

Programmazione anno 2016

Nelle quattro ex Aziende costituenti la AUSL Toscana Centro la programmazione annuale si attuava con metodi e strumenti diversi per quanto riguarda il ciclo di budget e relativi tempi ed attori sia per il livello di coinvolgimento dei Centri di Responsabilità (CdR) sia per i sistemi di monitoraggio con livello differente di granularità delle informazioni.

Il processo di budget per l'anno 2016 ed il relativo sistema di valutazione è stato quindi semplificato, per obiettivi di attività ed economici, negoziato a livello di Direzione di Dipartimento, Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale. Tale scelta è stata imposta dal contesto organizzativo di primo impianto che in corso d'opera ha visto esclusivamente il conferimento degli incarichi apicali di Direzione di Dipartimento, di Area e di Struttura della nuova realtà aziendale.

Gli indirizzi per la programmazione annuale 2016 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 Regionale; reti assistenziali per patologie tempo dipendenti – Ictus, Infarto Miocardio, Politrauma).

Si è inoltre tenuto conto delle informazioni derivanti dal Sistema Regionale di valutazione MeS e dal Programma Regionale e Nazionale valutazione degli esiti PROSE-ARS/AGENAS.

E' stato identificato il "minimo comun denominatore" degli indicatori misurabili in modo omogeneo in relazione all'unificazione dei sistemi informativi delle ex Aziende in modo da avere a disposizione valori confrontabili degli obiettivi quantitativi.

Tale scelta è stata determinata dalla volontà di avviare prontamente il nuovo assetto organizzativo ed affiancare operativamente la Direzione Aziendale nel definire deleghe e processi trasversali di governo assegnati a Dipartimenti ed Aree.

La continuità della nuova complessa realtà aziendale è stata garantita mediante il mantenimento, all'interno dei nuovi Dipartimenti, delle strutture organizzative delle quattro ex aziende che hanno garantito l'operatività fino alla definizione dei nuovi assetti.

Contemporaneamente si è provveduto a negoziare con le Organizzazioni Sindacali il nuovo assetto organizzativo e le modalità di conferimento degli incarichi mediante procedure selettive.

Date queste premesse, si è ritenuto opportuno sospendere la valutazione individuale anche per quanto riguarda l'estensione della Scheda C a tutta la realtà aziendale. Tale sistema ha come presupposto la valutazione in linea gerarchica; linea gerarchica che avrebbe richiesto una doppia costruzione: una per la gestione transitoria, con difficoltà anche a ricondurre alcune strutture ai nuovi Dipartimenti, ed una per la gestione a regime.

La valutazione ha riguardato dunque le sole schede A e B per tutte le strutture, all'interno di un accordo ponte valido per l'anno 2016 e 2017 in base al quale si è provveduto a stabilire quote uguali per tutti i dirigenti ed adozione delle fasce di merito regionali in attesa del nuovo accordo integrativo aziendale per il 2018, che vedrà anche la reintroduzione della valutazione individuale.

Esempio scheda B del Dipartimento delle specialistiche mediche.

		Azienda Sanitaria Toscana Centro OBIETTIVI PROGETTUALI 2016			
Dipartimento delle Specialistiche mediche UOC Medicina			Responsabile:		
Obiettivi	Peso	Risultato Atteso	cod. indicatore	Indicatore	Fonte/Fornitore dati
Condivisione della pianificazione sanitaria annuale	5	1		n. Verbali	Dipartimento
Indice di diffusione degli Audit	10	3	C6.2.1	Documentazione di 3 audit clinici con relativi report	Rischio clinico
Indice di diffusione M&M	10	6	C6.2.2	Documentazione di 6 MM con relativi report	Rischio clinico
Applicazione e monitoraggio del Padoa Score	10	1		report su giorno indice	Dipartimento
Applicazione e monitoraggio del Percorso Sepsi	10	1		report su giorno indice	Dipartimento
Appropriatezza uso Inibitori di Pompa Protonica alla luce dell'obiettivo aziendale che prevede <= 20 UP annue per assistito pesato	10	Report Audit per migliorare appropriatezza d'uso	C9.1 per monitoraggio	Report entro il 30 ottobre	Dipartimento
Perseguire la semplificazione per il paziente attraverso la procedura della distribuzione diretta dei farmaci dopo il ricovero	15	90%	F12a.25.1	Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	Dipartimento del Farmaco
Perseguire la semplificazione per il paziente attraverso la procedura della distribuzione diretta dei farmaci dopo visita specialistica ambulatoriale	5	80%	F12a.25.2	Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	Dipartimento del Farmaco
Completezza e qualità flusso SDO	5	da definire	B8.4.1.1 mod	Tempestività e completezza della scheda di dimissione ospedaliera	MeS
Monitoraggio adesione alle pratiche per la prevenzione degli errori di terapia	10	attività di monitoraggio		report	Rischio clinico
Efficienza del percorso clinico-assistenziale	10	attuale 8,0 atteso 7,6	M 1	degenza media	CdG

