



Relazione sulla Performance Anno 2017

Sommario

1. Informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.....	3
2. Obiettivi anno 2017	9
Sistema di valutazione	9
Sintesi dei risultati raggiunti	15
3. Risorse, efficienza ed economicità.....	34
<i>Il personale dipendente</i>	34
<i>Evoluzione della performance economica in azienda</i>	35
4. Pari opportunità e bilancio di genere.....	37
5. Il processo di redazione della relazione sulla Performance	38

1. Informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

L'Azienda USL Toscana Centro comprende le ex Ausl di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia. I comuni serviti sono 73, la superficie è pari a 5.000 kmq; oltre 1.600.000 gli assistiti, più di 14.000 i dipendenti; gli ospedali pubblici sono 13, le strutture territoriali 220, le Zone Distretto 9 ed 8 le Società della Salute. La AUSL TC è ai primissimi posti in Italia per popolazione servita, articolazione organizzativa e volumi erogati.

Demografia

I residenti sono 1.627.964 (pari al 42% della RT), i maschi sono 782.854 (48,1% del totale). Il 52% dei residenti si concentra nell'area fiorentina. La densità abitativa media è di 323 abitanti per chilometro quadrato con valori particolarmente elevati a Prato e Firenze. Due residenti su tre abitano in comuni urbani. Un residente su quattro è ultra64enne (398.000 soggetti), il 13% è ultra74enne (212.000 soggetti). Si attenua il trend dell'incremento demografico; nelle zone fiorentina, pistoiese e della Valdinievole si riscontra, anzi, una riduzione del numero dei residenti. Tale fenomeno è determinato da tassi di natalità contenuti (7,56 ‰) e da flussi immigratori inferiori agli anni precedenti. Gli stranieri iscritti all'anagrafe sono 207.683 pari al 12,8% del totale; notevole la variabilità tra le zone (zona fiorentina SE 8,8% vs 16,6% nella zona Pratese).

Mortalità (2012-2014)

I due terzi delle morti sono determinati da malattie cardiovascolari e dai tumori. La mortalità complessiva è inferiore alla media regionale sia negli uomini che nelle donne; in entrambi i casi il contributo della area fiorentina è determinate. La mortalità per tumori è in flessione ed in linea con quella regionale in tutte le zone. In entrambi i generi la mortalità per malattie cardiovascolari risulta in riduzione e non si discosta dai valori regionali. La mortalità per malattie respiratorie è eguale a quella toscana negli uomini mentre è più elevata nelle donne. Le malattie dell'apparato digerente e gli incidenti stradali registrano mortalità inferiori alla media regionale. La mortalità prematura e/o evitabile è inferiore al valore medio regionale (tasso standardizzato 173 vs 181).

Speranza di vita alla nascita (2014)

La speranza di vita alla nascita è in ulteriore incremento in tutte le zone e complessivamente risulta superiore alla media toscana sia negli uomini (81,52aa vs 80,95 aa) che nelle donne (86,02aa vs 85,55 aa).

La Rete ospedaliera

Nella ASL TC sono presenti 13 Stabilimenti ospedalieri pubblici e 14 presidi del privato accreditato e della Fondazione Don Gnocchi; i posti letto disponibili, ivi compresi anche quelli destinati alla riabilitazione, sono 3.750 di cui 1.106 relativi al privato accreditato (29,5%). Sono inoltre presenti le AAOUU di Careggi (1.167 pl) e del Meyer (250 pl), quest'ultimo presidio è di riferimento pediatrico regionale.

I presidi sono organizzati in una rete planare costituita da nodi che beneficiano di una stretta connessione e della integrazione tra professionisti di equipe diverse.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è stato del 128,8 per mille residenti, sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente (129,36 ‰); si registra una variabilità nei diversi ambiti territoriali ; fonte Web Application Budget (WAB)

	2016	2017
Ex 103	130,32	136,09
Ex 104	135,7	134,4
Ex 111	123,37	123,46
Ex 110	129,2	127,72
ATC	129,36	129,41

I residenti si sono ricoverati nell'ambito della Area Vasta Centro (AVC) nell'88,33% dei casi, di questi il 30,08% presso le AAUUOO Careggi/Meyer; i residenti che sono stati ricoverati fuori AVC sono stati il 6,30% del totale, quelli fuori regione il 5,37%. Come atteso, la proporzione di ricoveri al di fuori della Area vasta Centro è maggiore per i DRG a peso elevato rispetto a quelli più "leggeri" (14,52% vs 8,95%).

Presso i Presidi Ospedalieri aziendali i ricoveri effettuati da non residenti in USL TC sono stati 12,10% del totale, di questi il 7,8% sono relativi a residenti fuori regione. Anche in questo caso la proporzione di ricoveri di residenti al di fuori della Area Vasta Centro è maggiore per i DRG più "pesanti" (18,45% vs 12,45%).

Volumi di ricovero nel 2017 presso i presidi ospedalieri aziendali (escluso drg neonato sano) Fonte ARS

	Ricoveri	Ordinari	% ord	DH	% DH	DRG chir.	% DRG chir	DRG medici	DRG med
ex ASL 3 - PT	28.996	24.651	85,0	4.345	15,0	9.185	31,7	19.811	68,3
ex ASL 4 - PO	32.421	25.077	77,3	7.344	22,7	12.961	40,0	19.460	60,0
ex ASL 10 - FI	62.368	49.551	79,4	12.817	20,6	26.334	42,2	36.034	57,8
ex ASL 11 - Em	21.555	17.493	81,2	4.062	18,8	10.261	47,6	11.294	52,4
ASL CENTRO	145.340	116.772	80,3	28.568	19,7	58.741	40,4	86.599	59,6

L'indice di performance relativo alla degenza media dei DRG medici è migliore della media regionale, quello dei DRG chirurgici è invece peggiore anche se in miglioramento rispetto all'anno precedente.

Emergenza Urgenza

Le richieste di chiamate con richiesta di soccorso pervenute alla Centrale di Firenze-Prato sono state 156.157, quelle presso la Centrale di Pistoia- Empoli 78.076, a queste hanno fatto seguito, rispettivamente, 145.262 e 69.543 interventi di soccorso del 118, con un lieve incremento (+2,7%) rispetto allo scorso anno. La proporzione di interventi con invio presso il Pronto soccorso è stata del 74,74 % Firenze-Prato e del 72,37% presso Pistoia-Empoli. In tre quarti delle chiamate l'arrivo del primo mezzo di soccorso è avvenuto in 13 minuti a Firenze-Prato ed in 14 minuti a Pistoia-Empoli.

Gli accessi ai Pronto Soccorso sono stati 423.383, sostanzialmente stabili rispetto a quelli dell'anno precedente (-0,4%), l'unico lieve incremento si è registrato ad Empoli (+2,8%). Il 5,1% dei soggetti ha un nuovo accesso al Pronto Soccorso entro 72 ore, il dato è in leggero miglioramento rispetto al 2017 (5,22%). La distribuzione per codice colore assegnato al triage è sostanzialmente sovrapponibile a quella media regionale; si registra a riguardo una certa variabilità intraaziendale.

Il percorso emergenza urgenza valutato dal MeS (indicatore C16b) risulta positivo a Firenze, Prato ed Empoli; tale indicatore prende in considerazione, in modo integrato, tempi di risposta, accessi ripetuti, abbandoni dal Pronto soccorso ed appropriatezza dei ricoveri chirurgici.

I tempi di risposta del Pronto Soccorso esaminati separatamente offrono margini di miglioramento.

Specialistica ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali nel 2017 sono state complessivamente 6.281.234 (al netto delle prestazioni del Laboratorio analisi) con incremento del 12,6% rispetto all'anno precedente; nei relativi tassi si riscontra una variabilità nelle Zone della nostra Azienda. Complessivamente il 9,5% delle prestazioni ambulatoriali sono rese dal privato accreditato.

Residenza	Fuori ASL in Regione			Su territorio ASL			Totale prestazioni
	Privato	Pubblico	Sconosciuto	Privato	Pubblico	Sconosciuto	
ex ASL 3 - PT	2.427	55.606	3	75.551	865.589	16	999.192
ex ASL 4 - PO	905	17.963	11	124.089	662.079	61	805.108
ex ASL 10 - FI	2.817	98.964	39	315.794	3.052.653	2.563	3.472.830
ex ASL 11 - EM	3.057	142.795	5	73.129	785.012	106	1.004.104
ASL CENTRO	9.206	315.328	58	588.563	5.365.333	2.746	6.281.234

Le prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica sono state 1.352.635, il relativo tasso per 1.000 abitanti risulta sensibilmente inferiore a quello medio regionale (806,92 vs 859,89); si rileva una significativa variabilità tra le zone.

Residenza	Totale			
	Accessi	Tasso	Limite	Limite
		standard	inf	sup
ex ASL 3 - Pistoia	234.263	771,35	768,15	774,55
ex ASL 4 - Prato	158.161	626,87	623,73	630,01
ex ASL 10 - Firenze	742.182	849,19	847,21	851,17
ex ASL 11 - Empoli	218.029	887,65	883,84	891,47
ASL CENTRO	1.352.635	806,92	805,52	808,31
REGIONE TOSCANA	3.354.618	859,89	858,94	860,83

Il MeS attesta che la performance relativa all'appropriatezza diagnostica (indicatore C13: tasso di RM muscoloscheletriche e RM lombari ripetute entro 12 mesi) è la migliore della regione toscana.

Le visite specialistiche relative alle 7 specialità sono state 565.039 in flessione rispetto al 2016 (-7,9%)

Residenza	Totale			
	Accessi	Tasso	Limite	Limite
		standard	inf	sup
ex ASL 3 - Pistoia	108.727	365,27	363,04	367,5
ex ASL 4 - Prato	91.841	367,04	364,63	369,46
ex ASL 11 - Empoli	100.446	413,67	411,05	416,3
ASL CENTRO	565.039	345,52	344,59	346,44
REGIONE TOSCANA	1.527.876	401,64	400,98	402,29

Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Complessivamente le attese sia per le prime visite specialistiche che per la diagnostica strumentale sono più brevi nella AUSL TC rispetto a quelle medie toscane (indicatore MeS B20a).

Dipartimento Chirurgico

Nel 2017 presso i presidi ospedalieri aziendali i ricoveri con DRG chirurgico sono stati 45.785, pari al 35,20% del totale. Il dato è completamente sovrapponibile a quello dell'anno precedente.

	2016			2017		
	DRG	DRG chir	% chir	DRG	DRG chir	% chir
ordinari	103.910	31.331	30,2	106.155	31.939	30,1
DH	23.714	13.601	57,4	23.883	13.846	58,0
Totali	127.624	44.932	35,2	130.038	45.785	35,2

La percentuale dei ricoveri chirurgici sale sensibilmente, come atteso, se ci si riferisce all'attività del Dipartimento chirurgico: 85,5% nei ricoveri ordinari e 92,2% nei DH; le percentuali sono sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente. (fonte WAB)

La qualità di processo in ambito chirurgico (indicatore MeS C5a) risulta buona per tutti gli aspetti esaminati (% fratture femore operate, fratture femore operate entro 48 ore, prostatectomie transuretrali ed interventi sul colon in laparoscopia), da migliorare la % di ricoveri entro 6 mesi da interventi sulla colonna vertebrale.

Buona o addirittura ottima l'appropriatezza chirurgica (indicatore MeS C4a) per tutti gli items esaminati: colecistectomie laparoscopiche in DH, DRG LEA chirurgici ad alto rischio di inappropriatelyzza, DRG chirurgici effettuati in DS e tasso standardizzato di interventi per stripping di vene.

Complessivamente buona l'assistenza chirurgica oncologica (indicatore MeS C10a).

In particolare ottima è risultata la performance del trattamento delle neoplasie mammarie.

L'attesa media per interventi oncologici è di 34,75 giorni (MeS indicatore C10c) sostanzialmente in linea con quelli dell'anno 2016; i tempi relativi alle neoplasie della mammella (33,22 giorni), del colon (30,58 giorni) e del polmone (15,37 giorni) sono inferiori od allineati con quelli medi regionali; maggiori margini di miglioramento si riscontrano per i tumori del retto (48,39 giorni) e quello dell'utero (42,02 giorni). Gli standard di riferimento prevedono che il 90% degli interventi di chirurgia oncologica sia effettuato entro 30 giorni.

La redistribuzione della casistica oncologica è sostanzialmente in linea con le indicazioni nazionali e regionali per quanto attiene le neoplasie della mammella, dell'utero, del polmone e del colon; permane una certa dispersione nei trattamenti del tumore della prostata.

Dipartimento medicina

I dati di attività del Dipartimento di medicina presso i Presidi Ospedalieri aziendali sono riportati nella tabella seguente; si registra un modesto incremento dei ricoveri con la positiva redistribuzione tra regime ordinario e Day Hospital. (Fonte WAB)

	2016	2017	variazione %
Ordinari	48.393	50.145	3,6%
DH	4.112	3.738	-9,1%
Totale	54.521	55.900	2,5%

L'appropriatezza medica (indicatore MeS C14) risulta complessivamente in media con le performance toscane (2,21 vs 2,81, entrambe performance medie).

Buoni i risultati dei ricoveri oltre soglia in soggetti ultra65enni e dell'uso DH medico per fini diagnostici nei soggetti adulti; in età pediatrica la performance non è altrettanto buona in relazione anche all'attività dell'AOU Meyer; permangono infine ampi margini di miglioramento relativamente alla percentuale di standard raggiunti nei tassi relativi ai ricoveri di DRG medici ad altro rischio di inappropriatezza.

L'efficienza nell'attività di ricovero, valutata tramite l'indicatore MeS C2aM, risulta la migliore tra le Aziende ASL con un valore di indice di performance della degenza media per DRG medici pari a -0,16.

