
preconsuntivo 2018**

Indicatore	Consolidato 2014	Consolidato 2015	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Pre Consolidato 2018	2018- 2017	2018/ 2017%
N. Dimessi ordinari	8.898	8.675	8.762	8.652	9.028	376,00	4,35%
Peso Medio DRG (dimessi ordinari)	1,48	1,46	1,45	0,99	0,97	- 0,02	-2,38%
Peso medio DM 2008 (dimessi ordianari)	1,18	1,16	1,19	1,17	1,15	- 0,02	-1,38%
Posti letto medi ricovero ordinario	167,07	163,57	167,53	170,80	172,60	1,80	1,05%
Tasso Utilizzo posti letto ordinari %	91,38	90,89	92,15	92,20	90,11	- 2,09	nd
Degenza Media dimessi ricovero ordinari	6,07	6,25	6,30	6,19	6,13	- 0,06	-0,96%
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	24,72	26,65	26,50	26,66	24,45	- 2,21	-8,29%
DH Giornate Cicli Aperti	38.458	39.176	38.558	40.089	37.848	- 2.241	-5,59%
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	20,04	21,86	22,67	23,94	24,55	1	2,55%
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	21,34%	23,06%	23,65%	24,43%	25,37%	0,01	nd
Casi Chirurgici Totali	6.082	6.078	6.151	6.369	6.718	349	5,48%
Casi Chirurgici DH	2.558	2.607	2.620	2.733	2.995	262	9,59%
Casi Chirurgici Ordinari	3.524	3.471	3.531	3.636	3.723	87	2,39%
N. sale operatorie	7	7	7	7	8	1	14,29%
N. trapianti	35	24	21	26	29	3	11,54%
- di cui allogenici	12	11	9	11	15	4	36,36%
- di cui autologi	23	13	12	15	14	- 1	-6,67%
N. accessi pronto soccorso	44.841	44.081	44.417	42.923	41.328	- 1.595	-3,72%
PS % esito ricovero	6,98	6,51	6,51	6,63	6,40	- 0,23	-3,47%
N. prestazioni effettive totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	609.588	655.499	690.338	701.896	730.026	28.130	4,01%
N. dipendenti	999	1.030	1.068	1.156	1.158	2	0,17%
Valore della produzione (comprensivo dei tetti di attività dall'anno 2012 al 2017 compreso) in migliaia di euro	108.300	116.785	118.759	125.854	nd		
Costo della produzione (in migliaia di euro)	107.127	116.047	116.404	120.311	nd		

Dall'analisi della tabella sopra riportata si comprende come l'Azienda abbia ormai raggiunto una elevata capacità produttiva in termini quantitativi (indicativamente intorno ai 9.000 dimessi ordinari), mentre per quanto attiene la complessità della casistica ha mantenuto costanti i valori rispetto agli anni precedenti attestandosi su valori decisamente elevati rispetto agli altri ospedali pediatrici italiani.

Per quanto riguarda l'utilizzo della risorsa "posto letto", dall'analisi della degenza media e del tasso di utilizzo si comprende l'attenzione che l'Azienda ha da sempre posto su questo fattore. Nel corso del 2018 abbiamo registrato un lieve calo dell'elevato tasso di utilizzo (che ha superato il 90%) a fronte di una riduzione della degenza media (6,13 giorni) correlata all'incremento della complessità della casistica trattata in particolare per il trattamento di pazienti oncologici.

Per quanto attiene la produzione chirurgica superiamo il valore dei 6.718 casi chirurgici aumentando considerevolmente l'attività realizzata negli anni 2016 e 2017 attraverso un incremento sia della casistica trattata in regime di day surgery che in regime di ricovero ordinario.

La linea produttiva "specialistica ambulatoriale" ha visto un discreto aumento quantitativo (circa 30 mila prestazioni in più) accompagnato anche da un aumento in termini economici dovuto fondamentalmente al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

La capacità di filtro del nostro pronto soccorso aziendale è ulteriormente migliorata attestandosi stabilmente sotto la soglia del 7,00% (6,40%) che rappresenta sul panorama nazionale un ottimo risultato.

2.3.2 Personale

Analisi per sesso ed età, dati al 31.12.2018

Il personale dell'Azienda è prevalentemente dipendente del SSN (97,5%), mentre gli universitari sono circa il 2,5% del totale.

I dipendenti sono per la stragrande maggioranza di sesso femminile (quasi il 76%) e concentrati nelle fasce d'età 35-49 anni (42,4%) e over 50 (36,5%).

Diversa è la distribuzione del personale universitario, tra il quale prevalgono i dipendenti di sesso maschile (56,7%) e con una maggiore anzianità (più del 66% di essi ha un'età superiore ai 50 anni).

Personale dipendente SSN						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale SSN	% (età)
<25	3	100,0%	0	0,0%	3	0,3%
25-34	191	78,3%	53	21,7%	244	20,8%
35-49	390	78,5%	107	21,5%	497	42,4%
>50	306	71,5%	122	28,5%	428	36,5%
Totale	890	75,9%	282	24,1%	1172	100,0%

Personale dipendente universitario						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale Univ.	% (età)
25-34	0	-	0	-	0	-
35-49	5	50,0%	5	50,0%	10	33,3%
>50	8	40,0%	12	60,0%	20	66,7%
Totale	13	43,3%	17	56,7%	30	100,0%

Fasce di età	Totale complessivo				Tot. Complessivo	% (età)
	F	%	M	%		
<25	3	100,0%	0	0,0%	3	0,2%
25-34	191	78,3%	53	21,7%	244	20,3%
35-49	395	77,9%	112	22,1%	507	42,2%
>50	314	70,1%	134	29,9%	448	37,3%
Totale	903	75,1%	299	24,9%	1202	100,0%

Analisi per macrostrutture organizzative, dati espressi in unità FTE (Full time equivalent), al 31.12.2018

Con riferimento alla distribuzione del personale per macrostruttura, espresso in unità equivalenti al 31/12/2018, si evidenzia che la più ampia parte (39,24%) afferisce al Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, il dipartimento ad attività integrata che comprende l'Area Medica, l'Area Chirurgica e quella dell'Attività intensiva e dell'emergenza. Il 19,27% degli operatori si concentra poi nell'Area dei Servizi dell'Ospedale, il macroambito organizzativo a cui afferiscono le strutture di natura sanitaria, semplici o complesse, che garantiscono prestazioni ai pazienti in carico nei diversi setting assistenziali del Dipartimento e dei Centri di Eccellenza.

Un altro 20% circa del personale appartiene ai quattro Centri di Eccellenza: il Centro di Eccellenza di Neuroscienze (6,35%), quello di Oncologia ed Ematologia Pediatrica (5,86%), quello di Neurochirurgia (5,88%), e quello di Endoscopia Respiratoria (0,76%).

Nell'Area Tecnico Amministrativa si concentra il 6,08%, mentre la restante parte afferisce alle Direzioni (Generale, Sanitaria e Amministrativa), alla Funzione Formazione, a progetti finalizzati o altri organismi aziendali.

UNITA' ORGANIZZATIVA	Personale equivalente (FTE)	%
DIPARTIMENTO SPECIALISTICO INTERDISCIPLINARE	461,98	39,24%
AREA DEI SERVIZI DELLOSPEDALE	226,87	19,27%
CENTRO ECCELLENZA DI NEUROSCIENZE	74,73	6,35%
AREA TECNICO AMMINISTRATIVA	71,56	6,08%
CENTRO ECCELLENZA DI NEUROCHIRURGIA	69,23	5,88%
CENTRO ECCELLENZA ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA PEDIATRICA	69,00	5,86%
COSTI GENERALI	68,09	5,78%
AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE	52,93	4,50%
DIREZIONE SANITARIA	31,86	2,71%

DIREZIONE GENERALE	12,77	1,08%
AREA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DELLE FAMIGLIE IN OSPEDALE	10,27	0,87%
CENTRO ECCELLENZA ENDOSCOPIA RESPIRATORIA	9,00	0,76%
FUNZIONE FORMAZIONE	8,46	0,72%
PROGETTI FINALIZZATI	5,89	0,50%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	3,30	0,28%
COSTI DI STRUTTURA	1,00	0,08%
ALTRI ORGANISMI AZIENDALI	0,50	0,04%
Totale	1.177,42	100,00%

In merito alle risorse umane si ricorda che con verbale n. 3/2018 siglato con Regione Toscana è stato approvato il piano triennale 2018-2020 dei fabbisogni di personale, nel quale è stato consentito per la nostra Azienda lo sviluppo rappresentato nella tabella seguente.

Costo complessivo del Personale			
2017 (chiusura)	2018 (stima)	2019 (stima)	2020 (stima)
65.405.657,47	68.001.019,11	70.001.110,88	70.705.880,28

Si segnala che i costi incrementali del 2018 rispetto al 2017 non incidono sui vincoli di finanza pubblica in quanto rappresentano le assunzioni previste da obblighi di legge, per norma non computate, per € 89.000,84, e per la restante cifra di € 2.506.360,80, sono coperti tramite finanziamenti da Privati e/o Unione Europea.

Analogamente saranno coperti i maggiori costi relativi agli anni 2019 e 2020.

La suddetta rappresentazione è coerente con gli impegni assunti da questa Azienda e autorizzati dalla Regione Toscana tramite la sottoscrizione del Verbale n° 3 / 2018 da parte dell'Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria e sport.