Per quanto attiene alle schede economiche (scheda A) la negoziazione è avvenuta con i Dipartimenti “ospedalieri” e con il Dipartimento del Farmaco stante l’esigenza prioritaria di garantire il rispetto delle direttive economiche definite dal Settore competente regionale.

Tutte le altre strutture hanno avuto come obiettivo la compartecipazione al raggiungimento del pareggio di bilancio con un peso pari al 20% dell’ammontare complessivo per i direttori di struttura complessa.

Il metodo per la definizione degli obiettivi di natura sanitaria (scheda B), vista la realtà organizzativa e la tempistica, è stato necessariamente “top down” con adeguamento di obiettivi e risultati attesi attraverso un incontro di monitoraggio nel corso del quale si è operato un riallineamento degli obiettivi stessi rispetto all’analisi degli elementi non sotto controllo del CDR.

Verbale del Dipartimento delle specialistiche mediche:

Ordine del Giorno:

- Verifica stato avanzamento raggiungimento degli obiettivi
- Analisi indicatori critici
- Riallineamento degli obiettivi rispetto all’analisi degli elementi non sotto controllo del CDR che influenzano il raggiungimento dei risultati e seguente eventuale nuova pesatura degli obiettivi, ridefinizione degli obiettivi o sospensione

Verifica stato avanzamento raggiungimento degli obiettivi

Il Direttore di Dipartimento evidenzia che tutti gli obiettivi delle strutture a lui afferenti sono allineati e raggiungibili, fatta eccezione di:

“Analisi della rete anche alla luce del DM 70/2015”, obiettivo non completamente applicabile per il dipartimento, si prende come riferimento il piano di AV al quale i CDR hanno contribuito. Si ridistribuisce il peso

Aree

- Appropriately del percorso clinico-assistenziale (DRG LEA medici)
- Efficienza clinico organizzativa del percorso di cura (Ricoveri Oltre soglia)
- Esaustività del ricovero e della modalità di dimissione (riammissioni a 30 gg)

UU OO

- Completezza e qualità flusso SDO e partecipare proattivamente alla installazione ADT per completezza e qualità flusso SDO.
- Perseguire la semplificazione per il paziente attraverso la procedura della distribuzione diretta dei farmaci dopo il ricovero.
- Efficienza del percorso clinico-assistenziale (degenza media).

Riallineamento degli obiettivi

Dipartimento delle Specialistiche mediche

In merito all'obiettivo: Miglioramento degli indicatori di esito – Prose, si precisa, come precedentemente chiarito, che l'audit può essere condotto su determinanti dell'esito come ad esempio degenza media o disponibilità posti letto.

Aree

- Appropriately del percorso clinico-assistenziale (DRG LEA medici). In relazione alla attribuzione dell'obiettivo, che non ha previsto il PS fra gli attori, se ne riduce il peso portandolo da 15 a 5
- Efficienza clinico organizzativa del percorso di cura (Ricoveri Oltre soglia). In relazione al timing della sottoscrizione degli obiettivi di budget, congiuntamente alla fase di riorganizzazione che non ha consentito il contributo multidisciplinare per il conseguimento di tale obiettivo, si conviene di prevedere una riduzione del peso, da 15 a 5
- Standardizzazione del percorso e della qualità delle cure nel paziente con nodulo tiroideo, si chiarisce il risultato atteso: Fase analitica per la definizione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale
- Esaustività del ricovero e della modalità di dimissione (riammissioni a 30 gg), si sospende in relazione ai risultati del PNE 2015, dove a buoni esiti di mortalità si possono associare valori alti di riammissioni. Appare non aggiornabile alla nostra realtà la correlazione lineare tra buoni risultati di esito e riammissioni.
- Superamento di eventuali verifiche di accreditamento, si sospende perché non applicabile per il 2016

UU OO

- Completezza e qualità flusso SDO e partecipare proattivamente alla installazione ADT per completezza e qualità flusso SDO: tale obiettivo viene stralciato a causa del disallineamento dell'implementazione dei diversi applicativi ADT, obiettivo non completamente sotto il controllo dei CDR