L'integrazione ospedale territorio (indicatore MeS C8b) registra valori più contenuti od in media con la regione Toscana per tutti gli aspetti presi in considerazione: tasso standardizzato di ricoveri oltre i 30 gg, % di ricoveri ripetuti tra 30 e 180gg, tasso di accesso al Pronto Soccorso, tasso di accesso al Pronto Soccorso di codici bianchi od azzurri non seguiti da ricovero.

Dipartimento materno-infantile

L'attività complessiva di ricovero del Dipartimento presso i Presidi Ospedalieri aziendali è riportata nella tabella seguente, si registra una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente.

	2016	2017	variazione %
Ordinari	24.152	23.994	-0,7%
DH	5.022	5.129	2,1%
Totale	31190	31140	-0,2%

Il MeS valuta la Pediatria tramite l'indicatore C7d che tiene conto del tasso di tonsillectomie, del tasso di ospedalizzazione pediatrica e del tasso di ricovero entro il primo anno di vita; la performance della nostra Azienda è ottima nei primi due item e nella media per il terzo.

L'assistenza al parto (indicatore C7b) non evidenzia particolari criticità dal momento che quasi tutti gli aspetti valutati risultano migliori della media regionale (parti cesarei depurati, ricoveri sovra-soglia per parto, episiotomie depurate, proposta contatto pelle a pelle con il bambino; l'uso di ventosa durante il parto è, invece, migliorabile).

La valutazione da parte delle utenti del percorso nascita (punto nascita e zone distretto) della ASL TC è in linea con i valori medi regionali.

Le performance dell'assistenza al percorso nascita territoriale (indicatore MeS C7c) risultano nella media regionale. I seguenti aspetti sono migliori od eguali alla media regionale: primipare con almeno 3 presenze ai Corsi Accompagnamento Nascita (CAN), residenti con almeno un accesso nel post-partum, proattività del sistema, allattamento al seno a 3 e 6 mesi; da migliorare l'accesso ai servizi da parte di categorie svantaggiate (numero visite in gravidanza per straniere, partecipazione ai CAN di donne con basso livello di istruzione) o da tutelare (accessi all'area contraccezione del consultorio giovani).

Assistenza Territoriale

L'assistenza territoriale si caratterizza per una efficacia assistenziale (indicatore MeS C11a) che si colloca in linea con la media della regione Toscana. Tale indicatore, composito, registra performance positive nel

contenuto tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali; in media o positivi sono in particolare i tassi di ricovero per BPCO, diabete o scompenso cardiaco; gli indicatori relativi al trattamento di Ictus e BPCO non evidenziano criticità che si riscontrano invece nel trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco che, peraltro, risulta convenientemente monitorato (misurazione periodiche di sodio, potassio e creatinina).

L'assistenza domiciliare e territoriale (indicatore MeS B28) risulta in linea con la media toscana.

In particolare per l'assistenza domiciliare risulta buona la quota di anziani in cure domiciliari (43.900 soggetti complessivamente), la % di ultra75enni dimessi con accesso domiciliare entro 48 ore (11,9%) e quella di soggetti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con almeno un accesso al Pronto Soccorso; da migliorare i tempi di presa in carico dei soggetti ultra65enni con CIA < 0.13 e la percentuale di soggetti in ADI con almeno due ricoveri ospedalieri (7,11%). Nell'ambito dell'assistenza residenziale la presa in carico entro 30 giorni dalla segnalazione (60,54%) è buona, non altrettanto quella relativa all'inserimento in RSA entro 30 giorni dalla presa in carico (31,11%). Da migliorare la tempestività e la completezza della documentazione fornita alle RSA da parte delle Zone. La percentuale dei soggetti in RSA con almeno un ricovero in ospedale (14,31%) deve ridursi. Il tasso di occupazione dei posti letto autorizzati è piuttosto elevato e pari al 94,84%.

In linea con le performance toscane l'attività relativa alla Sanità di Iniziativa (indicatore MeS B26) e quella concernente la Attività Fisica Adattata AFA (indicatore MeS B22).

La copertura vaccinale (indicatore MeS B7) risulta migliore della media regionale; la copertura antiinfluenzale del personale sanitario è superiore alla media toscana (36,48), insufficiente risulta invece quella della popolazione a rischio (50,23%); a 24 mesi la copertura del vaccino esavalente risulta buona (94,68%) mentre sono insufficienti quelle relative allo pneumococco, al meningococco ed all'HPV.

Salute Mentale

L'indicatore C15 a del MeS valuta complessivamente l'assistenza in Salute Mentale, la performance della ASL TC risulta al di sotto della media regionale. Si riscontrano quindi margini di miglioramento nelle percentuali di soggetti che hanno un contatto con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) entro 7 giorni una volta dimessi, i ricoveri ripetuti entro 7 giorni e quelli tra 8 e 30 giorni e la percentuale di trattamenti multi-professionali. In linea con l'andamento regionale il tasso di ospedalizzazione per l'insieme delle patologie psichiatriche.

2. Obiettivi anno 2017

Sistema di valutazione

Gli obiettivi strategici si traducono in obiettivi operativi assegnati alle strutture organizzative aziendali mediante le negoziazioni di budget. Sono quindi direttamente attribuiti al personale dirigenziale titolare di budget (Direttori di Dipartimento, di Struttura Operativa Complessa, di Struttura Operativa Semplice dipartimentale e Struttura Operativa Semplice).

La valutazione si sviluppa e indaga due dimensioni:

- Obiettivi di natura economico finanziaria (scheda A), tenuto conto anche degli obiettivi di attività assegnati a livello di struttura
- Obiettivi di qualità e sicurezza, di attività e progettuali (Scheda B)

L'Organismo Indipendente di Valutazione procede alla verifica annuale dei:

- risultati di gestione del dirigente di struttura semplice o complessa
- risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato

Gli indirizzi per la programmazione annuale sono stati indicati dalla Direzione Aziendale, dalla Delibera regionale degli obiettivi per le Direzioni Aziendali, dagli Atti normativi nazionali e regionali (DM 70/2015; delibere regionali di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionali; reti assistenziali per patologie tempo dipendenti – Ictus, Infarto Miocardio, Politrauma), tenendo conto delle informazioni derivanti dal Sistema Regionale di valutazione MeS e dal Programma Regionale e Nazionale valutazione degli esiti PROSE-ARS/AGENAS.

Per la parte economica, accanto all'obiettivo generale sul mantenimento dei consumi sanitari dell'anno 2016, si sono aggiunte le azioni di risparmio su specifiche molecole individuate dal Dipartimento del Farmaco, calate sulle strutture ospedaliere. Le schede economiche sono state predisposte oltre che per i Dipartimenti (Aree, SOC, SOS e SOSd) ospedaliere e il Farmaco anche per alcune strutture territoriali (Dip Salute Mentale, Rete Sanitaria Territoriale, Prevenzione, Dip Servizi Sociali e Responsabili di Zona) estendendo gli item di negoziazione per ricomprendere voci di costo a maggiore rilevanza economica sul territorio (rette, appalti, contributi).

Un ulteriore documento di riferimento è stato rappresentato dal Programma Operativo Annuale di Attività (POAA) adottato nel marzo 2017 facendo seguito a specifica richiesta della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

Per la valutazione degli obiettivi quantitativi sono stati individuati indicatori basati sui flussi disponibili. Il set di tali indicatori è stato reso disponibile dal Controllo di Gestione tramite apposita pagina web aziendale consultabile anche dai professionisti (WAB).

La relazione della performance per l'anno 2017 viene predisposta entro i tempi previsti dalla normativa (30 giugno 2018).

Le fasce di merito per la valutazione sono in linea con la DGRT 465/2012 che prevede, secondo criteri di valorizzazione del merito:

- fascia A: dipendenti con punteggio tra il 90% e il 100% del massimo (attribuzione economica 100%)
- fascia B: dipendenti con punteggio tra 75% e 89% del massimo (attribuzione economica 80%)
- fascia C: dipendenti con punteggio tra 60% e 74% del massimo (attribuzione economica 60%)
- fascia D: dipendenti con punteggio inferiore al 60% (attribuzione economica 50%)

ESEMPIO SCHEDA A

Azienda USL Toscana Centro

OBIETTIVI DI BUDGET ECONOMICO 2017

SU DEFINITIVO ANNO 2016

Dipartimento delle Specialistiche Mediche

SOC Medicina Interna I Santo Stefano

Responsabile:

CONSUMI SANITARI	precons ANNO 2016		Budget 2017 "iniziale"	ANNO 2016 DEF		BUDGET 2017 DEF
	Totali	di cui derivati	Totali	Totali	di cui derivati	Totali
MEDICINALI CON A.I.C.	241.328	25.119	239.600	242.451	25.119	240.723
MEDICINALI SENZA A.I.C.	2.167	0	2.167	2.167	0	2.167
ACQU.PRODOTTI DIETETICI	2.947	0	2.947	3.001	0	3.001
DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO	29.769	134	29.769	29.723	134	29.723
PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI	133.891	135	133.891	135.797	135	135.797
PRODOTTI CHIMICI	7.540	7.369	7.540	7.539	7.369	7.539
ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI	7.153	2	7.153	7.176	2	7.176
TOTALE	424.795	32.761	423.067	427.854	32.761	426.126
var. attesa 2017/2016						-0,4%
<u>ob. Su Farmaci</u>			risparmio 1° quadr			
etanercept 50mg (biosimilare almeno il 90%)						
albumina (99% Albital RT sul totale)	100%					
EBPM (70% parnaparina Fluxum sul tot atc)	9,8%		165			
Levetiracetam (biosimilare almeno il 90%)	0,0%		1.563			

Nella definizione degli obiettivi della scheda B sono state utilizzate sia la metodologia "top down" (attribuzione a cascata di macro-obiettivi derivanti dagli indirizzi) che quella "bottom up" (definizione obiettivi specifici attraverso il confronto con gli operatori). Sono stati inoltre ricompresi alcuni obiettivi 2016 che non avevano trovato completo compimento nell'anno di riferimento, opportunamente rimodulati e riquilibrati.

In occasione delle attività di monitoraggio si è provveduto inoltre ad una ridefinizione degli obiettivi o dei risultati attesi e/o della loro nuova pesatura in relazione all'emergere di livelli di non fattibilità, non identificabili nella fase negoziale, o di disomogeneità del livello di difficoltà dei risultati attesi attribuiti.

ESEMPIO SCHEDA B

Sezione	Obiettivo	Risultato atteso	Corresponsabile	Peso	peso
Economica	Vedi scheda allegata			0,x	
Sanitaria				(1-0,x)	
Qualità e Sicurezza	3 Audit clinici e 6 M&M	Documenti a supporto per la realizzazione	Rischio Clinico Aziendale	40/100	5
	Realizzazione del sistema strutturato per la valutazione del singolo paziente e sugli eventi significativi (SEA)	Realizzazione di documento sintetico che evidenzi gli aspetti critici e le relative contromisure	DIP Coinvolti		5
	Realizzare un sistema di rilevazione delle buone pratiche attraverso la realizzazione di ricognizione su giorno indice	2 report di Monitoraggio	SOC Qualità accreditamento e buone pratiche, SOSD Qualità e Sicurezza delle Cure, Rete Ospedaliera		10
	Attivare un sistema omogeneo in tutte le articolazioni organizzative per garantire gli interventi di neoplasia dell'utero e ovaio entro 30gg nel 90% dei casi	% Interventi con attesa inferiore od uguale a 30 gg	SSOCC afferenti all'area		10
	Definizione di un piano integrato per le IVG che preveda un percorso preventivo e di sostegno alla donna	Documento Aziendale	SOC Ostetricia Professionale, Consultori, Dipartimento Sociale		10
Attività	Garantire la continuità delle cure attraverso l'integrazione ospedale - consultori	C7.18: 72,86 % di donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	SOC Ostetricia Professionale, Consultori	30/100	5
	Garantire la continuità delle cure attraverso l'integrazione ospedale - consultori	Almeno il 66% di donne residenti con un accesso al consultorio dopo IVG	SOC Ostetricia Professionale, Consultori		10
	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	Standard definito dal documento di area			10
	C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Standard definito dal documento di area			5
Progetti	Attivazione della rete codice rosa omogeneamente in tutte le strutture dell'azienda	Documento che contenga per ogni nodo della rete, modelli organizzativi, protocolli e procedure	SOC Ostetricia Professionale, Consultori, Dipartimento Servizio Sociale, Dipartimento Emergenza ed area critica	30/100	15
	Definire congiuntamente ai direttori di SOC le performance dell'area e della sue articolazioni organizzative tenendo presente i volumi dei punti nascita e gli indicatori MeS(C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV atteso15,83), Complicanze del puerperio e del neonato; C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa: atteso inferiore od uguale al 5%))	Produzione di documento aziendale, in base alla analisi delle situazioni locali, e proposta di un piano d'azione per definire la rete, i piani di intervento e gli standard per le articolazioni organizzative degli indicatori C7.1 e C7.6)	SSOCC afferenti all'area e SOC Ostetricia Professionale		15

Al fine di favorire l'integrazione dei Dipartimenti e le sinergie necessarie al raggiungimento di molti degli obiettivi si è ritenuto utile predisporre una unica matrice che correla gli obiettivi ed il risultato atteso con tutti i dipartimenti concorrenti. E' stato inoltre individuato, per ogni obiettivo, un Dipartimento "capo-file" identificato come punto di riferimento e coordinatore delle azioni tese al raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Altro riferimento utile è il sito relativo al Sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane curato dal MeS di Pisa.

Durante il corso dell'anno 2017 sono stati effettuati monitoraggi a livello dipartimentale per la verifica in itinere degli obiettivi anche per l'attualizzazione degli stessi e ridefinizione degli standard. Inoltre sono stati effettuati una serie di incontri con alcune strutture organizzative, coinvolgendo tutti gli operatori delle strutture stesse.

In particolare per quanto riguarda gli obiettivi economico/finanziari è stata inviata una reportistica a cadenza mensile e per quanto riguarda i dati di attività è stato reso disponibile l'accesso al WAB aggiornato con cadenza trimestrale.

Sono state effettuate, inoltre, riunioni "plenarie" con la partecipazione di tutti i Direttori di Struttura Complessa e Semplice.

Obiettivi qualitativi

Gli obiettivi qualitativi sono correlati alla redazione di specifici report e documenti resi disponibili quale patrimonio comune dell'Azienda Sanitaria.

Di seguito, a titolo esemplificativo, alcuni obiettivi "qualitativi":

Sviluppo reti tempo dipendenti

Sviluppo rete trauma - Risultato atteso: **Protocolli**

Omogeneità, tempestività e coordinamento nelle maxiemergenze - Risultato atteso **Protocolli e formazione**

Sicurezza

Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale Sepsi - Risultato atteso: **Protocolli**

Governo e realizzazione Audit clinici e M&M - Risultato atteso: **Invio alert**

Introduzione della check list di sala parto per i parti fisiologici in tutti i punti nascita aziendali - Risultato atteso: **monitoraggio**

Integrazione interdipartimentale

Allineamento tra P.S. ed aree di degenza per ricoveri e modalità di accesso - Risultato atteso: **Protocolli**

Creazione di alleanze strategiche tra Dip Territoriali, Z/D e Sociale - Risultato atteso: **Riunioni mensili**

Sviluppo di protocolli per l'integrazione tra SERD SMA nella risposta assistenziale nei soggetti con doppia diagnosi - Risultato atteso: **Documento con criteri e monitoraggio**

Costituzione dell'agenzia di Continuità e delle procedure di gestione - Risultato atteso: **Attivazione**

Handover modalità strutturate dei passaggi di consegna - Risultato atteso: **Protocolli aziendali**

Attività dei Team di passaggio specifico per l'handover dall'adolescenza all'età adulta - Risultato atteso **Documento con criteri e monitoraggio**

Innovazione

Apertura di Aiuto Point nei Presidi ospedalieri per la gestione del follow up oncologico (tumori solidi ed ematologici) con riorganizzazione delle relative agende - Risultato atteso: **Attivazione aiuto point**

Sviluppare per SERD e SMA il ricorso abitare supportato - Risultato atteso: **Progettualità pluriennale**

Programmazione, gestione e monitoraggio dell'assorbimento risorse e delle attività del personale impiegate nel Dipartimento di Prevenzione - Risultato atteso: **Sviluppo di un sistema informatizzato condiviso tra tutte le strutture dipartimentali per la programmazione, la gestione e il monitoraggio delle risorse e del personale.**

Implementazione del progetto " infermiere di famiglia"- Risultato atteso: **Attivazione**

Completamento Day Service nei presidi aziendali - Risultato atteso: **Documento**

Piano regolatore del territorio - Risultato atteso: **Approvazione Piano**

Appropriatezza

Criteri appropriatezza per elegibilità nei percorsi riabilitativi:1. PDTA Ictus 2.PDTA Gravi cerebro lesioni acquisite 3. PDTA Frattura femore, protesi anca e ginocchio - Risultato atteso:**Documento con criteri e monitoraggio**

Presa in carico di soggetti con disturbi dello sviluppo neuro-motorio -Risultato atteso:**PDTA**

Analisi dei volumi, costi, della variabilità di utilizzo dei farmaci e dispositivi (integrativa) per identificare le molecole e dispositivi da sottoporre a piani per l'appropriatezza, standard ed i risultati attesi -Risultato atteso: **Documento di analisi e piano di azione**

Piano di intervento aziendale per l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci da prescrittore MMG, PDF, ospedaliero, specialista convenzionato - Risultato atteso: **Piano d'azione**

Mappatura e valutazione delle tempistiche per lo screening colon, mammella e utero - Risultato atteso:**Procedura**

Adesione: Screening mammografico 80% screening cervice uterina 60% colon retto 70% - Risultato atteso: **Piano azione per il perseguimento**

Obiettivi quantitativi

Gli indicatori quantitativi relativi ad obiettivi di carattere generale sono stati inseriti nella matrice degli obiettivi dei Dipartimenti. Trovano qui spazio, ad esempio, indicatori legati all'appropriatezza medica e chirurgica (Lea Medici e Lea Chirurgici), al contenimento dell'attesa (relativamente a prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in particolare oncologiche), all'efficienza nell'impiego della risorsa ospedaliera (indice di performance degenza media per DRG medici e chirurgici, riduzione della variabilità del numero dei posti letto nel corso dell'anno) e della filiera Pronto Soccorso – degenza (attesa per i vari codici colore in PS, attesa entro le 8 ore per il ricovero, raccordi funzionali PS – degenze).

Nelle schede relative a SOC e SOS sono presenti indicatori quantitativi specifici che indagano aspetti legati all'appropriatezza (esempio appropriatezza diagnostica per TC e RMN) ma anche alla qualità professionale (esempio percentuale di linfonodi sentinella ed interventi conservativi nella chirurgia oncologica della mammella)

Aspetto di particolare rilevanza è quello relativo all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, da considerarsi condizione indispensabile per un'adeguata programmazione sanitaria che tenga conto sia dei bisogni effettivi e della domanda di salute che dei criteri di sostenibilità economica del sistema sanitario. Numerosi sono gli obiettivi legati a questo aspetto; ad esempio per le Medicine è prevista l'adozione a

livello aziendale della scheda per la prescrizione motivata e personalizzata per Echinocandine, Daptomicina e Teicoplanina oltre che proseguire nelle azioni per l'appropriato impiego di Albumina umana, Enoxaparina ed Immunoglobuline umane; sempre a titolo di esempio per le Reumatologie, che utilizzano farmaci a costo elevato, è consigliato il passaggio da farmaci originator a farmaci biosimilari.

Altro aspetto di interesse sono i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di diagnosi strumentale; considerata la rilevanza dell'argomento sono stati inseriti sia indicatori quantitativi, che ripropongono i tempi previsti dalle normative regionali, che qualitativi finalizzati alla promozione di interventi anche organizzativi orientati al contenimento dell'attesa quali ad esempio la stratificazione dell'accesso alle prestazioni sulla base delle condizioni cliniche.

Sintesi dei risultati raggiunti

Obiettivi quantitativi

Sono di seguito riportati gli obiettivi quantitativi presenti nella scheda integrata dei Dipartimenti; la valutazione riportata è effettuata in questo contesto a livello di Azienda; valutazioni più puntuali saranno effettuate successivamente.

Obiettivo	Governo dei tempi di attesa dei percorsi di chirurgia oncologica	Attivare piani operativi per la qualità delle cure in chirurgia oncologica: relazione volumi /esiti, riduzione dispersione casistiche	C16.7 Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso in reparto chirurgico e con DRG chirurgico alla dimissione	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010/Delibera GRT 1140/2014)	C16.1 Percentuale accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti
Risultato atteso	90% < 30gg	< 2016	= o >2016	>2016	= o >2016
Verifica	Parzialmente raggiunto (MeS C10c tempo medio 33 giorni con performance media)	Raggiunto: la dispersione della casistica è inferiore a quella 2016 (MeS C10.1 performance ottima)	Raggiunto: 74,1% vs 72,2 % (WAB)	Parzialmente raggiunto: in lieve flessione rispetto al 2016 (90,74 vs 92,58) ma la miglior performance nel settore pubblico	Raggiunto:72,9% vs 68,2% (WAB)
Dipartimenti coinvolti	Assistenza infermieristica, Specialistiche chirurgiche, Diagnostica per immagini, oncologico, rete territoriale	Materno infantile, Specialistiche chirurgiche, Oncologico e Rete Ospedaliera	Emergenza ed Area Critica, Specialistiche chirurgiche	Materno infantile, Specialistiche chirurgiche, Rete Ospedaliera e staff Direzione Sanitaria	Emergenza ed Area Critica, Assistenza infermieristica

Obiettivo	Appropriatezza utilizzo posti letto degenza media. DRG Medici e DRG chirurgici	Supervisione e coordinamento per la gestione delle risorse per prevedere la riduzione della variabilità dell'offerta dei posti letto nei 12 mesi dell'anno	C4.9 DRG LEA Medici: % standard Regionali raggiunti	Governare l'attesa del paziente per ricovero da PS . Indicatore C16.4 % ricoverati con tempi di permanenza <= 8h.	Riduzione liste di attesa per le prestazioni della delibera 1080/2016. Prestazioni nei tempi massimi previsti
Risultato atteso	C2a.C C2a.M = o < 2016	Variabilità inferiore al 5%	= o >2016	= o >2016	90%
Verifica	Parzialmente raggiunto: performance DRG medici in flessione risul 2016 (-0,16 vs -0,28) ma miglior performance regionale; DRG chirurgici in miglioramento sul 2016 (+0,42 vs +0,45)	Raggiunto	Non raggiunto: in flessione rispetto al 2016 (60% vs61,4%)	Non raggiunto: l'indicatore risulta in peggioramento (75,4% vs 77,4%) WAB	Parzialmente raggiunto: il dato è sostanzialmente stabile (75,8% vs 76,9%) WAB
Dipartimenti coinvolti	Specialistiche mediche, Assistenza infermieristica, Materno infantile, Laboratorio, Specialistiche chirurgiche, Diagnostica per immagini, Oncologico, e Rete ospedaliera	Assistenza infermieristica, e Rete ospedaliera	Emergenza ed Area Critica, Specialistiche mediche, Assistenza infermieristica, Rete ospedaliera	Emergenza ed Area Critica, Specialistiche mediche, Assistenza infermieristica, Rete ospedaliera	Specialistiche mediche, Specialistiche chirurgiche, Assistenza, Rete ospedaliera

Obiettivo	B22.2 N. corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	B22.1 N. corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	Minimizzare la variabilità dei comportamenti nell'attivazione degli accessi in ADI/ADP/RSA e per l'effettuazione di Prestazioni Aggiuntive dei MMG in modo da consentire una riduzione della spesa complessiva	PRPN.40-Emersione malattie professionali.	Realizzazione obiettivi PSR 2016 - 2020. Conseguimento degli obiettivi previsti nel piano mirato di intervento relativo al settore lavoro sicuro in AVC
Risultato atteso	>2.81	>2.16	Riduzione del 20% rispetto anno 2016	Prog.40: Analisi delle segnalazioni di malattie professionali (N° Casi analizzati /N° casi segnalati * 100) >80%.	Lavoro sicuro in area vasta centro: previste ispezioni che diano luogo ad almeno 2452 PF25.
Verifica	Al momento non valutabile per assenza serie storica su MeS	Al momento non valutabile per assenza serie storica su MeS	Al momento non valutabile per ritardi nella centralizzazione dei dati	Raggiunto	Raggiunto
Dipartimenti coinvolti	Riabilitazione e Servizi Tecnico-sanitari	Rete territoriale e ServiziTecnico-sanitari	Rete territoriale	Prevenzione	Prevenzione

Obiettivo	Adempimento di quanto previsto dal Piano Regionale Nutrizione.	Controllo ufficiale in ambito disicurezza alimentare e attività di profilassi e risanamento degli allevamenti.	Effettuazioneattività di controllo ufficiale mediante audit in stabilimenti carne rosse secondo leindicazioni delle LLGG 882 recepite con DGRT 1377/16.
Risultato atteso	(N° richieste di valutazioni validazioni Piani Nutrizionali erogate) / (n° richieste di valutazioni-validazioni Piani Nutrizionali totali arrivate) = 100% delle richieste di valutazione-validazioni Piani Nutrizionali di Scuole o RSA pervenute entro il 30/11/2017.	Realizzazione del 80% delle attività programmate per quantoottiene i prodotti finiti 49-4-43	Rispetto delle indicazioni inseritenelle linee guida Accordo Statoregioni - Esecuzione di controllimediante audit nel 20 % degli stabilimenti di macellazione esezionamento carni rosse
Verifica	Raggiunto	Raggiunto	Raggiunto
Dipartimenti coinvolti	Prevenzione	Prevenzione	Prevenzione

Obiettivi qualitativi

E' in corso la valutazione della documentazione messa a disposizione dalle strutture organizzative per attestare il raggiungimento degli obiettivi; si fa presente che le strutture organizzative sono circa 600 ed i documenti da valutare sono oltre 2.500. Vista la numerosità dei documenti stessi e la necessità di rispettare la tempistica per l'erogazione retributiva conseguente, il raggiungimento degli obiettivi qualitativi può esser effettuato anche a campione; il Direttore di Dipartimento certifica, comunque, il raggiungimento degli obiettivi di competenza.

Si ritiene opportuno inserire, come esempio, gli obiettivi qualitativi ed i risultati raggiunti dal Dipartimento Sociale.

Dipartimento Sociale

Commissione vigilanza:

È stato attivato il percorso formativo *“La commissione di vigilanza (L.R.41/05) quale strumento strategico di attuazione delle politiche di qualità: Modalità Operative e Strumenti di lavoro”* per tutte le professioni coinvolte.

Le check-list sono state recepite in via sperimentale dalla Direzione Aziendale con delibera del Direttore Generale 23/8/17 n.34 *“Approvazione e sperimentazione strumento di valutazione unitario della Commissione di Vigilanza dell'Azienda Usl Toscana Centro – CHECK-LIST”*.

Il progetto ha previsto un monitoraggio ed un confronto con le strutture soggette a vigilanza per promuovere una collaborazione orientata al miglioramento complessivo del sistema dell'offerta dei servizi di cui le strutture territoriali sono componente essenziale. Lo strumento garantisce equità, trasparenza e condivisione degli strumenti di verifica.

Inserimenti terapeutici:

La proposta condivisa si è basata sul concetto che, “per favorire la frequenza al progetto socio sanitario terapeutico riabilitativo e socio-assistenziale e soprattutto per motivare la persona all'esperienza in ambiente di lavoro in condizione di reale integrazione”, il soggetto inserito potrà ricevere un *“contributo motivazionale”*, nella misura che sarà definita dalla struttura competente in base alla valutazione del percorso terapeutico/socio assistenziale da parte della struttura/servizio che ha in carico il soggetto.

Pertanto il contributo è stato regolato in base:

- alla Tipologia dell'Inserimento
- alla Fase del progetto
- alle Fasce indicanti frequenza e limite % contributo.

Legge 104/92:

E' stata approvata la Delibera del Commissario AUTC n. 35 del 23/08/2017 *“Approvazione e sperimentazione linee guida per la valutazione della condizione di svantaggio sociale nelle Commissioni integrate per l'accertamento dello stato di handicap di cui alla L.104/92”* con due documenti fondamentali:

- *Linee guida per la valutazione della condizione di svantaggio sociale nelle Commissioni Integrate per l'accertamento dello stato di Handicap di cui alla L.104/92*
- *Scheda sociale: strumento professionale fondato sulla classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute), che partendo dalla menomazione, così come accertata dal punto di vista medico-sanitario, individua indicatori professionali pertinenti nella determinazione della condizione di "svantaggio sociale".*

Legge 68/99:

Il Servizio Sociale ha organizzato una serie di incontri formativi per permettere il confronto in Area Vasta fra le attuali prassi.

- Stilare una Relazione Conclusiva che diventi uno strumento capace di orientare una proficua ricerca domanda/offerta nel mondo del lavoro
- Aumentare la capacità "accertative" delle Commissioni; individuare le informazioni utili e i canali d'accesso alle stesse, da utilizzare per la composizione della Diagnosi Funzionale.

Non autosufficienza-UVM:

Sono state esaminate le fasi del percorso per l'individuazione di linee guida professionali relative a:

accesso, presa in carico, visita domiciliare, criteri di priorità per liste di attesa e criteri di appropriatezza per i ricoveri in RSA, case manager e restituzione PAP, rivalutazioni, urgenze, integrazione sociale con Enti Locali, compilazione schede sociali

Sono stati svolti due eventi formativi:

"compilazione delle schede sociali" e "dalle valutazioni monoprofessionali alla valutazione multidisciplinare"

Integrazione Ospedale-Territorio:

1) Istruzione Operativa per la valutazione sociale prevista dalla delibera regionale: *Elaborate e condivise, in via di formalizzazione*

2) Analisi dei diversi percorsi e processi nella continuità Ospedale Territorio: *Realizzata in ambito formativo, da integrare con il monitoraggio delle soluzioni organizzative ACOT*

3) Modalità di coordinamento e monitoraggio di Zona e tra le zone USL Toscana Centro nell'implementazione delle ACOT nei percorsi di continuità assistenziale: *Attivato il gruppo di lavoro integrato con i Responsabili di zona. I lavori sono in corso*

Codice Rosa:

- Definizione di una linea guida operativa servizio sociale - consultori ed elaborazione procedura Interruzione volontaria gravidanza donne adulte e minorenni.
- Costituzione, con l'integrazione dei referenti delle zone, di una cabina di regia con funzione di coordinamento e di monitoraggio dell'implementazione della rete codice rosa zonale e aziendale toscana
- Documento di sintesi sulla ipotesi organizzativa dei Nuclei territoriali zonali Rete Codice Rosa contenente: composizione dei team multidisciplinari, ruolo e funzioni del Referente territoriale; modalità operative di raccordo con il Servizio E/U Sociale.
- Documento di sintesi su ipotesi individuazione strutture di accoglienza in emergenza a supporto dell'attività dei Nuclei Operativi dell'Azienda e delle AO Careggi e Meyer (tipologia di strutture, modalità operative per la continuità assistenziale).

Presa in carico disabilità:

Percorso di accesso e presa in carico delle persone con disabilità : si è elaborato un documento e flow chart di processo, individuando e valorizzando il ruolo del Servizio Sociale nei processi delle UVMd Zonali presenti o in fase di costituzione.

Fasi del ciclo di vita della persona con disabilità /progetto di vita : si sono individuate le fasi caratterizzanti il ciclo di vita della persona con disabilità ai fini della definizione del Progetto di vita effettuando una ricognizione nelle Zone sui seguenti ambiti:

- prenascita/post nascita
- ciclo scolastico
- passaggio a maggiore età
- età giovane adulta –durante noi
- età adulta - dopo di noi –

SEUS (Servizio E/U Sociale)

Obiettivi:

- Individuazione dei Referenti zonali per l'emergenza sociale (RES);
 - Individuazione di caratteristiche, funzioni e procedure dei Gruppi Operativi per l'Emergenza Sociale zonali (GOES);
 - Precisazione del "perimetro" di attività del SEUS;
 - "Mappatura" a livello zonale (organigramma Servizi Sociali zonali, posti accoglienza per tipologia, sedi svolgimento interventi emergenza urgenza, costruzione rete istituzionale e sociale, procedure attive nelle zone), come data-base per un efficace intervento del SEUS in quella zona;
 - Definizione di un efficace e continuativo raccordo con l'attività e l'organizzazione del "Codice Rosa
- accordo con le zone che non aderiscono alla sperimentazione.

Risultati:

- Protocollo per il pronto utilizzo dei posti in emergenza nelle strutture,
- predisposizione di un modello organizzativo unico, valido per tutte le zone aderenti,
- schede di accesso e di richiesta intervento per la reportistica e la tracciabilità dei dati relativi all'attività del SEUS, e modulistica per certificare l'apertura e la chiusura dell'intervento di emergenza urgenza
- raccordo anche con quelle zone, Firenze e Mugello, che hanno deciso di non aderire a questo progetto, per i necessari raccordi per la gestione delle emergenze urgenze sociali che comunque vengono lavorate nei due territori da parte dei Servizi Sociali locali;
- eventi formativi per il personale del Servizio Sociale, per avviare processi di 'riconoscimento' e di 'preparazione' rispetto ai temi dell'emergenza urgenza sociale.

Salute mentale adulti/salute mentale infanzia e adolescenza/dipendenze:

Obiettivi

- Studio dei nuovi LEA sanitari su Salute Mentale e Dipendenze;
- Ricognizione della sfera dei bisogni nell'area SM e Dipendenze per individuare risposte più aderenti ai progetti;
- Passaggio della presa in carico dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile alla Salute Mentale Adulti;

- Definizione di interventi professionali di Servizio Sociale da inserire nel PDTA per la gestione dei disturbi dello spettro autistico.

Risultati

A. studio dei nuovi lea sanitari su salute mentale e dipendenze

Gli articoli analizzati sono stati in particolar modo l'Art.25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuro psichiatrico e del neuro sviluppo", l'Art.26 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali"; l'Art.28 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche";l'Art.33 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali".Il gruppo si è soffermato in particolar modo sulla presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato in seguito a valutazione diagnostica multidisciplinare.

B. ricognizione della sfera dei bisogni nell'area salute mentale e dipendenze per individuare risposte più aderenti ai progetti

Evidenziata la necessità di rispondere a bisogni di residenzialità appropriati nei casi in cui, a conclusione del percorso terapeutico-riabilitativo la persona non abbia ancora raggiunto una sufficiente autonomia.

Da implementare le risposte in ambito socio-sanitario previste dalla L.R. 41/2005 con particolare riferimento a:

- Strutture residenziali a carattere comunitario per persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale
- Strutture residenziali a carattere comunitario per persone adulte disabili prevalentemente non in situazione di gravità (Comunità alloggio protetta)
- Strutture residenziali per l'accoglienza ed il trattamento di persone dipendenti da sostanze per persone che presentino condizioni di fragilità psicologica tali da richiedere adeguato sostegno relazionale e accoglienza abitativa.

C. passaggio della presa in carico dal servizio di neuropsichiatria infantile al servizio di salute mentale adulti

Presenza e sulle funzioni dell'Assistente Sociale nei proposti team di transizione, che comprendono le figure professionali considerate necessarie ai fini della definizione del servizio idoneo alla presa in carico ed ai tempi di realizzazione del passaggio stesso.

D.definizione di un "pacchetto" di interventi professionali di servizio sociale da inserire nel piano diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione dei disturbi dello spettro autistico.

Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Come ricordato le attese per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le prestazioni di diagnostica strumentale prevedono sia obiettivi qualitativi che quantitativi.

Complessivamente le attese sia per le prime visite specialistiche che per la diagnostica strumentale sono più brevi nella AUSL TC rispetto a quelle medie toscane (indicatore MeS B20a). La percentuale di prime visite effettuate entro 15 giorni registra nella nostra Azienda performance medie per ortopedia (82%), dermatologia (80%) ed otorinolaringoiatria (85%); attese maggiori si riscontrano per cardiologia (72%), neurologia (67%) ed oculistica (69%). Le TAC con e senza mezzo di contrasto vengono effettuate entro 60 giorni rispettivamente nel 90% e 95% dei casi, performance buona e migliore della media regionale; anche le RM con e senza mezzo di contrasto registrano attese inferiori alla media toscana anche se la percentuale di accertamenti effettuati a 60 giorni scende ad un insoddisfacente 74% e 77%; critica è la percentuale (63%) di ecografie addome effettuate entro 30 giorni.

La riorganizzazione del settore specialistico si fonda sul governo unitario del sistema, comprendente la parte ospedaliera, territoriale e del privato accreditato convenzionato; la strategia prevede la separazione dell'offerta su criteri di bisogno del paziente, ovvero sulla priorità clinica per le prestazioni di primo contatto, e sulla definizione di percorsi diagnostico/terapeutici coinvolgendo il mondo delle Cure Primarie.

Nel corso dell'anno 2017, è proseguita in tutti gli ambiti territoriali confluiti nell'USL TC, la rilettura dell'offerta in un'ottica di sistema, articolato per linee differenziate a seconda della tipologia di bisogno, in un'ottica di riprogrammazione di risposte organizzate e differenziate in base alla priorità, complessità e caratteristiche del bisogno espresso. Si è provveduto alla mappatura delle agende CUP, alla verifica del sistema di gestione, ovvero dell'apertura a scorrimento delle agende in tutti i territori dell'Azienda, dei meccanismi di blocco/sblocco automatici e dei livelli autorizzativi per le chiusure programmate, ricercando le modalità di gestione più efficienti ed uniformarle in tutto il territorio aziendale.

Il percorso attuato si riferisce alla seguente articolazione.

Urgenze: è stato definito un pacchetto di prestazioni prenotabili direttamente dai medici di medicina generale, telefonando ad un numero unico. Con questo servizio si accede a prestazioni diagnostiche in urgenza territoriale per: traumi, dolore acuto, sinusiti acute, patologia acuta del polmone, patologia della mammella, coliche renali, epatiche ed addominali di ndd, dolori pelvici, ematuria, etc. Risultato secondario atteso è la riduzione di accessi al DEA. Il concetto d'urgenza può essere legato sia ad una patologia sia ad un contesto (es. anziano che vive solo che non ha possibilità di prenotare).

Percorsi assistenziali (PDTA): definizione di modelli di gestione di patologie ad alta prevalenza e incidenza, che necessitano di integrazione fra la medicina del territorio e la specialistica, sia territoriale che ospedaliera. Sono in via di definizione i seguenti PDTA: ematuria, colica renale, artropatie, fibrillazione atriale, paziente nefropatico. Tali percorsi hanno visto compiuta la fase di programmazione e condivisione nel corso del 2017.

PDTA in fast track: questi percorsi assistenziali, come le urgenze, sono direttamente avviati dal medico di medicina generale; il PDTA per Trombosi venosa profonda e ischemia critica degli arti inferiori è già utilizzato su tutto il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro; altri saranno individuati e condivisi con tutti i soggetti interessati.

Criteri di priorità: in fase di prima attuazione della DGRT 1080/2016, ci si prefiggono tempi di risposta di tutte le richieste di esami strumentali e di consulenze specialistiche di primo contatto, articolati in 3 categorie: U entro 72 ore, B entro 10 giorni e D entro 30-60 giorni. I criteri di priorità sono stati condivisi con medici prescrittori, attraverso la rete delle AFT.

Ridefinizione dell'offerta e dei tempi di attesa nell'ambito delle Zone/Distretto: ci si prefigge di dare risposta alle richieste di primo contatto nei tempi della DGRT 493/2011 in un ambito territoriale corrispondente alla Zona-distretto per le seguenti prestazioni: visita oculistica, ortopedica, cardiologica, dermatologica, ORL, neurologica; ecografia addome, Rx scheletro e diretta d'organo. Nel corso del 2017 si è provveduto all'acquisizione dei dati riferibili alla domanda espressa a livello zonale e laddove si è verificato un disallineamento con l'offerta, sono state adottate azioni correttive provvedendo, tra l'altro, anche l'acquisizione da privato accreditato delle prestazioni necessarie, secondo un innovativo modello basato sulla libera scelta del paziente, con superamento del criterio di assegnazione di budget predeterminato alle singole strutture convenzionate. Nel corso del 2017 sono stati messi a punto sistemi di monitoraggio in tempo reale delle attese effettive per una lista di prestazioni critiche, su tutti gli ambiti territoriali, in modo da poter tempestivamente assumere le conseguenti azioni correttive.

Anche per quanto attiene **l'assistenza farmaceutica** sono stati inseriti obiettivi quantitativi e qualitativi.

Di seguito risultati raggiunti con particolare attenzione alla farmaceutica territoriale.

Ad un anno dalla sua costituzione, la ASL Toscana Centro riesce a chiudere il 2017 con dei risultati molto positivi in termini di governo della spesa farmaceutica convenzionata, corrispondente al costo dei farmaci dispensati dalle farmacie pubbliche e private del territorio e rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale.

In uno scenario territoriale complesso caratterizzato da un invecchiamento della popolazione e da un aumento delle patologie cronico degenerative spesso con comorbilità, è difficile assicurare l'innovatività terapeutica e quindi una migliore cura, garantendo contemporaneamente la sostenibilità del sistema.

E' stata questa la sfida che nel 2017 la ASL Toscana Centro ha voluto sostenere in stretta collaborazione con i propri medici di Medicina Generale al fine di garantire ai propri assistiti tutta l'assistenza farmaceutica necessaria pur rispettando le risorse economiche disponibili.