2.3.3 Bilancio

Tabella 2: Consistenza patrimoniale AOU Meyer 2004 – 2015 – 2016 - 2017

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Attivo Immobilizzato	58.787.287	93.976.236	104.903.913	119.360.221	122.939.772	121.972.692	120.520.113
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	95.786.426	144.778.321	149.274.519	167.582.816	170.945.979	172.599.849	176.305.897

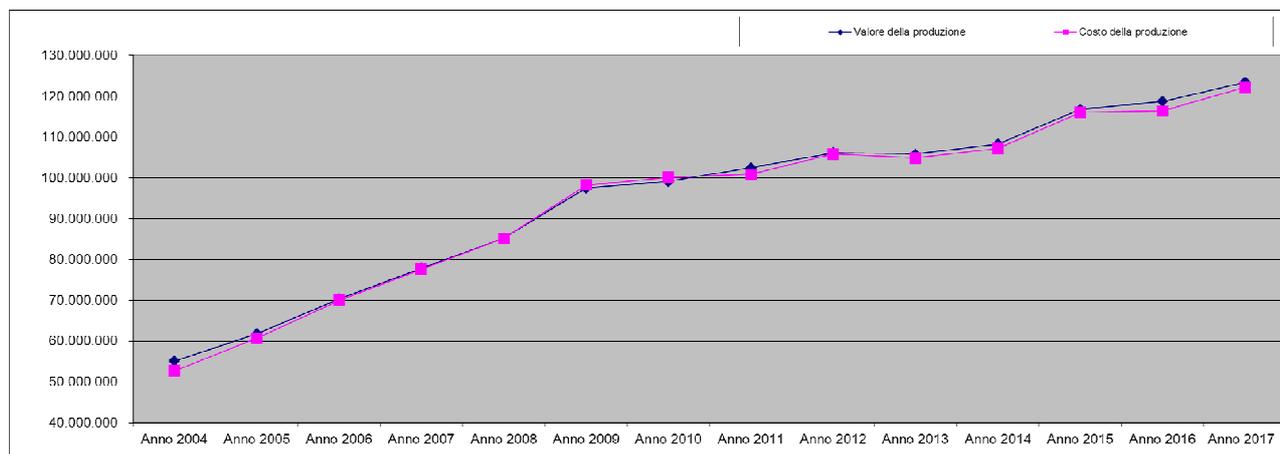
Grandezza	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Attivo Immobilizzato	117.474.738	106.846.937	104.030.793	104.228.664	101.125.186	109.045.756	107.574.623
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	173.034.265	167.782.917	249.452.502	226.592.480	232.290.279	207.122.216	207.111.531

Tabella 3: Valore e costo della produzione AOU Meyer 2004 – 2015 – 2016 - 2017

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
Valore della produzione	55.100.740	61.814.461	70.366.157	77.893.912	85.235.861	97.480.990	99.089.894
Costo della produzione	52.705.955	60.702.354	69.981.255	77.610.683	85.147.850	98.260.681	100.107.404

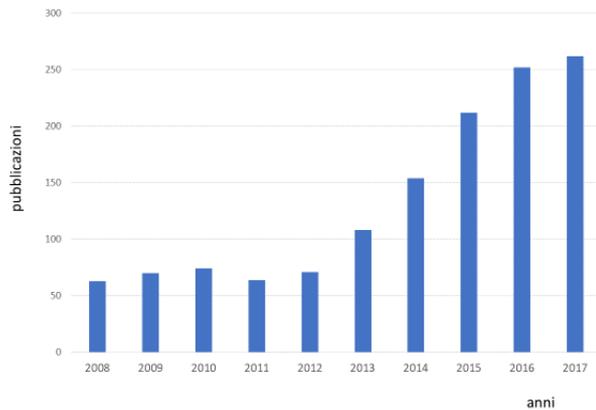
Grandezza	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Valore della produzione	102.461.016	106.144.223	105.835.601	108.299.931	116.784.789	118.758.763	125.853.731
Costo della produzione	100.856.011	105.786.529	104.910.004	107.127.328	116.047.217	116.404.093	120.311.352

Grafico 1: Andamento valore e costo della produzione AOU Meyer 2004 – 2015 – 2016 - 2017



2.4 Attività Scientifica e di Ricerca

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer pone la ricerca tra i propri obiettivi principali, proprio per l'esperienza di tutti i maggiori centri internazionali che dimostra che laddove viene realizzata la miglior ricerca viene anche effettuata attività clinica di alto livello.



Le aree di ricerca dell'AOUM sono numerose e ricoprono tutti gli ambiti di interesse clinico. La crescita dell'attività di ricerca può essere dimostrata facilmente osservando l'andamento delle pubblicazioni negli anni.

Dopo una sostanziale stazionarietà dell'attività di

ricerca fino all'anno 2013, negli ultimi 4 anni si è assistito ad un progressivo incessante incremento, come si evince dai dati che si possono ottenere da Pubmed. L'incremento dell'attività di ricerca è andato di pari passo con l'incremento dell'attività clinica.

Inoltre è importante considerare non soltanto il parametro quantitativo che ha mostrato il recente incremento, ma anche e ancor più il parametro qualitativo. Sono stati quindi valutati due parametri: la percentuale di pubblicazioni accettate nelle riviste che si trovano nel Top 10% al mondo e le pubblicazioni accettate nelle riviste che si trovano addirittura nel Top 5% al mondo. Si tratta quindi di riviste eccellenti, per impact factor e citazioni. La percentuale di pubblicazioni che vengono accettate da tali riviste è andata progressivamente aumentando nell'ultimo triennio e si posiziona ad un valore che è quasi triplo rispetto ai valori del quinquennio 2008-2012 (Fig. n.1 e Fig.n.2).

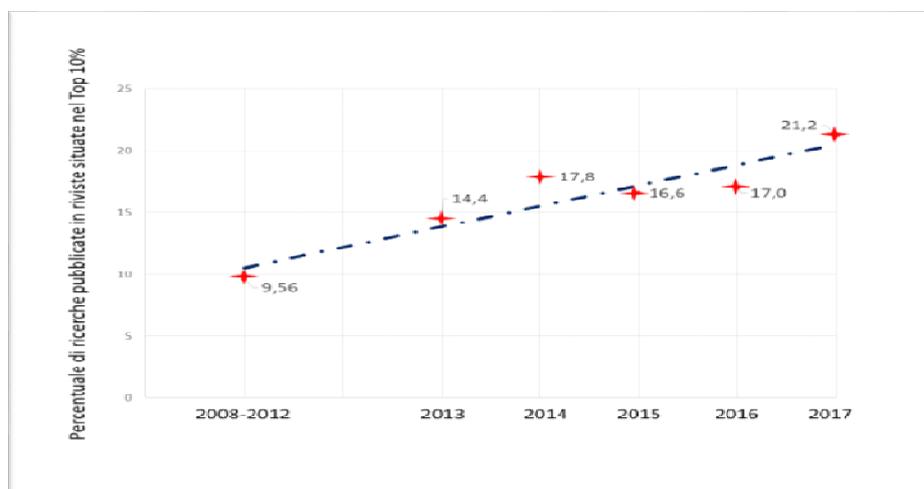


Figura 1- Pubblicazioni dell'AOUM accettate da riviste che si collocano nel 10% delle migliori riviste al mondo (Fonte dati: SCIVAL, Elsevier)

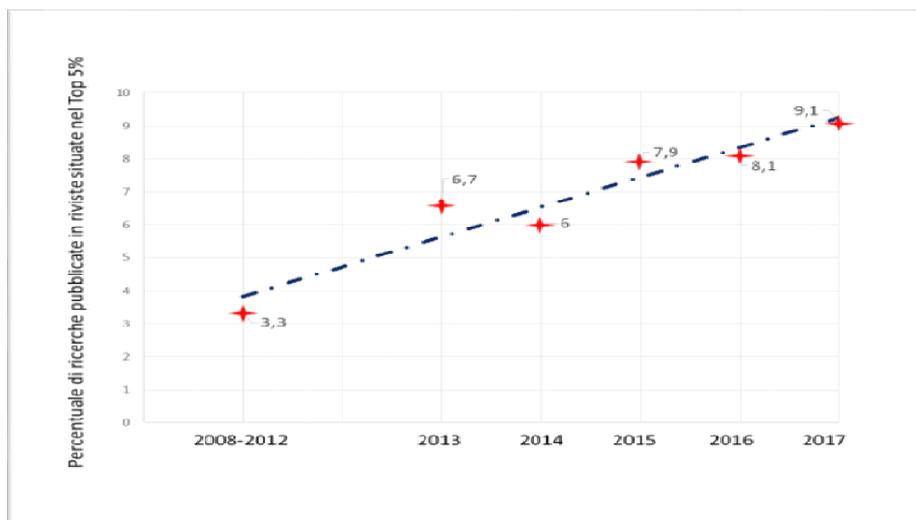


Figura 2- Pubblicazioni dell'AOUM accettate da riviste che si collocano nel 5% delle migliori riviste al mondo (Fonte dati: SCIVAL, Elsevier)

Per sostenere sempre al meglio la ricerca l'azienda ha messo in campo numerose strategie che includono:

- 1) la formazione, tramite la quale sono stati organizzati seminari di ricerca, interscambi tra personale con formazioni e specializzazioni diverse
- 2) il sostegno alla ricerca tramite l'attività del coordinamento che svolge quotidianamente attività di monitoring, di formazione sui rapporti ricerca industria, approfondimenti statistici.