- Perseguire la semplificazione per il paziente attraverso la procedura della distribuzione diretta dei farmaci dopo il ricovero: i mutamenti organizzativi in essere e le criticità indipendenti dai CDR coinvolti suggeriscono di ridurre il peso a 5
- Efficienza del percorso clinico-assistenziale (degenza media): in relazione alla congiuntura che ha portato alla tardiva sottoscrizione degli obiettivi di budget ed alle difficoltà di fornire monitoraggio nel corso dell'anno, si riduce il peso a 5

Azioni del Direttore di Dipartimento

- Invio entro 15 febbraio 2017 dell'elenco dei documenti a supporto del raggiungimento degli obiettivi con sede e responsabile della loro conservazione
- Comunicazione entro 15 febbraio 2017 dei criteri di redistribuzione dei pesi degli obiettivi sospesi e rimodulati

In relazione a livelli di non fattibilità, non identificati nella fase negoziale, o di disomogeneità del livello di difficoltà dei risultati attesi attribuiti, si è provveduto quindi ad una ridefinizione degli obiettivi o dei risultati attesi e/o della loro nuova pesatura.

Per quanto riguarda il monitoraggio degli obiettivi qualitativi (stesura protocolli, definizione percorsi etc) è stata scelta la metodologia della certificazione con un format che riportava l'obiettivo, il responsabile della conservazione e la sede di conservazione; tale documento è stato sottoscritto dal Direttore di Struttura e dal Direttore di Dipartimento. Di seguito si riporta un esempio di certificazione.

Obiettivi	Risultato Atteso	Indicatore	Fonte/Fornitore dati	Documento a supporto del raggiungimento dell'obiettivo	Sede conservazione	Responsabile
Indice di diffusione degli Audit	3	Documentazione di 3 audit clinici con relativi report	Rischio clinico	Allert report, piano di miglioramento e foglio firma (Vedi allegato)	Stanza P.O P1 G 005	Anderlini
Indice di diffusione M&M	6	Documentazione di 6 M&M con relativi report	Rischio clinico	Foglio Firma, Relazione con letteratura di riferimento (Vedi allegato)	Stanza P.O P1 G 005	Anderlini
Accreditamento_ Requisito M* 36: Strumenti di indirizzo clinico- assistenziale	2	[n-report]/(n.LG) =>2	Dipartimento	Report Revisione dello cartelle Cliniche : Esiguità il : 20.05.2016 16.09.2016 02.12.2016	Stanza P.O P1 G 005	Di Leo
Condivisione della pianificazione sanitaria annuale	5	n. Verballi	Dipartimento	Fogli Firma , Verbale riunioni di Staff: 07.03.2016- 20.05.2016 11.07.2016- 19.09.2016 24.10.2016 -12.12.2016	Stanza P.O P1 G 005	Di Leo
Prescrizione farmaci biosimilari: Eritropoietina	Prescrizione delle UP a base di specialità biosimili: 70%	[n° UP di biosimilari]/[n° totale di UP del gruppo 803XA01]	Dipartimento del Farmaco	Tot. UP = 1594 Biosimilare UP= 1004 Percentuale = 63% Report Farmacia	Stanza P.O P1 G 005	Di Leo
Prescrizione farmaci biosimilari: Filgastrim	Prescrizione delle UP a base di specialità biosimili: del 90%	[UP di biosimilari]/[totale di UP del gruppo L03AA02*100]	Dipartimento del Farmaco	Tot. UP L03AA02= 3514 Percentuale= 100% Report Farmacia	Stanza P.O P1 G 005	Di Leo
Prescrizione farmaci biosimilari: Incidenza Filgastrim sulla categoria	% dello UP a base di Filgastrim sulla specifica categoria farmaceutica: 70%	[Prescrizione dello UP a base di Filgastrim] / [totale UP del gruppo L03AA "fattori di stimolazione delle colonie"]	Dipartimento del Farmaco	Tot. UP L03AA = 3702 Percentuale = 95% Report Farmacia	Stanza P.O P1 G 005	Di Leo

In maniera trasversale è stata poi richiesta a tutte le strutture organizzative la descrizione dei prodotti e processi di competenza, avendo individuato in tale informazione un elemento di rilievo nella conoscenza delle nuove e molteplici realtà aziendali.