Di fatto, nella prima metà del 2017, la ASL Toscana Centro sembrava non riuscire nell'obiettivo, registrando il valore di spesa pro capite più alto nella regione Toscana; ma a seguito di percorsi condivisi con la Medicina Generale nel perseguire l'appropriatezza prescrittiva dei trattamenti farmacologici, l'Azienda è riuscita a concludere l'anno positivamente, andando addirittura a rappresentare la *best practice* regionale con una spesa pro capite pari a 123,20 euro a fronte di una media toscana di 124,78 euro.

Un forte contributo all'abbattimento dei costi è derivato dal maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e dall'aver privilegiato nei trattamenti terapeutici le cure che, a parità di efficacia e di sicurezza per gli assistiti, garantissero un corretto utilizzo delle risorse.

Pur in un sistema così complesso e vasto quale è quello della ASL TC che comprende le quattro ex ASL di Pistoia, Prato, Firenze ed Empoli (con una popolazione in carico pari 1.625.544 assistiti), il coinvolgimento dei clinici nel processo di governance farmaceutica e di appropriatezza delle cure ha generato dei risultati che si stanno consolidando nel tempo.

Nel 2018 lo stesso percorso seguito con la Medicina Generale sarà intrapreso anche con i medici specialisti più strettamente coinvolti nei trattamenti ad alto costo che riguardano le patologie oncologiche piuttosto che le malattie neurologiche o reumatologiche.

Ad oggi, se vogliamo garantire ad ogni assistito gli adeguati e necessari trattamenti farmacologici è indispensabile evitare ogni forma di spreco o di inappropriatezza, e questo obiettivo è raggiungibile.

Monitoraggio degli esiti clinico - assistenziali della Asl Toscana centro

E' importante evidenziare le aree di erogazione clinico assistenziali che necessitano di una analisi approfondita per comprendere se gli scostamenti dalla media dipendono da:

- elementi di codifica
- elementi di selezione del campione
- scelte organizzative (elementi di selezione del campione)
- caratteristiche epidemiologiche

Le informazioni derivano dal Piano regionale di osservazione degli esiti PrOsE, che coerentemente al nostro obiettivo, si propone di realizzare una cultura organizzativa pragmatica e costruttiva che dipende dai professionisti clinici. Questa cultura organizzativa consiste nei valori e norme dominanti, delle pratiche adottate dagli operatori nelle interazioni con i pazienti, i colleghi, e la società in generale, e dai comportamenti indicati come modelli da seguire (tratto da policy PrOsE). Come traccianti abbiamo scelto

set di indicatori che ci consentono di trarre informazioni nei diversi ambiti di erogazione delle cure rappresentativi dell'offerta della Asl Toscana centro. Ambiti delle Cure e indicatori :

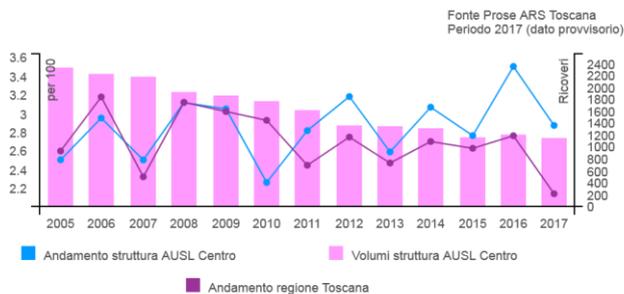
- Chirurgico
 - Chirurgia Generale
 - Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario complicanze a 30gg
 - Chirurgia Vascolare
 - Aneurisma Aorta addominale non rotto, rischio di morte a 30gg
 - CEA, rischio di morte o ictus a 30gg
 - Chirurgia Oncologica
 - K colon proporzione interventi in laparoscopia e rischio di morte a 30gg
 - K pancreas rischio di morte a 30gg
 - K Stomaco rischio di morte a 30gg
 - K retto rischio di morte a 30gg
 - K polmone rischio di morte a 30gg
 - Re interventi a 120gg negli interventi conservativi del K mammella
 - Ortopedia e Traumatologia
 - Frattura del femore, quota di pazienti operati entro 2g
 - Frattura del femore rischio di morte a 30gg
- Medico
 - Medico ad alta integrazione con il sistema di cure primarie
 - BPCO rischio di morte a 30gg
 - Scompenso cardiaco rischio di morte a 30gg
 - Polmonite rischio di morte a 30gg
 - Medico ad alta integrazione con il sistema dell'emergenza – urgenza
 - IMA rischio di morte a 30gg
 - ICTUS rischio di morte a 30gg
- Materno Infantile
 - Parto, proporzione parti cesarei primari
 - Parto naturale e cesareo , complicanze severe

Esiti delle cure in Chirurgia

Chirurgia Generale

Nella nostra azienda il 94.2% di colecistectomie sono eseguite per via laparoscopica, con una variabilità ridotta, infatti l'ospedale con la quota più bassa arriva al 86.5%, questo a testimonianza di un buon grado di penetrazione della tecnica.

Colecistectomia endo in ordinario, rischio complicanze 30g per 100, AUSL Centro

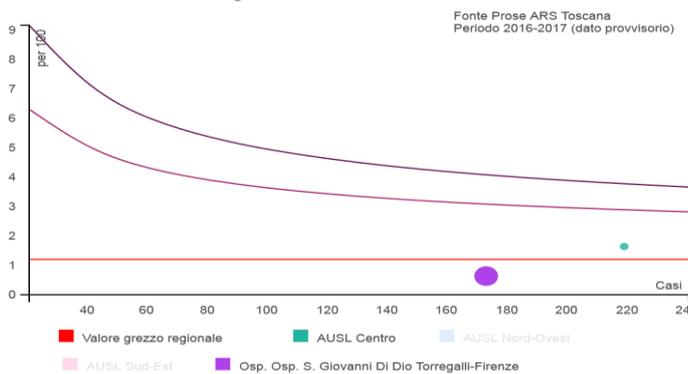


Per quanto riguarda le complicanze a 30gg dopo colecistectomia laparoscopica in regime ordinario si evidenzia un netto miglioramento del tasso di complicanze che scende da 3.5 al 2.8%, con una variabilità, seppur contenuta, tra i diversi ospedali della nostra azienda.

La linea di intervento sviluppata in questo momento si propone di analizzare e intervenire sui determinanti di questa variabilità.

Chirurgia Vascolare

Aneurisma AA non rotto, rischio morte 30g per 100, Osp. Osp. S. Giovanni Di Dio Torregalli-Firenze - Periodo 2016-2017



La mortalità dopo intervento per Aneurisma Aorta addominale non rotto, si attesta nella media regionale, seppur con valori più bassi, con un'unica struttura organizzativa di erogazione.

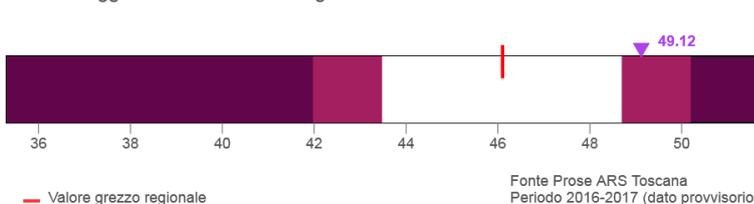
Anche per l'intervento di endoarterectomia carotidea il rischio di morte o ictus a 30gg è in media.

Chirurgia Oncologica

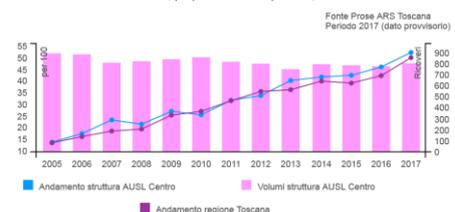
Nella nostra azienda la proporzione interventi in laparoscopia K colon è di poco inferiore al 50% con una costante tendenza all'incremento. Tale dato si differenzia in modo statisticamente significativo rispetto alla media regionale ed è particolarmente espresso nelle aree di Pistoia e Prato.

Intervento K colon, proporzione endo per 100, AUSL Centro

Valore aggiustato 49.12 - Valore grezzo 50.46 - Eventi 1403 - Periodo 2016-2017

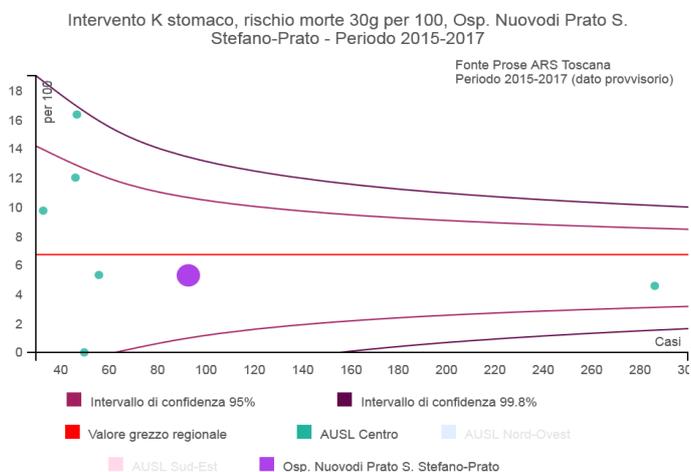


Intervento K colon, proporzione endo per 100, AUSL Centro



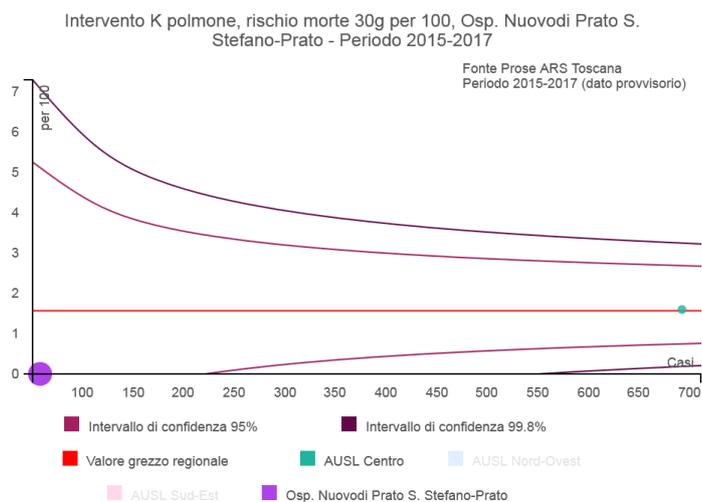
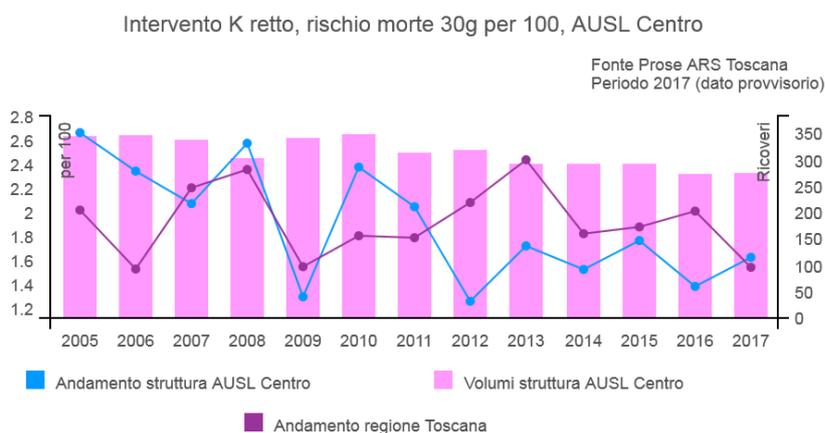
Questi dati sono a testimonianza di un buon grado di penetrazione di questa tecnica nel trattamento del tumore del colon. Il rischio di morte a 30gg dopo interventi di K colon è in media regionale con una variabilità che è contenuta all'interno della media in tutti i nostri ospedali di erogazione.

Il rischio di morte a 30gg dopo intervento per K pancreas è anch'esso in media regionale, con qualche azione da porre in essere in relazione al volume degli interventi effettuati nei diversi punti di erogazione.



Nel K Stomaco rischio di morte a 30gg dopo intervento è in media, seppur sui suoi valori più bassi. Emergono due aspetti da esplorare: il primo si riferisce alla dispersione delle casistiche (tema che interessa 4 strutture), il secondo è sulla variabilità degli esiti che su di una singola struttura dovrebbero essere indagata, con un controllo sulla correttezza delle codifiche, e attraverso la revisione del percorso di cura, in particolare sui criteri di eleggibilità. Performance sotto la media regionale (cioè con buoni risultati) per Pistoia, Prato ed Empoli.

Il rischio di morte a 30gg nell'intervento per K retto è caratterizzato da mortalità allineata alla media regionale con un trend, negli ultimi anni, in progressiva riduzione. Nonostante il fenomeno sia sotto controllo, si evidenziano alcuni elementi meritevoli di approfondimento in relazione alle dispersioni delle casistiche.



Nell'area vasta centro solo due strutture hanno effettuato interventi per K del polmone.

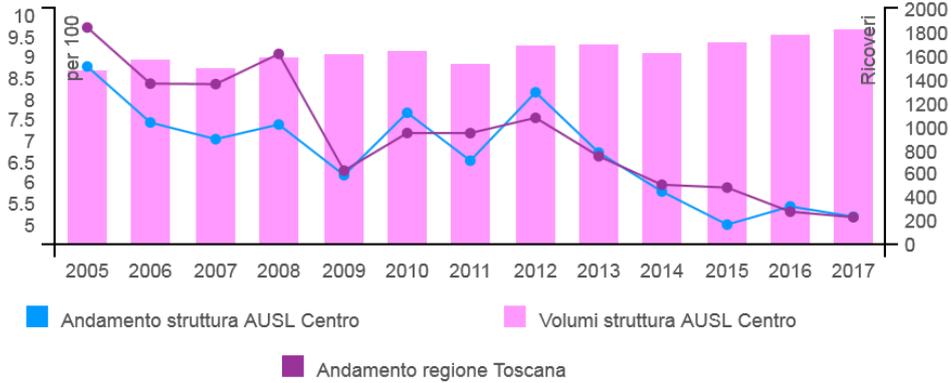
La struttura di pertinenza aziendale ha un tasso di mortalità pari a zero, ma la scarsa numerosità non consente di effettuare qualsivoglia inferenza. L'altra struttura è rappresentata dall'Azienda Ospedaliera Universitaria. Anche in questo caso la valutazione sulla dispersione delle casistiche dovrà essere sviluppata in relazione a pianificate sinergie di rete.

La qualità delle cure nella neoplasia della mammella viene valutato usando come tracciante la quota di interventi a 120gg dopo trattamento conservativo del K mammella.

L'andamento della nostra azienda è in media regionale e negli ultimi anni è caratterizzato da una costante e progressiva riduzione di re interventi per questa tipologia di neoplasia.

Interventi conservativi K mammella, reinterventi 120g per 100, AUSL Centro

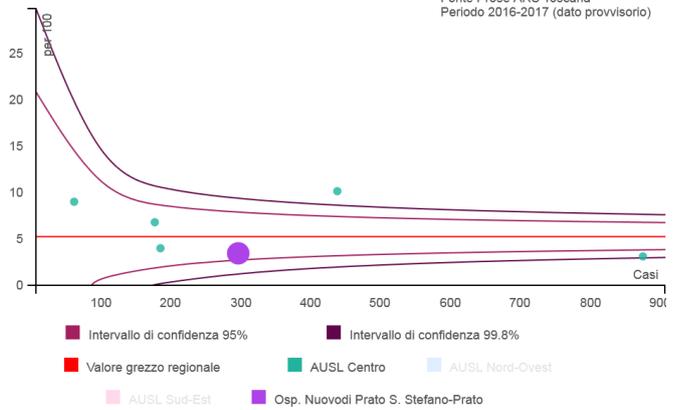
Fonte Prose ARS Toscana
Periodo 2017 (dato provvisorio)



A fronte di questo positivo andamento, si osserva una certa variabilità nelle diverse strutture. L'erogatore della nostra azienda che ha maggiori volumi ha il maggior numero di re interventi è anche quello che ha i maggiori volumi, e sta in quest'anno acquisendo il back ground tecnologico per correggere questo disallineamento. Sempre dal funnel plot si può osservare una dispersione della casistica, ma in realtà superato dalle equipe chirurgiche itineranti, da percorsi di cura e realizzazione di GOM comuni e coordinati.

Interventi conservativi K mammella, reinterventi 120g per 100, Osp. Nuovodi Prato S. Stefano-Prato - Periodo 2016-2017

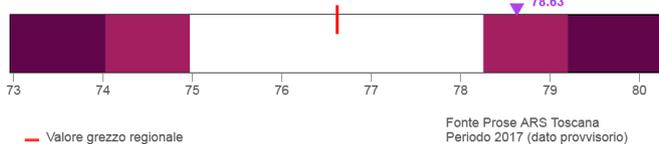
Fonte Prose ARS Toscana
Periodo 2016-2017 (dato provvisorio)



Ortopedia e Traumatologia

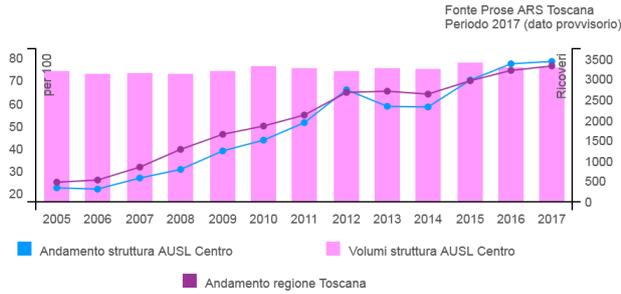
I due traccianti per leggere la traumatologia, ma che leggono anche il livello di organizzazione ospedaliera e integrazione professionale, estendendosi dalla gestione dell'emergenza sino alla fase riabilitativa, si riferiscono alla frattura di femore e riguardano la tempestività e mortalità dell'intervento.

Frattura femore, percentuale interventi 2g per 100, AUSL Centro
Valore aggiustato 78.63 - Valore grezzo 78.76 - Eventi 2556 - Periodo 2017

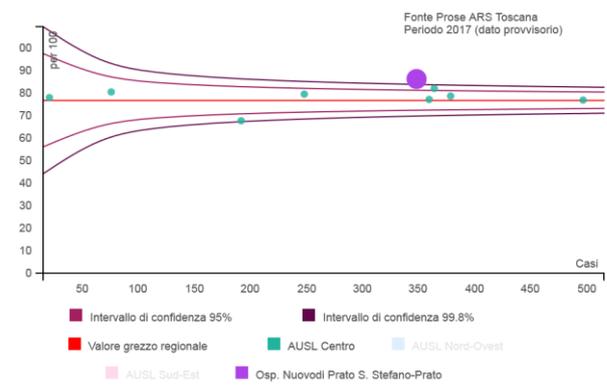


L'azienda UsI Toscana centro ha la migliore tempestività di intervento a livello regionale, ed anche una delle migliori prestazioni a livello nazionale. Tale dato è incostante e stabile miglioramento da un decennio, arrivando oramai quasi a plateau.

Frattura femore, percentuale interventi 2g per 100, AUSL Centro



Frattura femore, percentuale interventi 2g per 100, Osp. Nuovodi Prato S. Stefano-Prato - Periodo 2017

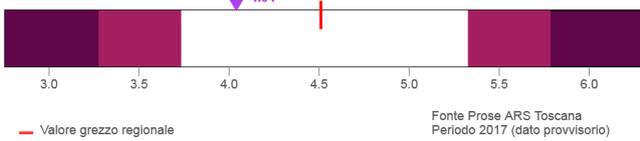


Soltanto uno stabilimento di erogazione è significativamente più basso rispetto alla media regionale, comune con un valore pari al 67.6% . 2 pazienti su 3 sono comunque operati entro le 48 ore.

La buona selezione dei pazienti da operare tempestivamente è evidenziata dal fatto che il rischio di morte a 30gg dopo intervento per frattura del femore è in media regionale seppur nella parte più bassa della forbice, fenomeno fra l'altro con un trend positivo negli anni.

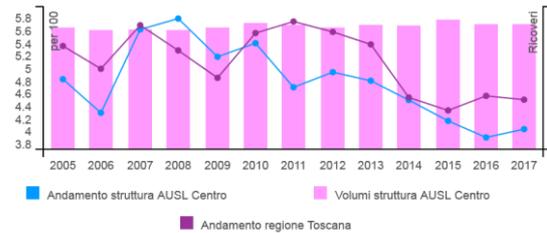
Frattura femore, rischio morte 30g per 100, AUSL Centro

Valore aggiustato 4.04 - Valore grezzo 4.27 - Eventi 2622 - Periodo 2017



Frattura femore, rischio morte 30g per 100, AUSL Centro

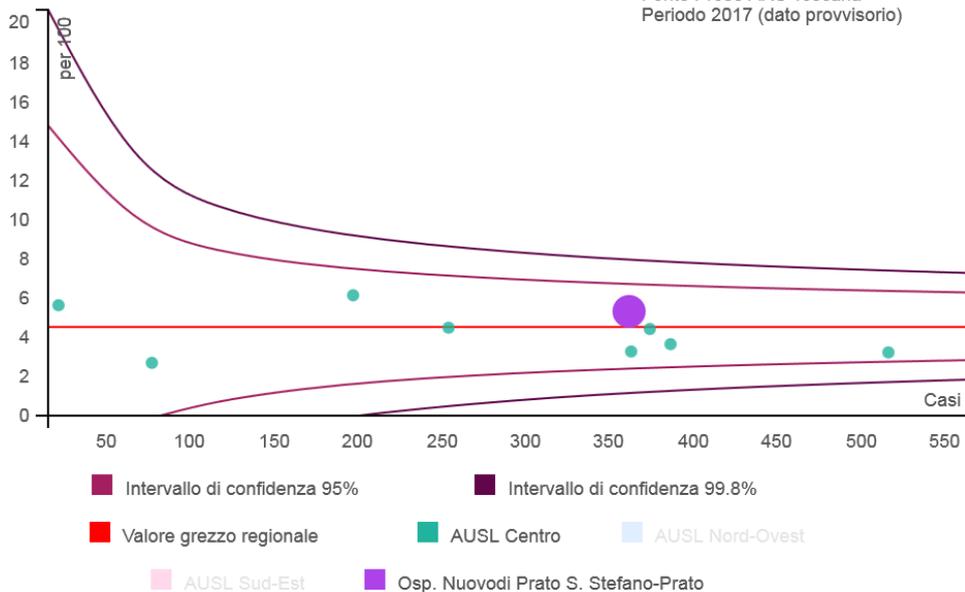
Fonte Prose ARS Toscana
Periodo 2017 (dato provvisorio)



La variabilità delle mortalità tra i diversi presidi di erogazione è contenuta all'interno della media regionale.

Frattura femore, rischio morte 30g per 100, Osp. Nuovodi Prato S. Stefano-Prato - Periodo 2017

Fonte Prose ARS Toscana
Periodo 2017 (dato provvisorio)

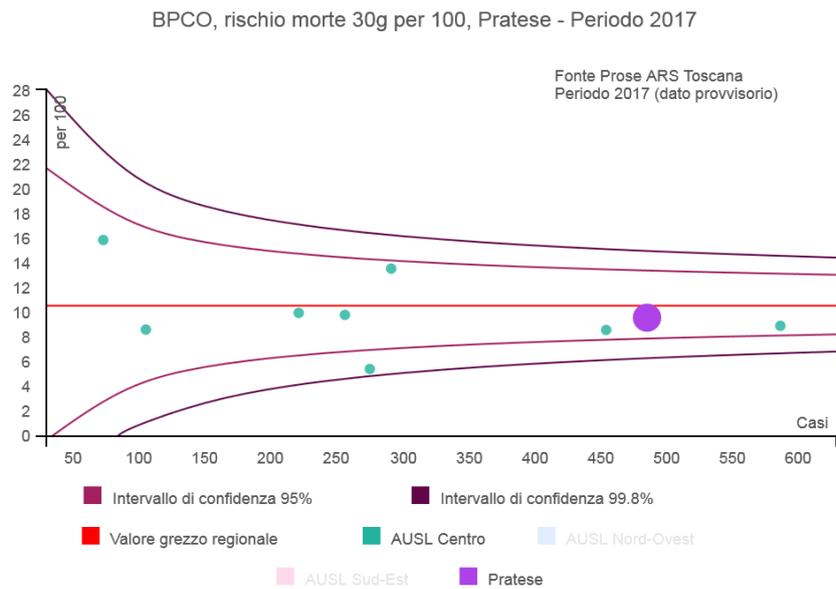


Medico

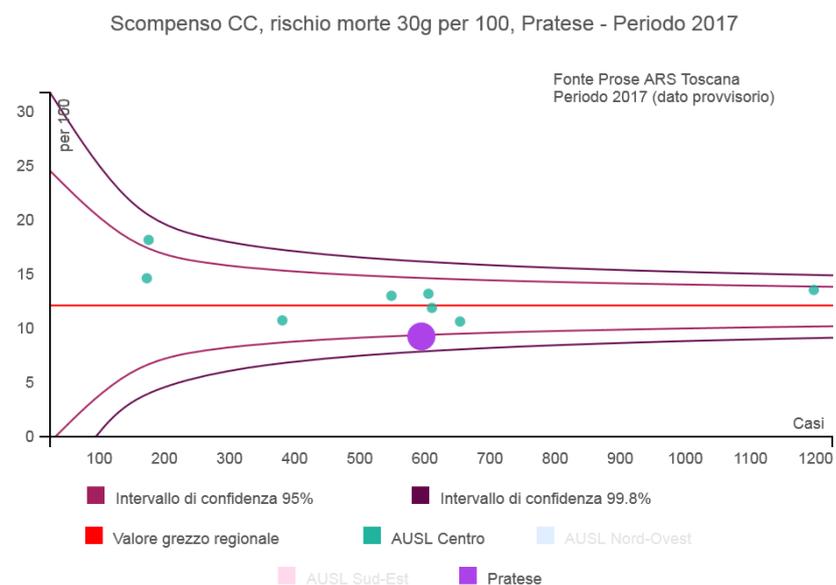
Il percorso di cura di tipo medico ha essenzialmente uno sviluppo ad alta integrazione con le cure territoriali, con le cure primarie per le patologie cronic degenerative, con il sistema dell'emergenza territoriale per le patologie tempo dipendenti. A causa di queste due considerazioni la prospettiva di analisi per i percorsi medici sarà basata sulla prospettiva residenti e non sulla prospettiva ospedaliera (di erogazione).

Medico ad alta integrazione con il sistema di cure primarie

Il rischio di morte a 30gg dopo ricovero per BPCO è al di sotto della media regionale, la variabilità di questa buona performance sugli esiti è contenuta per tutte le zone distretto entro la media regionale (I.C.95%)



Per il rischio di morte a 30gg dopo ricovero per scompenso cardiaco la performance dell'azienda è in media regionale, ma in questo caso vi è una maggiore variabilità degli esiti.



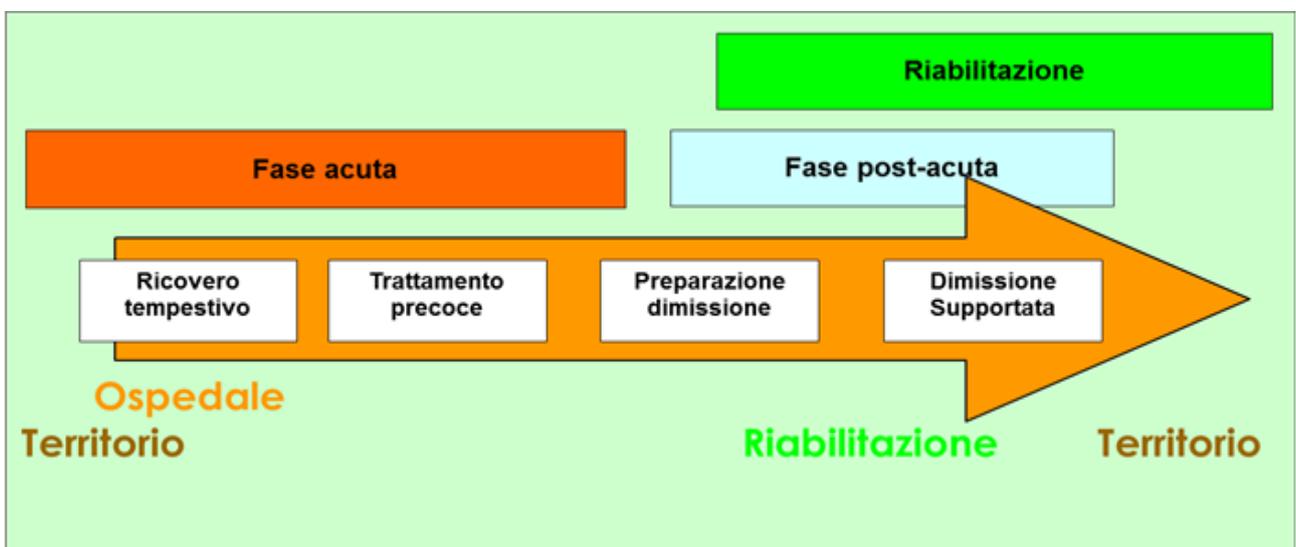
A fronte di una zona con prestazioni migliori del dato regionale abbiamo due zone distretto sopra la media, ZD Fiorentina e Valdarno Inferiore (nel 2018 accorpata alla ZD Empolese). Sono in corso gli approfondimenti

per comprendere i determinanti di questi fenomeni che potrebbero essere sia di natura epidemiologica oppure legati alla maggior appropriatezza del ricovero e quindi alla selezione di pazienti più gravi, infine si potrebbe evidenziare la necessità di rivedere il percorso di cura nel suo insieme. Inoltre per meglio comprendere il fenomeno l'azienda sta predisponendo l'analisi congiunta con indicatori di mortalità costruiti sulla stima della popolazione residente.

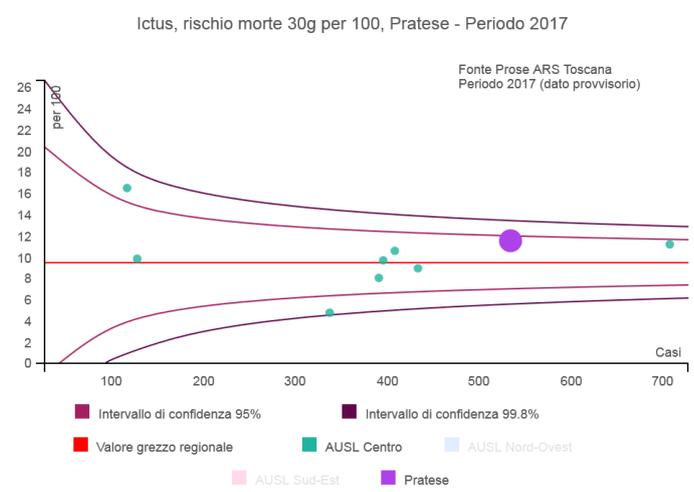
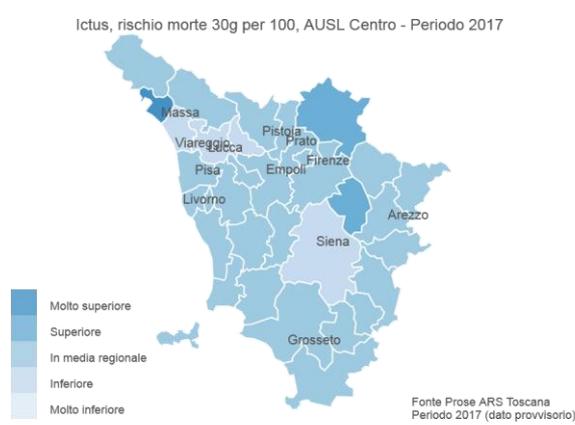
In merito al rischio di morte a 30gg dopo ricovero per polmonite, la nostra azienda è in media regionali, con due erogatori con tassi di mortalità significativamente inferiori alla media regionale.

Medico ad alta integrazione con il sistema dell'emergenza – urgenza

Il rischio di morte a 30gg dopo ricovero per Ictus è un tracciante debole poiché il vero esito dell'ictus è il recupero funzionale, ma al momento da flussi correnti non sono disponibili tali informazioni.

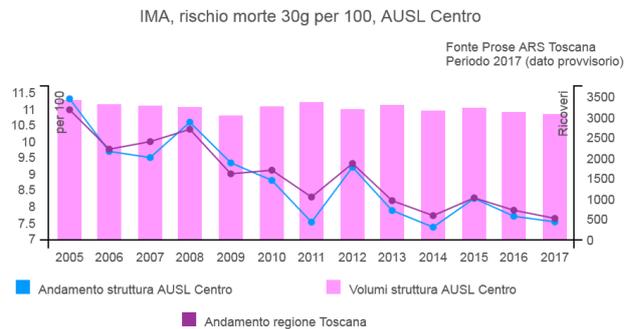
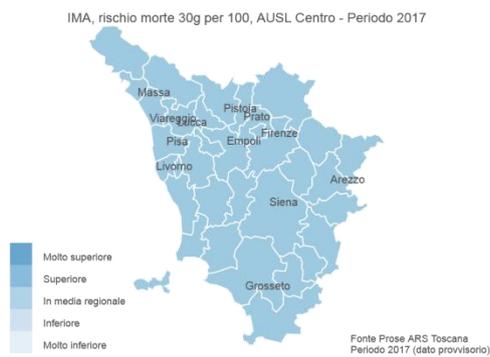


Tale tracciante, come quello dell'IMA, evidenzia il buon funzionamento della filiera che va dall'educazione al paziente alla fase di rientro al domicilio caratterizzata da aspetti sia sanitari che sociali. In ogni modo, il rischio di morte a 30 gg è compreso nella media regionale, con una sola zona che ha valore significativamente sopra la media.



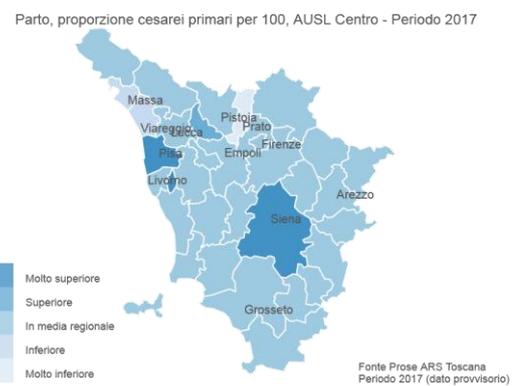
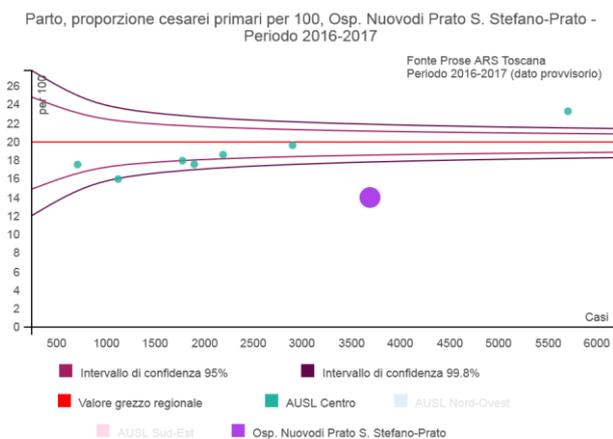
E' in corso di predisposizione cuna revisione che mira ed esplorare tutti fattori critici del buon esito, ed essendo una zona montana, diviene cruciale la lettura sistemica del fenomeno, non ultima la selezione dei pazienti che spesso è determinate nella misura dell'esito.

Il rischio di morte a 30gg per IMA è in media regionale, non vi è variabilità rispetto alla media nelle differenti zone distretto, inoltre si osserva un costante trend al miglioramento negli ultimi 10 anni.



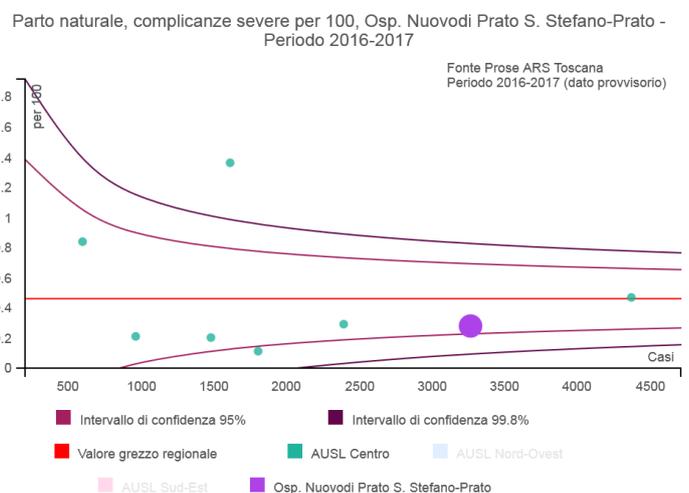
Materno Infantile

L'azienda UsI centro Toscana presenta un tasso di parti cesarei primari da anni al di sotto della media regionale. In alcune strutture, ai primi posti a livello nazionale, anche di molto inferiori rispetto alla media regionale.



Tali prestazioni, naturalmente vengono sostenute dal fatto che si osserva anche un tasso di complicanze nel parto naturale in media regionale, ma con una struttura che presenta valori più alti in modo significativo.

A tale proposito si sta per attivare una revisione della casistica atta, in prima battuta, a verificare la bontà delle codifiche e sulle pratiche trasfusionali nel post partum. I punti nascita della azienda UsI centro per quanto concerne le complicanze in parto cesareo sono in media regionale. E' presenta una variabilità geografica nel territorio della zona distretto fiorentina che si prevede di esplorare con una revisione della casistica.



Valutazione MeS- Attività 2017

Bersaglio 2017 aggiornato al 03 giugno 2018

Le performance delle Aziende sanitarie toscane sono valutate, su mandato regionale, dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore S.Anna di Pisa; a tal fine sono utilizzati vari indicatori aggiornati di anno in anno. Tali indicatori sono utili anche per confrontare la Regione Toscana con altre regione italiane. Il fine è quello di rilevare e comprendere l'andamento delle performance della sanità toscana per migliorarne i risultati.

Il Bersaglio è la rappresentazione grafica e sintetica delle performance ottenute: gli indicatori prescelti sono collocati in una delle cinque fasce di colore presenti ed a ciascuna fascia è associata una valutazione: rossa per performance molto scarsa, arancio per performance scarsa, gialla per performance media, verde chiaro per performance buona e verde scuro per performance ottima. I pallini bianchi rappresentano ciascuno un indicatore (semplice o composito) ed il rispettivo posizionamento è determinato dalla performance ottenuta nell'anno di riferimento.

Gli indicatori utilizzati dal MeS di Pisa per valutare la performance 2017 delle Aziende del SSR toscano sono 41 (al 12 giugno 2017). La quasi totalità di tali indicatori sono compositi e si articolano in un numero variabile di sub-indicatori.

La distribuzione per fascia di performance degli indicatori 2017 della ASL TC è riportata nella tabella seguente.

Performance 2017	n.	%
ottima	2	4,9
buona	12	29,3
media	20	48,8
scarsa	6	14,6
molto scarsa	1	2,4
totale	41	100

Dei 41 indicatori utilizzati 40 erano presenti anche nel 2016; nella tabella seguente l'andamento di tali indicatori.

Andamento 2016-2017	n.	%
stabile	27	67,5
miglioramento	5	12,5
peggioramento	8	20,0
totale	40	100,0

Tutti gli indicatori che hanno confermato la performance del 2016 erano in fascia gialla o verde; le uniche eccezioni sono date dai ricoveri ripetuti (fascia rossa) e l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (fascia arancio); sono allo studio ulteriori interventi mirati, nel primo caso, a migliorare il processo di dimissione dall'ospedale e presa in carico nel territorio. Per l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica si mira ad incrementare, ad esempio, la prescrizione di alcune classi di farmaci (es. oppioidi per il controllo del dolore), ridurre quella di altre (es. inibitori pompa protonica ed antidepressivi), favorire forme di distribuzioni economicamente più vantaggiose, impostare una corretta terapia a lungo termine già al momento della dimissione.

Indicatori in peggioramento

Area Critica

Percorso Emergenza Urgenza (C16b)

La flessione della performance è essenzialmente da porre in relazione con i tempi di risposta del Pronto Soccorso che risultano sostanzialmente stabili per i codici rossi, in leggera flessione per i gialli ed in aumento per i rimanenti codici colore che rappresentano la parte numericamente più consistente dell'attività.

Tempi di attesa media in minuti per codice colore. Fonte ARS					
	Bianco	Azzurro	Verde	Giallo	Rosso
2016	53,76	73,47	53,05	27,49	9,98
2017	58,64	74,87	53,72	26,21	9,97

E' opportuno evidenziare la riduzione della quota di soggetti con un nuovo accesso al PS entro 72 da un precedente accesso. Si fa presente che l'indicatore non prende in considerazione alcun aspetto legato all'attività del 118, che risulta positiva nella ATC.

Terapie Intensive (C22)

L'indicatore C22 è un indicatore composito, nel 2016 comprendeva solo l'adesione delle Terapie Intensive a progetti di qualità nazionali; sotto questo aspetto la performance della USL TC continua ad esser ottima o buona; nel 2017 sono stati valutati anche sub indicatori di esito, processo, appropriatezza del setting: le relative performance aziendali risultano tutte buone o medie, queste ultime hanno comunque determinato un passaggio alla fascia media.

Percentuale assenze E2

L'incremento delle assenze, al netto delle ferie godute ma comprensive delle gravidanze, riscontrato nella ASL TC si iscrive in un trend generalizzato che, con l'eccezione di ISPO, coinvolge tutte le Aziende del SSR toscano.

Appropriatezza diagnostica C12

La performance relativa al tasso di RM muscolo-scheletriche permane, anche nel 2017, la migliore della regione; in peggioramento invece la percentuale di pazienti che ripetono la RM lombare entro 6 mesi; tale tendenza, comune a tutta la Toscana, rende necessario che migliori ulteriormente l'appropriatezza prescrittiva.

Efficienza ed Efficacia dei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di lavoro F15a

Il flettere della performance è da porre in relazione con le difficoltà organizzative verificatesi nel Dipartimento della Prevenzione che sono state affrontate nel corso dell'anno.

Salute Mentale C15a

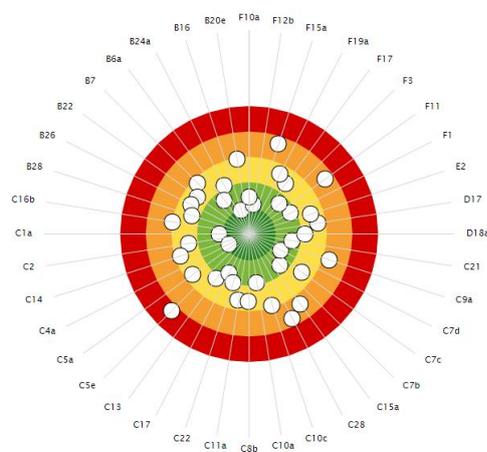
Il ricorso all'ospedalizzazione per malattie psichiatriche evidenzia una positiva riduzione, gli altri sub-indicatori registrano un trend negativo che rende necessaria l'adozione di specifiche azioni correttive già avviate nell'ultima parte dell'anno.

Dei cinque indicatori in miglioramento quattro sono relativi a situazioni critiche nel 2016: copertura vaccinale, appropriatezza farmaceutica, dimissioni volontarie e sanità digitale.

Gli indicatori precedenti sono integrati da indicatori di risultato/contexto che nel 2017 sono cinque, tutti stabili rispetto dell'anno precedente; quattro indicatori (mortalità infantile, per malattie cardiovascolari, per suicidi e tasso di anni di vita potenzialmente persi) hanno performance ottime o buone, la mortalità per tumori si pone poco al di sotto del valore medio regionale.

Di seguito il Bersaglio della ASL TC relativo all'anno 2017

Ausl Centro 2017



3. Risorse, efficienza ed economicità

Il personale dipendente

L'Ausl Toscana Centro conta oltre le 14.400 unità di personale dipendente assunto sia a ruolo che a tempo determinato.

Nella tabella che segue la suddivisione nelle varie qualifiche

Tempo indeterminato	14011
Dirigenti	2703
Dirigenti medici	2305
Dirigenti veterinari	64
Dirigenti sanitari	224
Dirigenti professioni sanitarie	25
Dirigenti prof.-tecn.	40
Dirigenti amministrativi	45
Comparto sanitario	7548
Infermieri	5546
Tecnici di laboratorio	281
Tecnici di radiologia	296
Altro personale	1425
Comparto prof.-tecn.	2465
OSS	1461
Altro personale	1004
Comparto amministrativi	1295
Tempo determinato	485
Dirigenti	153
Dirigenti medici	129
Dirigenti sanitari	19
Dirigenti professioni sanitarie	1
Dirigenti prof.-tecn.	2
Dirigenti amministrativi	2
Comparto sanitario	204
Infermieri	50
Tecnici di laboratorio	52
Tecnici di radiologia	5
Altro personale	97
Comparto prof.-tecn.	97
OSS	82
Altro personale	15
Comparto amministrativi	31

Evoluzione della performance economica in azienda

1. Obiettivi 2017

A seguito della costituzione dell'Azienda USL Toscana centro dal 1 Gennaio 2016, ottenuta dalla fusione delle quattro ex aziende USL 3 di Pistoia, USL 4 di Prato, USL 10 di Firenze ed USL 11 di Empoli la costituita Direzione Aziendale ha iniziato un processo di riorganizzazione volto al mantenimento e al miglioramento degli standard di erogazione delle prestazioni di cura con anche l'obiettivo sfidante di contenimento e razionalizzazione della spesa.

Terminato l'esercizio 2016, l'Azienda USL Toscana Centro, in sede di programmazione delle attività e delle risorse economico finanziarie a sostegno di tali attività, ha predisposto il Bilancio di previsione 2017 ed ha fornito in corso d'anno, mensilmente, a Regione Toscana dati di monitoraggio dell'andamento del conto economico per consentire una valutazione costante dell'andamento dei conti.

Gli obiettivi economici, utili alla predisposizione del Bilancio di Previsione 2017, hanno tenuto conto delle indicazioni impartite alle Pubbliche Amministrazioni tramite le leggi finanziarie e delle indicazioni ricevute dalla Regione Toscana che prevedono il raggiungimento del pareggio di bilancio e il contenimento di alcune specifiche voci di spesa:

- previsione della spesa del personale che non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 %;
- costi relativi alla farmaceutica territoriale (quindi alla farmaceutica convenzionata, alla distribuzione diretta, alla distribuzione per conto ed ai vaccini) che, nel loro complesso, non superino quelli sostenuti nel 2016;
- costi relativi alla farmaceutica ospedaliera (comprendente anche i farmaci per la cura dell'epatite C), che non superino quelli sostenuti nell'esercizio 2015 (al netto delle note di credito di competenza di tale esercizio);
- rinvio alla normativa vigente (L. 122/2010, L.R.T. n.65/2010 e DGR 81/2012) per quanto concerne le indicazioni relative al contenimento delle spese di funzionamento (a titolo esemplificativo spese di pubblicità, rappresentanza, missioni, formazione...).

Tutto questo tenendo conto del perseguimento della riduzione delle liste d'attesa, in potenziale controtendenza agli obiettivi di contenimento della spesa ma che spinge alla massimizzazione dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

2. Risultati 2017

Per raggiungere l'obiettivo economico-finanziario definito dalla programmazione regionale l'Azienda ha messo in atto misure di razionalizzazione e contenimento dei costi, secondo quanto disposto dalla normativa nazionale in materia sanitaria, garantendo al contempo il mantenimento della qualità dei servizi forniti ai cittadini.

L'osservanza degli obiettivi sopra riportati, in presenza di rilevanti difficoltà legate anche a fattori esogeni come ad esempio l'invecchiamento della popolazione ed il relativo aumento delle prestazioni socio-sanitarie erogate nonché del processo di riduzione delle liste di attesa con limitate risorse disponibili, ha comportato anche per il 2017 sforzi gestionali atti a rendere più efficiente l'impiego di tali risorse.

Una delle principali leve utilizzate in corso d'anno è stata quella di individuare azioni di contenimento della spesa assieme a tutti i responsabili di Dipartimento, sia sanitari che amministrativi, ovvero attraverso il proseguimento di specifici progetti aventi come obiettivo il contenimento della spesa.

Le azioni hanno interessato sia settori sui quali l'appropriatezza e il contenimento dei costi sono da tempo oggetti di attenzione, quali la farmaceutica e le risorse umane, sia altri come a titolo d'esempio le manutenzioni, le utenze, le convenzioni con il privato accreditato ed i trasporti sanitari.

Per la farmaceutica ci sono state importanti razionalizzazioni sulla voce degli acquisti sanitari e della farmaceutica convenzionata che hanno riguardato l'appropriatezza prescrittiva ad esempio dei farmaci per la cura del diabete, per le patologie dell'apparato cardiovascolare, per i farmaci anti demenza e scendendo nel dettaglio, specialmente per la farmaceutica convenzionata, di farmaci inibitori di pompa, sartani, antidepressivi, farmaci respiratori, antibiotici, genericabili, Vit D. ecc.

A tal fine è stato creato un Nucleo Tecnico sull'Appropriatezza (NTA) composto dai Direttori dei Dipartimenti, dalla Direzione Sanitaria e presieduto dal Dipartimento del Farmaco, il quale, con il supporto del Controllo di Gestione, ha monitorato mensilmente l'andamento di specifiche molecole (ATC) collegate ad azioni di appropriatezza prescrittiva su tutti i canali distributivi: convenzionata, distribuzione per conto, distribuzione diretta e consumi interni. Gli incontri, a cadenza mensile, sono finalizzati alla condivisione dei dati di monitoraggio e all'analisi critica e alla discussione tecnico-scientifica tra farmacisti da un lato e clinici (Direttori dei dipartimenti specialistici o loro delegati) con il duplice scopo di perseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva e una migliore economicità ed efficienza gestionale. I risultati di questi incontri vengono sintetizzati tramite diapositive e Verbali redatti dalla Direzione Sanitaria e conservati agli atti come documenti di governo aziendale.

Per le risorse umane è stato introdotto, all'interno della nuova Azienda, uno strumento di valutazione e lettura della produttività aziendale ovvero l'analisi dei carichi di lavoro, strumento che ha assunto un ruolo fondamentale nel nuovo assetto organizzativo delineato per la pubblica amministrazione italiana dalla normativa degli ultimi anni. L'ottimale allocazione delle risorse di personale è infatti condizione necessaria per realizzare gli sperati recuperi di efficienza nel settore pubblico.

Tutto questo ha portato a sottoscrivere con Regione Toscana un impegno di riduzione dei costi complessivo di 21 milioni di euro sulla previsione di chiusura 2017.

Nella valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi definiti, l'Azienda USL Toscana Centro ha:

- rispettato l'obiettivo sulla spesa del personale;
- rispettato complessivamente l'obiettivo di spesa 2017 su acquisti sanitari, distribuzione diretta e assistenza farmaceutica;
- rispettato l'obiettivo di contenimento sui costi di funzionamento.

Lo sforzo gestionale messo in atto per contenere costi, a fronte di un utilizzo più efficiente delle risorse allocate, non ha pregiudicato l'attività di riduzione delle liste d'attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che ospedaliere.

Riguardo le prestazioni ospedaliere, ad esempio, nel 2017 l'andamento delle liste d'attesa per gli interventi di chirurgia programmata rispetto agli anni precedenti non è più crescente, ma si è stabilizzato. In particolare sono stati "smaltiti" circa 1800 interventi chirurgici programmati rispetto al 2016, grazie ad una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse fisiche presenti nei presidi ospedalieri (letti, sale operatorie, ecc).

4. Pari opportunità e bilancio di genere

Nell'Ausl Toscana Centro la presenza femminile raggiunge il 73% e quella maschile il 23%.

Si tratta di una realtà numerica che manifesta una crescita costante delle donne in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale.

Fra i dirigenti le donne superano gli uomini: complessivamente le donne dirigenti sono il 53 %, di cui il 9% è medico e il 2% non medico, mentre gli uomini dirigenti sono il 47% di cui l'8% è medico e l'1% non medico.

Gli uomini negli incarichi di struttura sono il 68% mentre le donne il 32%.

La presenza delle donne non è più circoscritta a categorie storicamente femminili, come la professione infermieristica, ma inizia a incidere anche sui ruoli apicali anche se risulta essere ancora in prevalenza maschile.

A chiedere il *part time* sono soprattutto le donne: il 5% contro l'1% degli uomini.

Di seguito alcune tabelle di sintesi

BILANCIO DI GENERE	
F	73%
M	27%

Ruolo	SESSO	
	AMMINISTRATIVO	F
	M	2%
MEDICO VETERINARIO E SANITARIO	F	52%
	M	21%
TECNICO	F	13%
	M	4%

Dirigenti	percentuale
F	53%
M	47%

Fruitori di part Time

	% sul totale
PART TIME	TOTALE
F	5%
M	1%

Incarichi di tipo gestionale

Tipologia	Unità	%
INCARICO DI SOSTITUZIONE	32	
F	14	44%
M	18	56%
INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	184	
F	36	20%
M	148	80%

DIRIGENTI	% sul totale
F	
MEDICI	9%
NON MEDICI	2%
M	
MEDICI	8%
NON MEDICI	1%

INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	239	
F	97	41%
M	142	59%
Dipartimenti e Aree	60	
F	18	30%
M	42	70%
Totale complessivo	515	
	F	32%
	M	68%

5. Il processo di redazione della relazione sulla Performance

La redazione della Relazione sulla Performance anno 2017 è stata coordinata dallo Staff della Direzione Generale e da quello della Direzione Sanitaria. Tenuto conto dei riferimenti normativi, sono stati concordati i contenuti e l'articolazione del documento. Sono stati successivamente interessati i seguenti ambiti aziendali in quanto maggiormente coinvolti nella stesura del documento: Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione, Staff Direzione Sanitaria - Area Pianificazione ed Analisi Performance Sanitaria, Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, Pari Opportunità'.

La Relazione, approvata ed adottata dalla Direzione Generale, è stata trasmessa all'OIV per la validazione di legge ai sensi della normativa vigente.

Sarà assicurata la visibilità della relazione stessa attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Toscana Centro.

Questa stesura preliminare della relazione sulla performance anno 2017 sarà aggiornata con i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi ed indicatori programmati ed alle risorse in coerenza con il processo di budgeting aziendale.

Le informazioni definitive relative al bilancio 2017 permetteranno la valutazione puntuale del raggiungimento dei risultati in termini di risorse economiche-finanziarie (scheda A).

Sarà inoltre completata la valutazione degli obiettivi a livello di singola struttura organizzativa (Dipartimento, Area, Strutture semplici e complesse) in termini di qualità e sicurezza, di attività e progettuali (scheda B).

Pertanto, entro il mese di ottobre 2017, si potrà procedere alla assegnazione dei punteggi raggiunti dal personale dipendente per la erogazione retributiva conseguente, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali nazionali e della contrattazione decentrata aziendale per l'anno 2017, previa validazione dei risultati da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

La redazione definitiva della Relazione sulla performance chiuderà così il Ciclo della Performance della Azienda Toscana Centro per l'anno 2017.