Inoltre, tramite il sostegno della Fondazione, è stata offerta ai giovani più meritevoli la possibilità di passare periodi un periodo all'estero in strutture al top per la clinica e la ricerca con lo scopo di apprendere e poi di applicare nel nostro ospedale quelle tecnologie che rendono la clinica sempre più adeguata alle necessità del paziente e sempre più all'avanguardia. Questi risultati hanno contribuito all'incremento delle attività specialistiche che vengono effettuate presso il nostro ospedale e all'incremento del richiamo di pazienti sia da fuori regione che dall'estero.

2.5 Analisi di contesto

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

In tale contesto è importante perseguire la ricerca continua dell'efficienza gestionale mediante interventi di razionalizzazione degli assetti produttivi ed organizzativi per garantire elevati livelli di qualità dei servizi e di efficacia delle cure.

Il processo di programmazione aziendale è definito tenendo conto dei vincoli di natura legislativa, di carattere nazionale e regionale, così come riassunti nella tabella seguente:

Nazionale	D. Lgs n.502/1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421")
	D. Lgs n.517/1999 ("Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419")
	Patto per la salute 2010-2012 tra Stato e Regioni
	PSN 2011-2013
	L. 190/2012 ("Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.")
	D.Lgs. 33/2013 ("Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.")
	D.Lgs n.39/2013 ("Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi presso le P.A. e presso gli Enti Privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, co.49 e 50, della Legge n.190/2012)
	Patto per la salute 2014-2016
	Decreto Ministeriale n.70 del 02.04.2015 ("Regolamento recante Definizione degli Standard Qualitativi, strutturali, Tecnologici e Quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera")
	Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali
	DPR n.105 del 09.05.2016 recante il "Regolamento della disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni
	Decreto Legislativo n.97/2016, elaborato in attuazione della delega di cui all'art. 7 della Legge n.124/2015 in materia di pubblicità trasparenza e diffusione di informazione da parte della Pubblica Amministrazione, correttivo della L. 190/2012 e del D. Lgs. n.33 del 14.03.2013
	Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali
Regionale	L.R. Toscana n.55/1994 ("Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
	L.R. Toscana n.56/1994 ("Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")

L.R. Toscana n.40/2005 (“Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”)
PSR 2008-2010
L.R. Toscana n.8/2012 (“Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Legge Regione Toscana n.40/2005”)
PSR 2012-2015
Delibera GRT n.465/2012 (“Linee di indirizzo in attuazione della Legge regionale 30 dicembre 2010 n.67 in materia di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale - fasce di merito e organismi di valutazione”)
Delibera DGRT n. 754/2012 (“Approvazione azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale Toscano”)
Delibera GRT n. 2135/2012 (“Approvazione linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste per il riordino del Sistema Sanitario Regionale Toscano e relativo Piano Operativo”)
Delibera GRT n.308/2013 (“Linee di indirizzo per l’implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale”)
Delibera GRT n. 644/2014 (“Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie Toscane per farmaci e dispositivi medici per l’anno 2014”)
Delibera GRT n.48/2015 (“Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie, agli Estav, ai fini della valutazione dell’attività svolta nell’anno 2015”)
L.R. Toscana n.82/2015 (“Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla Legge di Stabilità per l’anno 2016”)
L. R. Toscana n.84/2015 (“Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla L.R. n.40/2005”)
Delibera GRT n.1069 del 02.11.2016 (“Prevenzione della Corruzione, Trasparenza ed Integrità”)
DGRT 622-2016 Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc e modifica allegato B DGR 47/2015 a partire dal 01/01/2017
DGRT 947-2016 Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016

3. Obiettivi Strategici (Triennio 2018-2020)

L'AOU Meyer ha definito il piano strategico triennale 2018-2020 in relazione agli elementi costitutivi della Mission aziendale integrati con le indicazioni programmatiche regionali (PSR triennale, Legge Regionale Toscana n. 84 del 28.12.2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla LR n. 40/2005"), le linee guida emanate dalla Regione Toscana per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie e (gli atti deliberativi regionali) le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende.

Le linee di indirizzo strategico costituiscono la riflessione di sistema che determina la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'Azienda intende perseguirli.

La pianificazione consiste nell'individuazione delle aree prioritarie di intervento e degli obiettivi strategici correlati nonché nella scomposizione di questi ultimi in obiettivi operativi di breve periodo (annuale).

Per il triennio 2018-2020, di seguito vengono riportate le principali linee strategiche aziendali che, anche attraverso il processo di budgeting 2019, saranno declinate in obiettivi operativi per ciascuna articolazione organizzativa con la definizione dei relativi indicatori e standard attesi.

3.1. Governo dell'offerta assistenziale

Come enunciato nella Mission, si conferma l'orientamento costante a rafforzare la posizione dell'Azienda nell'erogazione di prestazioni di alta specializzazione, nella capacità di attrazione extraregionale, nel miglioramento delle risposte di cura in termini di efficacia ed appropriatezza rispetto ai bisogni di salute degli assistiti.

Tale intento non può essere disgiunto da interventi rivolti sia a razionalizzare i modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni, sia a migliorare l'appropriatezza dei processi assistenziali e l'integrazione multidisciplinare.

In continuità con una tendenza avviata negli ultimi anni, l'azienda proseguirà nel proposito di:

1. aumentare l'attività di ricovero di media e alta complessità e riduzione dell'attività a bassa complessità;
2. mantenere/incrementare la capacità di attrazione extraregionale, con particolare riferimento alla casistica complessa (ad elevata complessità);
3. potenziare la linea di attività neurochirurgica e otochirurgica;

Inoltre l'impegno dell'Azienda nella continua ricerca di un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse sarà orientato in particolare:

1. alla riduzione percentuale dei day hospital con DRG di tipo medico con specifico riferimento ai ricoveri a potenziale rischio di inappropriatazza;
2. all'aumento dell'attività di day surgery;
3. al contenimento dei valori di degenza media;
4. dare massima attuazione agli strumenti di gestione operativa nell'ambito del percorso chirurgico teso alla riduzione dei tempi di attesa come previsto dalla D.G.R.T. n. 750 del 02/07/2018,
5. dare massima attuazione agli strumenti di gestione operativa del percorso ambulatoriale teso in primis alla riduzione dei tempi di attesa come previsto dalla D.G.R.T. n. 750 del 02/07/2018 e n. 1457 del 17/12/2018.

3.2 Innovazione organizzativa

Progetto "Meyer+"

Il progressivo sviluppo delle competenze cliniche e della qualità della ricerca scientifica di base e applicata dell'Azienda Ospedaliero–Universitaria Meyer, gli elevati standard assistenziali raggiunti e il ruolo di coordinamento della rete pediatrica regionale, hanno condotto l'Azienda ad acquisire nel tempo un sempre maggior rilievo determinando un importante incremento dell'attrazione extraregionale per attività di alta complessità nonché della casistica trattata

Quanto rappresentato, ha reso progressivamente evidente una serie di esigenze organizzative che si sono, in parte, concretizzate nella necessità di revisione degli spazi esistenti e, ove possibile, nella creazione di nuove volumetrie.

Ha preso quindi avvio "M più", il piano di sviluppo triennale che, attraverso un complesso di azioni strutturali, permetterà al Meyer di crescere ulteriormente, rendendo possibile la dislocazione di parte delle attività assistenziali in edifici adiacenti all'Ospedale, così da concentrare tutte le attività di cura delle patologie ad alta complessità nell'attuale struttura ospedaliera.

In questo scenario, ha preso avvio, se pur parzialmente, l'operatività del "Meyer Health Campus" (nella ex Facoltà Teologica di via Cosimo il Vecchio) con l'attivazione delle aule per la formazione e la didattica. Attualmente è in fase conclusiva la progettazione per la ristrutturazione dell'edificio che si concluderà entro il 2020.

La ristrutturazione degli spazi dell'Ospedale lasciati liberi dalle attività formative trasferite al Campus, ha quindi permesso di ampliare e migliorare le strutture dedicate alle attività sanitarie di maggiore complessità specialistica quali quelle nefrologiche con l'apertura del nuovo centro di Dialisi.

La stipula del contratto per l'utilizzo degli spazi del complesso immobiliare dell'ex clinica Villanova, conclusasi nel 2018, consentirà l'avvio dei lavori di ristrutturazione per la realizzazione del nuovo "*Parco della Salute*" che, accogliendo il reparto di Neuropsichiatria, le attività ambulatoriali e di Day Hospital medico, permetterà di passare dagli attuali 30.000 mq a 40.000 mq dedicati alla cura e all'assistenza dei piccoli pazienti.

Pronto Soccorso

L'aumento degli accessi al Pronto Soccorso, il conseguente allungamento dei tempi di attesa e la necessità di garantire appropriatezza nell'uso delle risorse, rende necessario individuare nuove strategie di risposta.

Il Pronto Soccorso dell'AOU Meyer è coinvolto nella realizzazione del nuovo modello organizzativo regionale per percorsi omogenei differenziati non solo in base alle priorità cliniche ma anche in funzione delle risorse necessarie per la gestione dei pazienti.

In considerazione che gli accessi legati a "codici minori" (codici bianchi) rappresentano una quota rilevante degli utenti che afferiscono al DEA (circa il 30%), l'attenzione è stata rivolta, in particolare, all'attivazione dei percorsi a bassa intensità come il See and Treat ed il Fast-Track.

Per quanto riguarda il See and Treat, che è un percorso gestito dall'infermiere di PS, sono stati già sviluppati una serie di protocolli medico-infermieristici condivisi ed analogamente, per l'implementazione del Fast-Track sono in corso di definizione protocolli diagnostico terapeutici per accedere a specifici percorsi specialistici (Ortopedia, Neuropsichiatria, Oculistica, Chirurgia e Otorino).

In tal modo, tale casistica potrà essere indirizzata fin dal momento della presa in carico al PS verso percorsi dedicati alla "bassa intensità determinando, come dimostra l'esperienza di altre organizzazioni sanitarie, effetti positivi sull'efficienza complessiva del PS, sui tempi di permanenza in PS e gli allontanamenti spontanei.

3.3 Qualità e sicurezza

Accreditamento

L'accreditamento costituisce un forte passo in avanti verso un sistema di governo dell'ospedale a disposizione del management per supportare una continua evoluzione gestionale, organizzativa e funzionale. Il modello toscano si è recentemente modificato con la revisione della legge regionale n.51 del 5

agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e con il successivo e conseguente regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016, che, tra le altre cose, dà impulso al processo autovalutativo da parte dei professionisti come pratica costante e fattore chiave per garantire migliori risultati ai pazienti nonché favorire la crescita culturale e professionale degli operatori.

In tale ottica, particolare importanza assume l'attività di Audit Clinico quale strumento applicativo delle dimensioni della Clinical Governance. L'audit clinico costituisce, infatti, un approccio sistemico e strutturato di valutazione delle attività e dei risultati clinico-assistenziali e come tale rappresenta una leva importante per il miglioramento della qualità delle cure complessivamente erogate.

L'accREDITAMENTO Istituzionale costituisce, per la natura dei criteri di valutazione sui quali è stata costruita l'impalcatura concettuale del sistema, un percorso efficace di avvicinamento alla Certificazione per Eccellenza da parte di Ente terzo mediante il quale l'AOU Meyer potrà confrontarsi con standard internazionali di qualità. In questa ottica l'AOU Meyer ha avviato il percorso di accreditamento con il metodo Joint Commission International (JCI). Il processo di accreditamento JCI prevede la revisione di politiche, procedure e la condivisione di percorsi di miglioramento basati su evidenze attraverso il coinvolgimento dell'intero ospedale e la partecipazione attiva di tutti i professionisti.

3.4 Bersaglio MES

In merito agli obiettivi che la regione Toscana assegna alle Aziende Sanitarie e che vengono formalizzate con atto deliberativo entro i primi mesi dell'anno di interesse, un peso preminente è rivestito dal sistema di valutazione della performance predisposto dal Laboratorio Management e Sanità (MeS). La performance complessiva aziendale viene misurata in termini sia di posizionamento rispetto ai macroindicatori presenti nel Bersaglio Mes sia di miglioramento espresso come percentuale di raggiungimento dei valori di risultato per una serie di indicatori selezionati e che sostanzialmente sono quelli che vengono inseriti nella contrattazione del budget con le Strutture Organizzative.

A questo proposito, l'interesse primario è rivolto agli indicatori che analizzano la dimensione socio-sanitaria ed in particolare gli ambiti dell'appropriatezza organizzativa medica e chirurgica, dell'efficienza, della qualità clinica, del funzionamento della fase ospedaliera del percorso dell'Emergenza – Urgenza.

Gli indicatori che vengono traslati alle Strutture organizzative per le quali sono pertinenti, prevedono un risultato atteso che è allineato con quanto richiesto nella Delibera che stabilisce gli obiettivi per la valutazione dell'attività delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale e nel successivo Decreto integrativo.

Al momento della redazione del presente Piano sono stati formalizzati gli indicatori del Bersaglio MeS per i quali viene prestabilito uno specifico valore di raggiungimento e pertanto la tabella seguente costituisce un estratto con quanto emanato in proposito nell'anno 2019 (D.G.R.T. n. 1479 del 21/12/2018 in attesa del Decreto attuativo).

CATEGORIA PER DELIBERA	FONTE	CODICE	INDICATORE	AOU	AOUM	SOGLIA INDICATIVA
TEMPI DI ATTESA	NSG	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	x	x	95%
TEMPI DI ATTESA	NSG	D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	x	x	90%
TEMPI DI ATTESA	REGIONE		Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità U in rapporto al totale di prestazioni di classe U. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	x	x	95%
RICERCA	MES/RT	B15.1.1	Field weighted citation impact (FWCI) per dirigenti	x	x	valutazione >3
RICERCA	MES/RT	B15.2.1	% di dirigenti medici produttivi	x	x	valutazione >3
RICERCA	MES/RT	B15.5	Sperimentazione clinica	x	x	valutazione >3
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	x	x	40
INDICATORI DI SISTEMA	GRIGLIA LEA	13	13. Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	x	x	5,77
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	x	x	<15%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.	x	x	<=2
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	x	x	40 per milione
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	x	x	80 per milione
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	x	x	>=65%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.	x	x	< valore 2018
INDICATORI DI SISTEMA	MES/RT		Programmazione formazione ECM	x	x	> 3
INDICATORI DI SISTEMA	LEA		Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate (elenco errori da note questionario LEA)	x	x	<=1,2
INDICATORI DI SISTEMA	MES		Estensione ed adesione PREMs	x	x	valutazione >3
FINE VITA	NSG	D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	x	x	<25%
FINE VITA	GRIGLIA LEA	11	11. Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	x	x	1,08
FINE VITA	MES	C28.2	Percentuale di ricoveri hospice con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg	x	x	valutazione >3
FARMACEUTICA	NSG	D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	x	x	16,5 ddd per 1000 abitanti die
FARMACEUTICA	GRIGLIA LEA	12	12. Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	x	x	> 85%
FARMACEUTICA	MES		Spesa farmaceutica	x	x	valutazione >3

3.5 Rete Pediatrica

L'art. 33 bis della Legge Regionale n. 40/2005, così come modificata dalla Legge Regionale n. 84/2015, attribuisce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer le funzioni di riorganizzazione e di coordinamento operativo della Rete Pediatrica Regionale, di concerto con i direttori generali delle aziende sanitarie ed i direttori per la programmazione di area vasta.

Il nuovo modello di Rete Pediatrica Regionale si pone l'obiettivo di fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio regionale ed in particolare è rivolto a favorire la cooperazione tra i professionisti pediatrici ospedalieri ed i pediatri di famiglia nell'assicurare percorsi clinico assistenziali integrati, ottimizzando il raccordo ospedale-territorio, oltre a elaborare programmi sul miglioramento dell'assistenza, la promozione della formazione e della ricerca.

La Delibera GRT n. 707/2016, relativa alla riorganizzazione della Rete Pediatrica Regionale ai sensi della L.R. n. 84/2015, richiede la costituzione di Reti Cliniche Specialistiche pediatriche ad hoc per alcuni ambiti a maggiore complessità organizzativa, con il compito di coordinare i percorsi tra erogatori diversi per garantire accessibilità, omogeneità e continuità della risposta nei confronti delle diverse richieste assistenziali.

Come indicato dalla suddetta DGRT, sono state attivate in prima applicazione le tre seguenti Reti Cliniche Specialistiche:

- ❖ Emergenza, nel novembre 2016
- ❖ Neonatologia, nel gennaio 2017;
- ❖ Oncoematologia, nel maggio 2017.

La Delibera suddetta prevede inoltre la possibilità di istituire reti di patologia identificate rispetto a specifici percorsi assistenziali ad alta complessità, alto costo, alto volume ed elevato grado di coordinamento tra le diverse tipologie di Servizi. Per tale motivo, sono stati attivati ulteriori gruppi di lavoro, inerenti rispettivamente:

- ❖ Cure palliative, nell'aprile 2017;
- ❖ Attività chirurgica in età pediatrica, nel novembre 2017;
- ❖ Pazienti con condizioni cronico-complesse, nel novembre 2017;
- ❖ Diabete, in coordinamento col gruppo per i pazienti cronico-complessi, nel maggio 2018;
- ❖ Fibrosi cistica, in coordinamento col gruppo per i pazienti cronico-complessi, nel giugno 2018.

In continuità con quanto realizzato nel 2017 e coerentemente con quanto richiesto dalla DGRT 669/2018, l'attività della Rete Clinica dell'Emergenza nel 2018, si è concentrata sulla individuazione delle competenze pediatriche e degli standard assistenziali nel sistema dell'emergenza pediatrica ospedaliera, producendo un documento ("Competenze pediatriche/standard assistenziali nel sistema dell'emergenza pediatrica ospedaliera") approvato dal Comitato Strategico della Rete e sottoposto all'attenzione della Regione in data 19.09.2018. Rispetto a questo, saranno ulteriormente definiti i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per patologia, per definire i flussi dei pazienti in emergenza attraverso i nodi della Rete, per garantirne una presa in carico efficace, tempestiva, e in sicurezza su tutto il territorio regionale.

La Rete Neonatologica ha sviluppato una proposta di ridefinizione dei livelli assistenziali dei Punti nascita e riorganizzazione, in una prospettiva regionale, del Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM).

La Rete Clinica dell'Oncoematologia ha definito il proprio modello organizzativo, descrivendone i nodi coi relativi requisiti, funzioni, attività e modalità di interrelazione. Tale documento, approvato da tutti gli organi di governance della Rete Pediatrica, è stato sottoposto all'attenzione della Regione in data 19.09.2018.

Il gruppo di lavoro sulle cure palliative pediatriche ha lavorato alla organizzazione della relativa rete regionale, arrivando a condividere un modello con le specifiche modalità di funzionamento, che è stato approvato dal Comitato Strategico della Rete. La Regione, tramite la DGRT 980 del 03.09.2018, ha preso atto di tale documento, recependo così il modello organizzativo definito per la rete delle cure palliative pediatriche.

Attualmente il gruppo sulle cure palliative si sta occupando della stesura di protocolli e procedure per la gestione e presa in cura palliativa dei minori, da condividere a livello regionale.

L'ambito assistenziale dell'attività chirurgica in età pediatrica è in corso di riorganizzazione ai sensi della normativa vigente nazionale e delle linee di indirizzo internazionali, richiedendo il lavoro congiunto di chirurghi, anestesisti e pediatri per individuare nodi e livelli assistenziali della Rete e definire standard di cura e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

Il gruppo per i pazienti cronico-complessi ha prodotto un pool di documenti volti ad essere adottati in tutta la regione come procedure e modelli per l'handover dei relativi pazienti, per lo svolgimento delle unità valutative multidimensionali e per la stesura dei piani assistenziali integrati.

Coordinati a questi, gli specialisti regionali nel campo della fibrosi cistica hanno individuato nodi, ruoli e ambiti della rete diagnostico-terapeutico-assistenziale per le persone affette da tale patologia complessa, sviluppando il "Modello organizzativo della Rete regionale per la fibrosi cistica", documento approvato dal Comitato Strategico della Rete Pediatrica Regionale e trasmesso al settore regionale competente.

Il gruppo di lavoro sul diabete in età pediatrica ha condotto una dettagliata analisi delle strutture, funzioni e attività presenti in Toscana volte all'assistenza dei giovani pazienti diabetici, come studio preliminare per l'avvio delle attività del tavolo.

Trasversale a tutte le attività della Rete, è necessario lo sviluppo del sistema di teleconsulto: infatti l'operatività regionale, interaziendale e multidisciplinare richiedono nuove ed efficaci modalità di condivisione di conoscenze, competenze e informazioni capaci di supportare l'attività clinica, permettendo inoltre il consolidamento e affiatamento dei gruppi di lavoro della Rete già attivi nei diversi ambiti. Lo sviluppo delle tecnologie informatiche, grazie ad un vero e proprio piano digitale, può rappresentare lo strumento che supporta e consente la realizzazione della rete: teleconsulto, telerefertazione,

teleconsulenza e telemedicina contribuiscono a permettere un vero funzionamento integrato dei Servizi regionali, a indirizzare i pazienti attraverso i percorsi più appropriati, a facilitare il collegamento tra professionisti dei vari nodi della rete e quindi a favorire l'assistenza in prossimità del luogo di vita del paziente e della sua famiglia, realizzando un obiettivo primario della Rete pediatrica regionale. Proprio in Toscana, a partire dal novembre 2017, è stato realizzato il primo teleconsulto pediatrico in Italia, tra la Radiologia dell'Ospedale pediatrico regionale e le Unità operative di Radiologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia di un ospedale dell'Azienda USL Toscana Centro. Il progetto, nei prossimi anni, prevede un'estensione nell'ottica delle Rete Pediatrica, per consentire lo scambio per via informatica di materiale clinico e soprattutto di immagini tra i professionisti di diversi ospedali.

3.6 Sviluppo ICT

Cartella clinica pediatrica elettronica

Il progetto di realizzazione della Cartella Clinica Pediatrica Elettronica (CPE) costituisce un ambito fondamentale di sviluppo delle tecnologie informatiche aziendali con effetti rilevanti sull'attività clinico-assistenziale.

La CPE rappresenta uno strumento di semplificazione per la gestione strutturata dei dati relativi al percorso di cura e di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare. L'uso della CPE inoltre consente di supportare le pratiche di sicurezza, gestione del rischio clinico e qualità e offre una formidabile opportunità per studi e ricerche, consentendo di raccogliere e correlare una grande quantità di informazioni.

Nell'anno 2018 si è conclusa l'estensione della CPE in tutte le aree di degenza ordinaria, è stata introdotta nelle aree di degenza diurna (DH medico centralizzato e Day Surgery centralizzata) ed è iniziata l'implementazione in alcuni settori ambulatoriali.

In continuità con l'anno 2018, proseguirà la realizzazione delle attività programmate con lo sviluppo della CPE in area critica (TIN e Rianimazione), l'estensione all'intera area ambulatoriale e lo sviluppo della cartella anestesiologicala e di sala operatoria per completare l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico.

3.7 Innovazione Tecnologica

L'AOU Meyer prevede una serie di acquisizioni tecnologiche che supporteranno un marcato sviluppo di alcune specialità mediche e chirurgiche, consentendo la possibilità di offrire ai pazienti maggiori possibilità diagnostiche ed assistenziali aumentando nel contempo la sicurezza per pazienti ed operatori. La previsione

di sviluppo tecnologico dell'ospedale è il frutto di un'attenta pianificazione degli investimenti basata sia sulla richiesta di innovazione per soddisfare le necessità della popolazione pediatrica sia sul governo dei processi che non dimentica un attento controllo della spesa-

Di seguito vengono elencate le innovazioni tecnologiche più rilevanti.

Diagnostica per immagini

Nell'area della Diagnostica per immagini sono previste nuove acquisizioni tecnologiche che arricchiranno in modo diretto ed indiretto tutte le specialità mediche e chirurgiche; in modo particolare sono stati programmati:

- gli aggiornamenti della Risonanza Magnetica 1.5T e della Risonanza Magnetica 3,0T che consentiranno l'esecuzione di esami con tutte le modalità di scansione oggi utilizzabili, con particolare attenzione sia agli ambiti neurologico e cardiaco, che alle fasce di età;
- l'acquisizione di un nuovo Tomografo Computerizzato multistrato che, sfruttando le nuove possibilità meccaniche ed elettroniche oggi a disposizione, consentirà l'esecuzione di esami approfonditi o con alta qualità delle immagini realizzate in pochissimi secondi riducendo, nel contempo, anche del 70% la dose di radiazioni emesse;
- implementazione del sistema di imaging e telecomunicazione, per consentire un supporto alle strutture sanitarie dell'intera regione ("teleconsulto") nel caso che pazienti pediatrici ricorrano alle cure in centri di primo e secondo livello.

Area Laboratori

L'area dei laboratori, sia dei laboratori specialistici che del laboratorio generale, rappresenta un altro settore d'intervento in cui nel prossimo triennio verranno introdotte importanti innovazioni tecnologiche.

Nei laboratori di genetica e neurogenetica nell'anno 2018 è stato effettuato un importante aggiornamento tecnologico delle apparecchiature di sequenziamento del DNA con tecniche di NGS (Next Generation Sequencing, sequenziamento ad alta processazione), per permettere un numero annuo maggiore di sequenziamenti al fine di fornire risposte più rapide al crescente numero di pazienti che si rivolgono alle nostre strutture.

Il laboratorio di ricerca oncoematologica, attivato nel corso del 2018, nei prossimi anni sarà progressivamente potenziato con l'acquisizione di apparecchiature di laboratorio innovative che favoriranno una rapida applicazione terapeutica dei risultati della ricerca di base e clinica.

Nel prossimo triennio sarà attivato un laboratorio di Terapia cellulare avanzata, che verrà dotato di numerose tecnologie (citofluorimetro, sorter, analizzatori di immunochimica) che permetteranno lo svolgimento dell'attività di terapia cellulare e dare così pieno sviluppo anche alla Cell Factory .

L'area laboratoristica beneficerà infine di importanti acquisizioni anche nel settore del laboratorio generale: verranno introdotte nuove apparecchiature che renderanno possibile la realizzazione del cosiddetto CORELAB, un complesso sistema di apparecchiature che permetterà la gestione automatizzata completa di tutti i campioni in ingresso in laboratorio, ottimizzando i tempi di risposta e diminuendo il rischio biologico per gli operatori.

Farmacia

Anche la Farmacia Ospedaliera, punto nevralgico e di particolare importanza nei processi clinico assistenziali dell'ospedale sarà interessata da alcuni interventi di innovazione tecnologica che permetteranno:

- la realizzazione di nuovi laboratori per la preparazione di farmaci chemioterapici e per la preparazione di sacche di nutrizione parenterale.
- la realizzazione di un nuovo laboratorio per la preparazione di farmaci galenici in sterilità;

3.8 Mantenimento dell'equilibrio economico

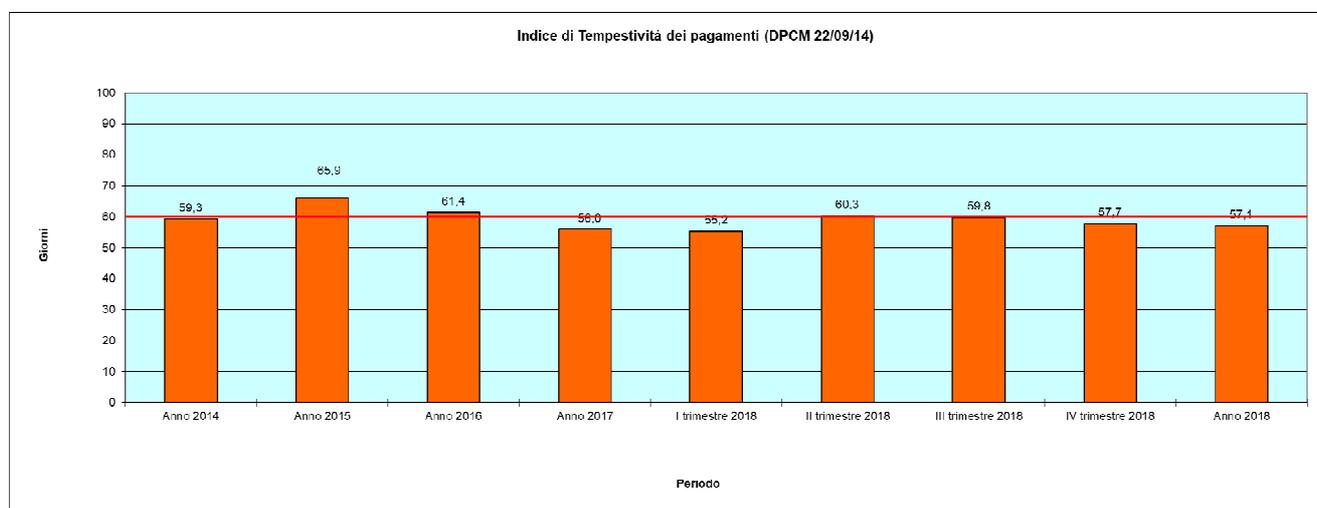
Si richiama inoltre il costante equilibrio finanziario, nonché economico, che ha caratterizzato la situazione bilancistica della A.O.U. Meyer negli anni; infatti, le trasformazioni che si sono susseguite nel lungo percorso esaminato hanno inciso fortemente nei bilanci di esercizio dando luogo al continuo incremento delle poste iscritte nei documenti contabili senza alterare il mantenimento costante dell'equilibrio che si è realizzato se pur in presenza di elementi talvolta non privi di criticità ma sempre adeguatamente gestiti.

1. La Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015) ai commi 524, 526, 528, 529, 530 dell'articolo 1 ha imposto l'obbligo per le Regioni di dichiarare in "Piano di Rientro" le Aziende Ospedaliere, che non rispettano determinati parametri (principalmente desunti dal Modello CE Consuntivo 2016).
2. Per la determinazione delle condizioni economiche che definiscono se una Azienda Ospedaliera sia o meno in piano di rientro è stato emanato il successivo decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze del 21/06/2016.
3. Tale normativa è stata ulteriormente modificata dalla Legge di Bilancio 2017 (Legge n. 232 del 11/12/2016, co. 390) che ha reso ancora più stringenti i parametri per la definizione delle Aziende da assoggettare a piano di rientro.

4. La nostra Azienda rispetta tutti e tre i parametri (due economici ed uno di produzione) per cui non è soggetta ai piani di rientro, come dichiarato da Regione Toscana con D.G.R.T. n. 710 del 26/06/2017.

In riferimento alla solidità economica e finanziaria della nostra Azienda, si riporta di seguito l'andamento dell'indice di tempestività dei pagamenti come definito dal DPCM 22/09/2014. Tale indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.

Pertanto l'eventuale valore negativo equivale ad un anticipo rispetto ai 60 giorni previsti dall'art. 4 D.Lgs. 231/2002.



3.9 Attuazione Politiche sulla Trasparenza ed Anticorruzione

Con il presente Piano della performance ed in considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e ss.mm.ii, si rende necessario un collegamento ed un coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza in vigore (PTPCT). Quadro normativo che intende la corruzione nella sua accezione più ampia di "maladministration" ed ha come obiettivi strategici quelli di creare un contesto sfavorevole alla corruzione, di aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Obiettivi che si concretizzano in azioni e misure obbligatorie per l'Azienda e che riguardano i seguenti ambiti: rischio corruzione; adempimenti trasparenza e accesso civico; codice di comportamento; rotazione del personale; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione; utilizzo di protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse; azioni di sensibilizzazione con la società civile; azioni di monitoraggio e di verifica sui tempi procedurali e dei rapporti con i terzi.

In questo contesto, nel PTPCT 2017 – 2019 aziendale, con particolare riferimento alle aree tecnico-amministrative e di staff, sono stati individuati gli obiettivi, le strutture ed i responsabili sia nell'area della "gestione del rischio corruzione" per le attività mappate e trattate che nell'area di "amministrazione trasparente" per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati.

Obiettivo del Piano della performance per il triennio è quello di sviluppare l'integrazione tra i due strumenti sia nelle fasi di analisi, di progettazione, di monitoraggio e rendicontazione.

4. Il Ciclo di Gestione della Performance (Sistema di Misurazione e Valutazione)

4.1 Quadro Normativo

Il decreto legislativo n. 150/2009 di “Attuazione della legge n. 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” prevede l’applicazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni di un sistema che, comprendendo la definizione e assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio, la successiva misurazione e valutazione, sia collegabile all’utilizzo dei sistemi premianti ed alla rendicontazione dei risultati.

Tali principi sono ribaditi e sviluppati nella recente integrazione normativa dettata dal D. Lgs. n. 74 del 25.05.2017, che estende il rilievo del sistema rispetto al riconoscimento di progressioni economiche ed al conferimento di incarichi di responsabilità e dirigenziali.

La Giunta Regionale Toscana ai fini della definizione del sistema di misurazione e valutazione aziendale ha fornito puntuali indicazioni con l’adozione delle seguenti deliberazioni:

- n. 465/2012 che definisce le linee di indirizzo in materia di valutazione del personale del SSR, con specifico riferimento alle fasce di merito ed al funzionamento dell’Organismo Indipendente di Valutazione;
- n. 308/2013 che fissa le linee guida in materia di valutazione del personale del SSR;

L’AOU Meyer si affida agli atti richiamati per la definizione Sistema di misurazione e valutazione della performance al fine di garantire omogeneità di contenuti e univocità di direzione, previo parere vincolante dell’Organismo Indipendente di Valutazione e con aggiornamento annuale ove necessario.

Misurare le performance costituisce, infatti, un elemento indispensabile per ottenere risultati complessivi delle aziende sanitarie in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell’utenza e di economicità di gestione, in linea anche con il contenuto della L.R.T. n. 40/2005.

Coerentemente con le direttive regionali l’AOU Meyer struttura il sistema di valutazione su tre livelli:

- prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (negoiazione di budget);
- prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali;
- comportamenti e competenze organizzative, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa all’interno di una organizzazione.

4.2 Finalità

La valutazione permette di aggiungere valore al processo di gestione del personale connotandolo per trasparenza ed equità; risulta strumento di crescita professionale, di sviluppo costante delle competenze di

ciascuna persona del sistema stesso, chiave di incontro tra il raggiungimento degli obiettivi aziendali ed il riconoscimento del contributo di ogni operatore.

L'AOU Meyer si propone di trasformare la valutazione in opportunità, al fine di rendere i propri dipendenti ulteriormente responsabilizzati, consapevoli circa il proprio ruolo e per creare, a partire da tale processo, le condizioni per una loro crescita professionale.

Prerequisito per il realizzarsi di tale risultato è lo sviluppo di una cultura di valutazione: si pone, infatti, la necessità di stimolare un diffuso approccio di lavoro che inviti ad una costante riflessione sulle proprie performance, su quelle del proprio gruppo e dell'Azienda nel suo insieme ed a trovare soluzioni nuove quando i modelli in uso non offrono più risposte adeguate alle domande emergenti.

Il momento della valutazione deve anche contribuire a rendere visibile il contributo del singolo al perseguimento della mission della struttura, rafforzando parallelamente il valore del lavoro di squadra e la visibilità dell'importanza del proprio lavoro, come conseguenze sulla stessa motivazione. Tale processo deve prevedere momenti di confronto tra valutazione e valutato, per rendere esplicite le aspettative del valutatore nei confronti del collaboratore, per migliorare la chiarezza circa gli obiettivi assegnati evitando eventuali incomprensioni. Conoscere gli obiettivi assegnati permette inoltre alla persona di riflettere circa il senso di autoefficacia e sull'adeguatezza di quanto atteso dal proprio responsabile, ponendolo in relazione a quelle che ritiene essere le proprie reali capacità di rispondervi adeguatamente.

L'AOU Meyer riconosce pertanto alla valutazione così intesa un ruolo strategico: essa deve essere utilizzata, con altri strumenti di orientamento e di verifica, per guidare l'evoluzione organizzativa e per garantire una gestione delle risorse umane che contribuisce al miglioramento costante della qualità dei servizi offerti grazie ad una crescita delle competenze professionali.

4.3 Percorso

Viene ora descritto il percorso di valutazione su base annua della performance organizzativa ed individuale volta all'erogazione dei compensi previsti dal sistema premiante e utile per la valutazione finale alla scadenza degli incarichi attribuiti in quanto permette di considerare l'intero percorso valutativo del dipendente.

Inoltre, al fine di garantire la massima partecipazione, trasparenza e adesione al Sistema di Valutazione, essendo questo volto alla crescita dell'Azienda, oltre che allo sviluppo delle competenze delle risorse umane, l'AOU Meyer si impegna a progettare appositi interventi formativi periodici, finalizzati a consolidare i percorsi di sviluppo, la cultura dei risultati e l'efficacia del Sistema stesso, anche a fronte dei processi di miglioramento, adeguamento e aggiornamento che verranno attivati nel tempo.

4.3.1 Destinatari

La valutazione svolta dall'AOU Meyer è rivolta a tutto il personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato, compreso il personale universitario in afferenza assistenziale, la cui prestazione copra il periodo di riferimento per un tempo minimo di nove mesi, e si differenzia in relazione alla posizione di autonomia e responsabilità:

- Direttore di Dipartimento Specialistico Interdisciplinare;
- Direttore di Centro di Eccellenza;
- Coordinatore di Area;
- Responsabile struttura organizzativa complessa (SOC);
- Responsabile struttura organizzativa semplice (SOSA – SOS);
- Dirigente;
- Responsabile di Ufficio;
- Posizione organizzativa;
- Titolare di Coordinamento;
- Personale del Comparto con qualifica DS e D;
- Personale del Comparto con qualifica C, BS, B e A.

4.3.2 Ciclo della Performance

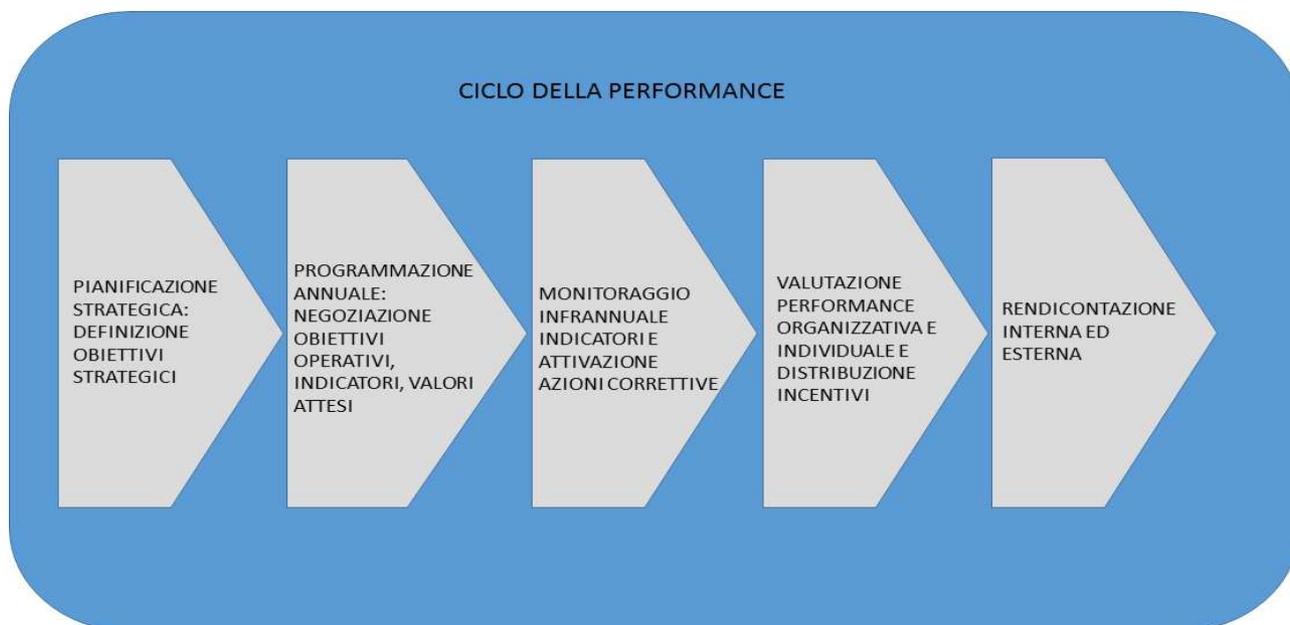
A livello normativo il ciclo aziendale della performance organizzativa ed individuale inizia con l'approvazione di un Piano della Performance con il quale vengono definiti e negoziati degli obiettivi strategici ed operativi che devono raggiungere le singole strutture. Tale circostanza viene valutata attraverso indicatori e valori attesi. Inoltre con il Piano vengono definiti ed assegnati ai singoli professionisti degli obiettivi individuali da raggiungere.

In corso di anno sono previsti monitoraggi della performance che riguardano sia il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi sia degli obiettivi individuali. Conseguentemente a tale analisi possono essere messe a punto azioni correttive.

Alla fine dell'anno o all'inizio dell'anno successivo a quello del periodo di riferimento avviene la Valutazione della performance organizzativa che riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle

single strutture e la Valutazione della performance individuale rivolta ai singoli professionisti, a cui segue la distribuzione degli incentivi/risultato

Le varie fasi del Ciclo possono così delinearasi:



4.3.2.1 Percorso di budget e valutazione della performance organizzativa

In ambito operativo, il Ciclo di gestione della performance prevede tre fasi: la fase di **programmazione**, quella di **monitoraggio** intermedio durante l'anno e quella di **valutazione finale**.

La programmazione sanitaria regionale, le linee guida emanate della Regione Toscana per la redazione dei Bilanci delle Aziende Sanitarie, le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende definiscono la fase di programmazione.

All'AOU Meyer la Direzione aziendale definisce quindi le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono messe in pratica tramite il processo di budget. In tale ambito avviene la negoziazione con i direttori di Dipartimento, dei Centri di Eccellenza e con i Responsabili delle SOC e delle SOSA delle schede di budget e degli obiettivi che devono essere raggiunti dalle strutture stesse, con relativi indicatori e valori attesi. Questa fase termina con la sottoscrizione delle schede di budget da parte dei suddetti Dirigenti.

Successivamente, con cadenza mensile e trimestrale, avviene il monitoraggio intermedio con la misurazione della performance attraverso l'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi evidenziando eventuali scostamenti ed indicando azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno; l'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi è svolta al fine di evidenziarne le cause e per poter mettere a punto azioni utili alla loro risoluzione. Comunque, tali azioni

potranno essere intraprese se le cause sono interne. In altro caso si provvederà a rinegoziare gli obiettivi stessi.

All'inizio dell'anno successivo a quello di riferimento, si avvia infine il processo di **valutazione della performance** organizzativa aziendale nel suo complesso e a livello di singola struttura (**verifica budget**).

La valutazione della performance organizzativa dell'azienda è effettuata dalla Regione Toscana che misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati 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.

Per la valutazione finale delle performance, la Regione elabora il valore dei diversi indicatori posizionandoli in 5 fasce: performance ottima (fascia verde scura del bersaglio), performance buona (fascia verde chiaro), performance media (fascia gialla), performance da migliorare (fascia arancione e rossa). L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri indicatori collocati nelle fasce centrali verdi del bersaglio; se gli indicatori compaiono invece nelle fasce più lontane dal centro (gialle, arancioni, rosse) ci sono ampi margini di miglioramento.

La **valutazione della performance organizzativa delle singole strutture** inizia quando il Controllo di Gestione ed il Sistema Informativo provvedono a:

- Elaborare e normalizzare i dati di consuntivo dell'anno di riferimento sintetizzandoli nei report per singola struttura organizzativa;
- Predisporre la scheda di rendicontazione degli obiettivi di confronto tra dati di consuntivo ed obiettivi di budget, per ciascun indicatore definito in sede di negoziazione.

Tali schede vengono trasmesse ai Responsabili di struttura (e per conoscenza al Direttore di Dipartimento o Centro di Eccellenza) al fine di predisporre una relazione che motivi gli scostamenti rilevanti da sottoporre a valutazione del Direttore del Dipartimento o Centro di Eccellenza. Quest'ultimo prende in esame gli scostamenti motivati dai Responsabili di struttura e procede ad una valutazione degli scostamenti e predisporre una relazione da sottoporre alla Direzione Generale che analizza singolarmente i risultati di ogni singola struttura organizzativa, convocando eventualmente i responsabili di situazioni che presentano aspetti di criticità, per chiarimenti e/o approfondimenti.

Tutte le risultanze del processo di valutazione sono fornite all'Organismo Indipendente di Valutazione che, infine, procede, sulla base degli elementi conoscitivi acquisiti, alla validazione complessiva del processo di valutazione esprimendosi anche su specifiche situazioni dubbie o critiche su richiesta del valutato.

L'intero processo sopra riepilogato in sintesi è descritto puntualmente nel Documento Aziendale redatto dalla SOS Risorse Economiche e Finanziarie che detta le Linee Guida per la Contrattazione di Budget.

4.3.2.2 Valutazione della performance individuale e le sue fasi

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

- favorire la crescita professionale attraverso l'individuazione dei propri punti di forza o di debolezza;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- correlare l'erogazione di compensi economici all'effettiva prestazione ed al miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi;
- contribuire alla realizzazione della mission aziendale.

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

- **la prestazione individuale**, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o d'équipe;
- **i comportamenti e le competenze organizzative**, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa all'interno dell'Azienda; per ciascuna sono definiti criteri e indicatori.

Il Sistema prevede:

- la valutazione da parte del superiore gerarchico;
- l'eventuale attivazione di procedure di conciliazione (vedi paragrafo 4.5).

4.3.2.3 Elencazione metodologica per l'applicazione dell'istituto

Conclusa la fase di negoziazione di budget il responsabile attribuisce ai dipendenti assegnati obiettivi individuali coerentemente con quelli della struttura di appartenenza, tenendo conto delle attività di ciascuno, delle diverse competenze, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti e dei livelli di responsabilità, utilizzando criteri di omogeneità. Gli obiettivi individuali sono derivati, ove possibile, dal percorso di budget.

La formale assegnazione degli obiettivi avviene tramite apposite schede allegate al presente documento, il cui format è predisposto dalla SOS Politiche e Sviluppo Risorse Umane.

Tali schede sintetizzano gli obiettivi che ciascun dipendente deve realizzare nel periodo di riferimento per i vari livelli di valutazione (organizzativa, individuale - comportamenti competenze, prestazione individuale o d'équipe).

I contenuti della scheda sono illustrati al valutato tramite un colloquio di condivisione. In tale occasione il responsabile definisce e condivide gli obiettivi individuali oggetto di valutazione. La scheda deve essere sottoscritta da parte del valutato.

Nella fase di valutazione della performance individuale infine il responsabile (valutatore), compilando le schede nelle parti di competenza, formulerà a consuntivo un giudizio secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi (Non adeguato, Migliorabile, Adeguato, Buono, Ottimo) ai quali corrispondono differenziati giudizi sintetici valorizzati. Ciò avviene durante il colloquio conclusivo di valutazione. La scheda con i relativi giudizi dovrà essere sottoscritta dal valutatore e dal valutato.

Questa fase del processo è utile al valutato per prendere coscienza dei propri punti di forza e degli eventuali ambiti di miglioramento.

Tutto il processo valutativo individuale deve essere ispirato alla massima trasparenza e chiarezza.

4.3.2.4 Indicazioni operative in relazione a situazioni particolari

A fronte di situazioni particolari che possono verificarsi nel periodo di riferimento della Valutazione, si definiscono i seguenti principi:

- qualora il dipendente presti la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui lo stesso ha prestato l'attività prevalente in termini temporali. Per quanto necessario dovrà essere garantita la collaborazione degli altri Responsabili coinvolti;
- se la responsabilità di una struttura è stata assegnata a diversi soggetti, il valutato sarà esposto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31 dicembre dell'anno a cui si riferisce la valutazione in accordo con il precedente responsabile o, a seconda dei casi, alla data in cui si svolge la valutazione;
- nel caso di doppia funzione deve essere utilizzata la scheda relativa al ruolo più alto. Per es. nel caso in cui personale con incarico di posizione organizzativa ricopra anche ruolo di coordinamento, tale personale sarà valutato per il ruolo di PO;
- se il valutato non si presenta al colloquio di valutazione, oppure non firma, la valutazione sarà effettuata di default dal valutatore che annoterà nell'apposito spazio (commenti del valutatore) il fatto

di aver proceduto alla valutazione senza la presenza del valutato oppure che il valutato non ha firmato la valutazione anche se presente al colloquio;

- se il dipendente è assente durante il periodo indicato dalla Direzione per la valutazione, il valutatore procederà ad effettuare la valutazione senza la presenza del dipendente indicando nella sezione “commenti del valutatore” che la valutazione è stata effettuata unilateralmente data l’assenza del dipendente. Il valutatore procederà comunque all’invio della scheda al dipendente tramite e-mail aziendale;
- se si verificano casi particolari (assenza prolungata, durata del rapporto di lavoro breve rispetto all’annualità di riferimento, part-time con alta percentuale) il valutatore potrà riferirsi all’Ufficio Sviluppo Risorse Umane;
- qualora il dipendente sia affetto da grave disabilità fisica o psichica deve essere valutato utilizzando mediante parametrizzazione delle capacità e dei comportamenti;
- qualora il valutato ne faccia richiesta è possibile consegnare copia della scheda di valutazione;
- i risultati della valutazione sono personali e non possono essere diffusi a dipendente diverso dal valutato che faccia istanza per avere copia.

Nel rispetto delle norme sulla riservatezza degli atti di valutazione, alla conclusione dell’intero processo, le schede completate con le valutazioni sono trasmesse l’Ufficio Sviluppo Risorse Umane (risorseumane@meyer.it), nella duplice modalità, una in formato excel e l’altra scansionata per visione delle sottoscrizioni.

L’Ufficio provvederà successivamente ad inserire – su indicazione dell’Ufficio Controllo di Gestione – il dato relativo alle performance di struttura rappresentato dal grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Il processo si conclude quando l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) valida la Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La certificazione dell’OIV garantisce la correttezza dell’intero processo di misurazione e valutazione.

4.4 Effetti della valutazione

In armonia con la DGRT 308/2013 l’Azienda procede alla valutazione dei tre livelli di performance, con le seguenti pesature:

- obiettivi di budget assegnati alla struttura di appartenenza: 60% Dirigenza – 80% Comparto;

- performance legate al raggiungimento di obiettivi individuali assegnati dal responsabile di struttura: 20% Dirigenza – 10% Comparto;
- performance individuali ottenute da comportamenti e competenze professionali: 20% Dirigenza - 10% Comparto.

La valutazione della performance è necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva.

Fermo restando il rispetto dei CCCCNLL delle rispettive Aree, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance si ricollega, ai fini del sistema premiante, alle indicazioni definite negli Accordi integrativi vigenti.

Con riferimento alle fasce di merito, definite con DRGT n. 465/2012, il personale viene collocato in base ai risultati del sistema di valutazione sia di struttura che individuale, nel seguente modo:

Fasce di merito per tipologia di obiettivi	Quota % per fasce	
Fasce di merito obiettivi di struttura e individuale*	Risultato	Attribuzione
A	90-100	100
B	75-89	80
C	60-74	60
D	>50-59	50
*Non si eroga la quota se risultati inferiori o uguali al 50%		

Fasce di merito e valutazione competenze*	Risultato	Attribuzione
A	Da > 8 a 10	100
B	Da > 6 a 8	80
C	Da > 4 a 6	60
D	Da > 2 a 4	50
*Non si eroga la quota se valutazione competenze minore uguale a 2		

Ai fini della retribuzione di risultato la corresponsione della quota calcolata annualmente, sulla base della disponibilità di risorse, avviene secondo le regole descritte negli Accordi integrativi aziendali nel tempo vigenti, per singola dimensione (obiettivi di struttura, obiettivi individuali e valutazione competenze organizzative relazionali) in relazione al raggiungimento degli specifici risultati conseguiti (se superiori al 50%).

4.5 Procedure Conciliazione

Le procedure di conciliazione richiamate dall'art. 7 c. 3 lett. b) del D.lgs. 150/2009 riguardano quelle iniziative volte a risolvere eventuali divergenze nell'ambito del processo di valutazione della performance individuale al fine di prevenire l'eventuale contenzioso in sede giurisdizionale.

La Delibera CIVIT 124/2010 ha precisato che tali procedure devono rispettare i principi della celerità, della efficacia, della efficienza e della economicità tenendo conto anche del principio del contraddittorio e delle prerogative sindacali in materia.

Inoltre tale Delibera ha chiarito che l'esigenza dell'adozione di procedure di conciliazione può essere soddisfatta con l'istituzione di un apposito collegio di conciliazione, attore terzo e imparziale rispetto al processo di valutazione.

In conformità a quanto richiamato presso l'AOU Meyer il Collegio di Conciliazione è così composto:

- Direttore Amministrativo o Direttore Sanitario in relazione al profilo professionale del valutato che presenta la contestazione;
- un Dirigente scelto o dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, in relazione al profilo professionale del valutato, ma di una struttura differente da quella di appartenenza del valutato;
- un componente dell'OIV individuato di volta in volta dal Presidente del medesimo Organismo.

La contestazione del valutato deve essere trasmessa al Collegio di conciliazione entro 15 giorni dalla comunicazione ufficiale dei risultati della valutazione di prima istanza.

L'istruzione della pratica e la convocazione del Collegio di Conciliazione dovranno avvenire entro 30 giorni dalla comunicazione ufficiale della contestazione ed entro i successivi ulteriori 30 giorni dovrà perfezionarsi il giudizio finale.

Nel cercare di risolvere il conflitto il Collegio, per giungere ad un giudizio definitivo che valorizzi gli elementi oggettivi di valutazione, deve tener conto delle regole e dei principi contenuti nel Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer.

Durante il procedimento davanti al Collegio di Conciliazione il dipendente potrà essere assistito da un rappresentante sindacale o da altro rappresentante di fiducia.

Tale fase è idonea a sospendere il procedimento valutativo e gli effetti da esso derivanti.

Il giudizio finale deve essere trasmesso all'OIV, che ne terrà conto nel predisporre la propria Relazione annuale sullo stato del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni.

4.6 Disposizioni finali e transitorie

Per quanto non espressamente riportato nel presente documento si fa riferimento alle disposizioni di legge ed alle disposizioni cui ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di tutte le aree contrattuali SSN al momento vigenti.

Le future previsioni normative e contrattuali revisioneranno automaticamente quanto contenuto nel presente documento.