Si è proceduto infine alla verifica di tutta la documentazione a supporto del raggiungimento degli obiettivi per il Dipartimento Materno-Infantile.

Per il monitoraggio degli obiettivi quantitativi ci siamo basati sulle informazioni contenute nel cruscotto WAB aziendale e dei dati di Enti ed Istituti esterni quali ARS, AGENAS e MeS.

Per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici contenuti nella scheda A sono stati utilizzati i dati derivanti dalla Contabilità Analitica. I risultati realizzati sono stati esaminati con i direttori dei dipartimenti i quali in alcune situazioni hanno proposto, per coerenza con le modifiche organizzative avvenute nel corso dell'anno, una condivisione tra più strutture dei relativi risultati. Sono state inoltre acquisite e valutate le motivazioni degli scostamenti dei risultati dagli obiettivi assegnati.

Di seguito una tabella sintetica in cui per ciascun dipartimento ospedaliero è indicato, con riferimento al consumo di beni sanitari, l'obiettivo assegnato ed il risultato realizzato

Consumo Beni sanitari: Obiettivi e Risultati per dipartimento

Dipartimenti	budget 2016	CONSUNTIVO 2016	Δ CONSUNTIVO/BUDGET	Δ % CONSUNTIVO/BUDGET
Emergenza e Area critica	10.813.838	11.026.189	212.350,29	2,0%
Specialistiche Mediche	42.088.041	44.422.684	2.334.642	5,5%
Specialistiche Chirurgiche	28.568.406	29.252.873	684.466,53	2,4%
Materno infantile	4.409.515	4.536.396	126.881	2,9%
Medicina Laboratorio	23.073.629	23.048.518	- 25.111	-0,1%
Diagnostica per immagini	3.666.727	3.715.844	49.117	1,3%
Oncologico	21.786.526	23.457.124	1.670.597	7,7%
Medicina Fisica e Riabilitativa	441.110	471.884	30.774	7,0%
Totale	134.847.793	139.931.510	5.083.716,22	3,8%

Si evidenzia a titolo dimostrativo la scheda Budget del Dipartimento Specialistiche Chirurgiche



Azienda USL Toscana Centro

OBIETTIVI DI BUDGET ECONOMICO 2016

Periodo di riferimento al 31 Dicembre 2016

Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche

Responsabile: |

CONSUMI SANITARI	Anno 2015		Budget 2016	ANNO 2016		scostamenti	
	Totali	di cui derivati	Totali	Totali	di cui derivati	Δ anno 2016/ anno 2015	Δ anno 2016/ budget 2016
Farmaci, Medicinali (con e senza AIC)	4.126.245	2.392.988	4.040.670	4.777.502	2.610.744	651.257	736.832
Dietetici	7.530	5.413	7.530	12.261	6.938	4.730	4.730
Materiali diagnostici prodotti chimici	105.603	81.810	104.019	146.396	111.671	40.793	42.377
Presidi, strumentario e dispositivi medico chirurgici	14.936.314	6.091.636	14.742.820	15.731.376	5.820.566	795.062	988.555
Materiale per emodialisi	9.863	9.863	9.715	6.250	6.250	-3.612	-3.465
Plasmaderivati	168.195	86.211	163.201	6.075	5.566	-162.119	-157.125
Materiali per la profilassi (vaccini)	238	115	231	2.330	574	2.091	2.099
Materiali protesici	9.435.691	1.922.185	9.319.770	8.340.439	2.470.731	-1.095.252	-979.331
Ossigeno e gas medicali	6.345	3.808	6.155	128	59	-6.217	-6.027
Altri beni sanitari	84.450	66.133	83.680	80.329	62.491	-4.121	-3.351
Dispositivi diagnostici in vitro	86.591	73.327	85.293	145.290	127.945	58.699	59.998
Materiali Diagnostici RX	5.404	323	5.323	4.498	154	-906	-825
TOTALE	28.972.469	10.733.812	28.568.406	29.252.873	11.223.689	280.404	684.467
var. attesa 2016/2015			-1,4%				
var. effettiva 2016/2015							1,0%
var. effettiva 2016/budget2016							2,4%

Budget di Dipartimento come sommatoria dei dati delle singole UU.OO.

La valutazione finale, ottenuta attraverso la somma dei punteggi derivanti dalla scheda A (obiettivi economici) e dalla scheda B (obiettivi di qualità, di attività e progettuali) ha visto il posizionamento dei dirigenti nella fascia A tra 90 e 100% (con risultati differenziati) di seguito rappresentati:

