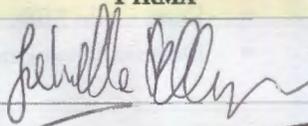
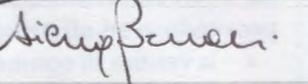
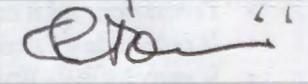


Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 1 di 40
----------------------------	---	--------------------------------------

D.P.A. 02
PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020
ANNO 2018

Documento redatto ai sensi del D.Lgs. n.150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”

APPROVATO CON DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE DELL’A.O.U.P. N.246 DEL 14/03/2018
LE PRECEDENTI VERSIONI ERANO CODIFICATE COME “DOCUMENTO AZIENDALE (D.A.)”

FASI	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDATTA	Dott.ssa G.Pellegrini	Direttore UO Controllo di Gestione	26/04/2018	
VERIFICATA	Dott. C. Milli	Direttore Amministrativo	03/05/2018	
	Dott.ssa S. Briani	Direttore Sanitario	03/05/2018	
APPROVATA	Dott. C. R. Tomassini	Commissario	03/05/2018	
EMESSA	Dott. S. Giuliani	Direttore U.O. Accreditamento e Qualità	07/05/2018	

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 2 di 40
------------------------------------	---	---

Il presente documento di pianificazione aziendale è stata redatto a cura di:

- Dott.ssa Gabriella Pellegrini, direttore UO Controllo di Gestione
- Dott.ssa Antonella De Vito, Responsabile PO Sviluppo reportistica finalizzata al monitoraggio ed al controllo della gestione, UO Controllo di Gestione

con la collaborazione della Dott.ssa Federica Marchetti, IFC U.O. Accreditamento e Qualità

Revisione editoriale a cura di:

- Dott. Carlo Milli, Direttore Amministrativo
- Dott.ssa Silvia Briani, Direttore Sanitario

La U.O. Accreditamento e Qualità, in ottemperanza alla P.A. 01: 'Gestione documentazione qualità', ha provveduto ad effettuare:

- la verifica di conformità (requisiti attesi, codifica, congruità con la documentazione aziendale esistente);
- l'attivazione ed il coordinamento della 'revisione editoriale'
- la convalida e l'attribuzione della codifica
- la raccolta delle firme per l'approvazione
- l'emissione e diffusione, con definizione lista di distribuzione
- l'archiviazione e la conservazione.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 3 di 40
------------------------------------	---	---

I N D I C E

PREMESSA.....	4
1. CONTENUTI DEL PIANO.....	4
2. L'AOUP: CHI È E CHE COSA FA	4
3. COME È ORGANIZZATA.....	5
I CENTRI CLINICI ED I PERCORSI IN AOUP.....	6
4. L'AOUP: DOVE SI TROVA.....	11
5. I SUOI NUMERI	11
6. L'ANALISI DEL CONTESTO	14
6.2 GLI STUDI DI SETTORE SERVIZI SANITARI	15
7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI	16
7.1 GLI OBIETTIVI AZIENDALI	16
7.1.1 OBIETTIVI DELL' ATTIVITA' SANITARIA: AREA SOSTENIBILITA' ECONOMICA.....	21
7.1.2 OBIETTIVI DELL' ATTIVITA' SANITARIA: AREA LIVELLO E QUALITA' DELLE CURE	21
7.1.3 OBIETTIVI DELL' ATTIVITA' SANITARIA: PERFORMANCE DI SISTEMA	24
7.1.4 OBIETTIVI DI ATTIVITA' SANITARIA: AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI E DI AREA VASTA	28
7.1.5 OBIETTIVI DI ATTIVITA' SANITARIA: AREA PROGETTI AZIENDALI.....	35
8. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE (SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE)	38
9. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI UTILIZZATE.....	40
10. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ.....	40

ALLEGATI

DOCUMENTI VARI: D.v.	
D.V.01/DPA02	Tabella degli obiettivi 2018

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p align="right">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 4 di 40</p>
---	---	---

PREMESSA

Il **Piano della Performance** adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150 e s.m.i. è un documento programmatico all'interno del quale, in conformità alle risorse assegnate nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, **l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP)** coerentemente alle linee strategiche prescelte a livello istituzionale, **declina su base triennale obiettivi indicatori e risultati attesi per la gestione delle attività** e sui quali basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione annuale del proprio operato.

Scopo principale del piano è quello di **rendere partecipe la comunità delle linee strategiche e dei principali obiettivi che l'Ospedale si è prefissato di raggiungere nel triennio 2018-2020**, garantendo massima trasparenza ed ampia diffusione verso i cittadini, gli utenti e gli stakeholders.

1. CONTENUTI DEL PIANO

Il documento che segue è strutturato in tre sezioni:

- **nella prima** sono riportate le informazioni e i dati di sintesi delle attività dell'azienda ospedaliera e del contesto in cui opera;
- **nella seconda** è descritto, con riferimento al triennio di validità, il processo di **Pianificazione Strategica** Aziendale che porta alla definizione degli indirizzi e degli obiettivi di medio lungo termine. Con riferimento al breve termine trova invece rappresentazione il processo di **Programmazione delle attività** che definisce gli obiettivi operativi o gestionali di valenza annuale che trovano sintesi negli obiettivi assegnati alle articolazioni organizzative aziendali mediante **il processo di budget**;
- **nella terza parte** si declinano, in maniera sintetica, ed in forma tabellare, le linee strategiche ed i correlati obiettivi, corredati di indicatori e standard di riferimento.

Direttamente collegato al Piano della Performance l'AOUP redige annualmente la Relazione sulla Performance che costituisce il documento consuntivo che ha portato al raggiungimento dei risultati espressi dalla gestione e rendiconta sulle dinamiche organizzative, gestionali, economiche e strutturali che hanno trovato manifestazione nel periodo supportandone l'analisi anche a fini correttivi.



Il Piano Performance del 2018 viene ricollegato alle misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione PTPC 2018-2020.

[\(pagina altri contenuti-anticorruzione\)](#)

2. L'AOUP: CHI È E CHE COSA FA

L'A.O.U.P. è l'Azienda Ospedaliera integrata con l'Università di Pisa (di seguito, Università).

La **MISSIONE** dell'Azienda è quella di contribuire a **garantire i più elevati livelli di salute possibili:**

- assicurando **la centralità del paziente** e garantendo un'attenzione al servizio inteso come valore aggiunto della componente tecnico-professionale e parte integrante e sostanziale della prestazione stessa;
- garantendo ai pazienti ed ai loro familiari **ascolto, informazione e conforto** nel rispetto dei loro sentimenti;
- **valorizzando ed integrando le competenze**, sviluppando **le conoscenze e le abilità** tecnico-professionali, organizzative e direzionali;

- favorendo **lo sviluppo dell'organizzazione** orizzontale e per processi da perseguire anche mediante **forme innovative di sperimentazione gestionale** che valorizzino la gestione per **percorsi assistenziali e clinici**.

La forte integrazione con l'Università di Pisa, mediante la consolidata esperienza nell'**attività di ricerca e didattica**, consente all'A.O.U.P. di estendere gli ambiti operativi tradizionali:

- sviluppando **procedure diagnostiche e terapeutiche innovative** e favorendone il rapido trasferimento applicativo e la loro diffusione attraverso attività formative programmate e organizzate direttamente all'interno dell'azienda.
- confermandola punto di riferimento nazionale e internazionale per la **didattica e la formazione integrata con l'assistenza**;

Punto di riferimento e di attrazione d'Area Vasta, Regionale e Nazionale per le attività d'**alta specializzazione** l'A.O.U.P. mantiene da sempre una forte vocazione chirurgica e trapiantologica, ed è sede di numerosi centri di eccellenza in quasi tutte le aree cliniche presenti.

- lo sviluppo e la validazione di tecniche innovative, diagnostiche ed interventistiche e del loro uso appropriato, secondo procedure di Health Technology Assessment;
- la formazione mediante procedure di simulazione;
- la ricerca, lo sviluppo e la sperimentazione farmacologica e clinica;
- lo sviluppo e la sperimentazione dell'innovazione gestionale;

Per la singolare collocazione dei suoi stabilimenti nella città di Pisa l'articolazione degli enti di servizio del SSR assegna ad A.O.U.P anche **funzioni di Ospedale Territoriale per relativa zona distretto**.

Questa circostanza favorendo appieno le condizioni di sviluppo per l'ottimale integrazione con le istanze provenienti dalle altre strutture territoriali, garantisce condizioni ottimali per la continuità dei percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, e consente di ricercare la massima collaborazione ed integrazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta attivi sul territorio.

Essa infine, per le medesime ragioni, in caso di calamità si identifica come punto di snodo e coordinamento sanitario per le attività di intervento nella rete della Protezione Civile.

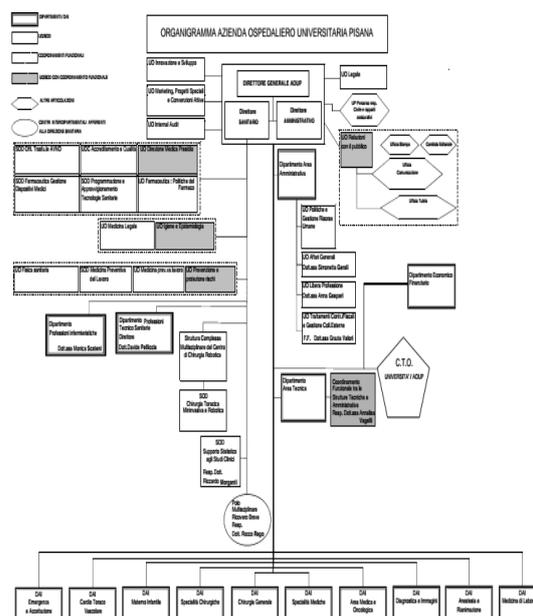
Il suo sito internet è <http://www.ao-pisa.toscana.it/>

3. COME È ORGANIZZATA

L'Azienda come disciplinato nel proprio statuto¹ è organizzata in Dipartimenti e risulta articolata in

- 10 DAI assistenziali,
- 3 dipartimenti tecnico amministrativi e
- 2 dipartimenti professionali e
- 4 coordinamenti funzionali.

Il Dipartimento rappresenta l'unità organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria che associa discipline e funzioni assistenziali tra loro affini e complementari, integrandole con le funzioni di didattica e ricerca dei dipartimenti di Medicina e Chirurgia dell'Università (DAI).



I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) conferiscono all'azienda una dimensione flessibile e dinamica nella sua articolazione. Ad essi afferiscono le **Unità Operative** strutture complesse e semplici, i **Centri Clinici** e i **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)**.
([clicca qui](#) per vedere l'organigramma completo)

¹ Il 01 Marzo 2016 è stato adottato il [nuovo statuto aziendale](#) (delibera n°. 228), da ultimo integrato con la delibera n° 1112 del 28/12/17.

<p style="text-align: center;">Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p style="text-align: center;">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 6 di 40</p>
---	--	--

I CENTRI CLINICI ED I PERCORSI IN AOUP

La legge n. 84/2015, con cui il legislatore regionale individua i criteri di riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale, laddove rafforza il principio di autonomia organizzativa riconosciuta alle aziende, riconosce i centri ed i percorsi tra le strutture organizzative funzionali di cui le stesse possono avvalersi per orientare il proprio funzionamento alla ricerca della centralità del paziente nell'organizzazione dei servizi di assistenza e di cura che prestano.

“Per specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, caratterizzati da elevato bisogno di multidisciplinarietà e integrazione professionale, possono essere costituiti centri di coordinamento e direzione funzionale la cui responsabilità è attribuita dal direttore generale ad un direttore delle unità operative facenti parte del percorso ove coinvolte più UUOO o ad un dirigente sanitario del più alto livello professionale nel caso di organizzazioni formate da soli professionisti, senza afferenze dirette delle unità operative”.
(ex art.63 L.n.84/2015)

Nell'esperienza di AOUP la norma richiamata tuttavia ha solo sancito a livello normativo la formalizzazione di un modello organizzativo già avviato da tempo. Già nello statuto del 2011 e nel relativo ultimo aggiornamento adottato il 1/03/2016 hanno trovato formalizzazione la costituzione di 2 centri clinici:

- 1) il centro endocrino chirurgico
- 2) il centro senologico

e 8 percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA):

- 1) percorso miastenia,
- 2) percorso interaziendale per pazienti affetti da SLA in fase avanzata
- 3) percorso gravidanza ad alta complessità assistenziale
- 4) percorso coagulopatie,
- 5) percorso labiopalatoschisi
- 6) percorso relativo alle interstiziopatie polmonari
- 7) percorso melanoma oculare,
- 8) percorso disforia di genere

Gli sforzi antecedenti alle previsioni normative promossi da tutte le componenti dell'organizzazione di AOUP per la loro realizzazione, sostenuti dall'esperienza e dalla competenza dei professionisti, testimoniano a tutti i livelli la forte volontà di rinnovarsi ed innovare continuamente le modalità integrate di erogazione di servizi sanitari riconoscendole come strategie da privilegiare per la gestione di bisogni sanitari sempre più complessi. Prima di procedere alla descrizione delle finalità connesse a ciascuno dei modelli attivati si esplicitano di seguito i principi cardine attorno ai quali gli stessi hanno trovato definizione in seno all'azienda.

I Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

Cosa sono:

- sono **uno strumento organizzativo di integrazione** di risorse tecniche e professionali necessarie alla continuità di svolgimento del processo di cura dei pazienti, al fine di ottenere un risultato di alto standard qualitativo sia nelle dimensioni tecnico-professionali che nei tempi di risposta complessivi.

Perché nascono:

-nascono per **facilitare il percorso dei pazienti** che necessitano di interventi multidisciplinari e multi professionali al fine di favorirne la presa in carico totale degli stessi.

Il Centro Clinico

Cosa è:

- individua un **modello organizzativo** che **favorisce la collaborazione** tra strutture operative caratterizzate dall'omogeneità della linea produttiva e dall'alto volume di attività e favorisce **l'autonomia gestionale**.

Come opera:

- opera all'interno di un dipartimento aziendale e ha una propria responsabilità ed autonomia anche nella gestione delle risorse professionali che sono affidate direttamente al direttore del centro e diventano parte integrante della struttura operativa multidisciplinare rappresentata dal centro, indipendentemente dalla loro afferenza.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p align="right">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 7 di 40</p>
---	---	--

PDTA - MIASTENIA E CHIRURGIA DEL TIMO

(approvato con delibera del Direttore Generale n. 466 del 23.05.2014)

E' stato sviluppato per offrire risposte multidisciplinari coordinate in regime ambulatoriale e di degenza in relazione ai bisogni dei **pazienti affetti da Miastenia Gravis**. La presa in carico multidisciplinare contestuale del paziente permette di assicurare una minor frammentazione dell'attività assistenziale garantendo una migliore qualità clinica. Alla malattia neurologica di base si affianca, nella maggior parte dei casi, una patologia del timo che è strettamente correlata alla malattia neuromuscolare la cui presa in carico prevede:

- **un percorso neurologico**, un percorso chirurgico (per i casi che devono essere sottoposti a timectomia),
- **un percorso anestesiologicalo/rianimatorio** (per anestesi personalizzate e trattamento delle crisi miasteniche)
- **un percorso oncologico** (nei casi in cui il timo è portatore di un timoma),
- **un percorso pneumologico** (quando è presente insufficienza respiratoria).

In particolare gli obiettivi che si intendono garantire con l'attivazione di questo percorso sono:

- a) il potenziamento dell'offerta di ambulatori dedicati alla Miastenia Gravis,
- b) il miglioramento del collegamento tra gli specialisti delle diverse branche coinvolte nella cura di questa patologia e delle sue complicanze, riduzione del numero degli accessi ambulatoriali, cercando di concentrare più prestazioni nello stesso accesso (visita neurologica, visita oncologica, visita chirurgica),
- c) la continuità assistenziale al momento di eventuale ricovero (ricoveri per: crisi miastenica, per diagnosi complessa di miastenia, per intervento chirurgico per timectomia) per i pazienti seguiti in tali ambulatori, facilitazione della ripresa della gestione ambulatoriale una volta che il paziente viene dimesso dopo l'intervento chirurgico o dopo il superamento di una crisi acuta,
- d) il collegamento quotidiano con la terapia intensiva dove il paziente miastenico può essere ricoverato in caso di crisi miastenica acuta fino al suo trasferimento in un reparto medico,

- e) il collegamento quotidiano con i reparti di pneumologia dove il paziente può essere ricoverato in caso di insufficienza respiratoria transitoria.

PDTA SLA (pazienti in fase avanzata)

(approvato con delibera del Direttore Generale n. 78 del 12.08.2014)

E' nato dalla crescente **necessità per tali pazienti di usufruire un intervento domiciliare specialistico** che, in accordo ed in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG) e con le funzioni già presenti (Continuità Assistenziale, ADI etc.), consenta di **prevenire la creazione di condizioni cliniche tali da richiedere accessi in ospedale** con conseguenti maggiori costi per il SSN (trasporti, costi ospedalieri) e disagi per i pazienti ed i familiari.

E' stata quindi progettata una Task Force AOUP-Azienda USL5 multidisciplinare per soddisfare a livello domiciliare, quando possibile, i bisogni clinico-assistenziali del paziente.

Il Case Manager, coordinatore del percorso e responsabile clinico, è il medico di medicina generale (MMG) del paziente.

La finalità generali del presente percorso sono:

- a) assicurare al paziente affetto da SLA in fase avanzata una presa in carico multidisciplinare al fine di poter definire un piano terapeutico ed assistenziale personalizzato
- b) assicurare garanzia di accesso ai migliori e tempestivi livelli di qualità clinica ed assistenziale,
- c) avviare/potenziare mantenere il raccordo e l'integrazione necessari tra le strutture ospedaliere e territoriali anche per l'assistenza a domicilio,
- d) implementare il tutoraggio continuo del paziente e dei suoi familiari.

Gli obiettivi specifici del percorso sono dunque quelli di:

- offrire risposte multidisciplinari coordinate in regime ambulatoriale in relazione ai bisogni dei pazienti,
- eseguire cure complesse a domicilio in elezione da parte anche di professionisti della AOUP,
- semplificare il ricovero urgente attraverso un accesso facilitato al DEA per la presenza di codici di triage di elevata severità.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p align="right">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 8 di 40</p>
---	---	--

***PDTA - Gravidanze ad Alta Complessità
Assistenziale***

*(approvato con delibera del Direttore Generale n. 70 del
30.01.2015)*

E' stato sviluppato per costituire un punto di riferimento per le pazienti ed i medici (principalmente della Asl Nord Ovest ma anche di altre aziende sanitarie del territorio nazionale) **nei casi di gravidanze complicate da patologie autoimmuni sistemiche materne o da gravi anomalie fetali e/o placentari.**

Obiettivi del percorso sono:

- a) il potenziamento dell'offerta di ambulatori dedicati per gravidanze complicate da gravi patologie materne, fetali o placentari;
- b) il miglioramento del coordinamento fra specialisti delle diverse branche nel trattamento delle suddette gravidanze;
- c) la riduzione del numero degli accessi ambulatoriali, cercando di concentrare varie prestazioni nello stesso accesso (es. visita ostetrica ed ecografia ostetrica, oppure visita ostetrica e visita reumatologica, ecc);
- d) la garanzia della continuità assistenziale al momento del ricovero per le pazienti seguite in tali ambulatori da parte degli stessi medici che le trattano in ambulatorio;
- e) il collegamento con le terapie intensive neonatali in modo da evitare discontinuità terapeutiche legate a trasferimenti ripetuti di casi già individuati per l'elevato rischio ostetrico; collegamento con i reparti di ostetricia e ginecologia dell'Area Vasta Nord Ovest per una migliore selezione dei casi e possibilità di follow-up nel tempo;
- f) la possibilità per gli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e di quello in Ostetricia ed in misura ancora maggiore per gli specializzandi in Ostetricia e Ginecologia di seguire patologie rare, imparando a diagnosticarle precocemente ed a gestirle con le metodiche appropriate;
- g) l'offerta di counseling preconcezionale per patologie note prima della gravidanza e per la valutazione del rischio di ricorrenza delle complicanze intercorse nella gravidanza indice; indicazioni per la contraccezione dopo il parto; strutturazione di un adeguato supporto diagnostico autoptico e dello studio degli annessi fetali (placenta).

***PDTA- COAGULOPATIE (Diagnosi e
Trattamento)***

*(approvato con delibera del Direttore Generale n. 71 del
30.01.2015)*

Il percorso ha la finalità:

- a) di uniformare diagnosi e trattamenti per pazienti affetti da alterazioni del sistema emostatico
- b) di fornire un riferimento per i pazienti ambulatoriali e per i colleghi di altre strutture che si trovino a gestire in urgenza problematiche di tipo coagulativo
- c) di offrire risposte multidisciplinari coordinate in relazione ai bisogni dei pazienti.

L'ematologo si occupa dell'inquadramento del paziente al momento della prima visita informando lo stesso (o i genitori in caso di minore) riguardo tutto quello che concerne la patologia. Già alla prima visita gli specialisti del team multidisciplinare possono essere coinvolti nella gestione del paziente, in base alla tipologia di problematica.

Gli specialisti del team multidisciplinare sono coinvolti a seconda del tipo di coagulopatia nella gestione iniziale del paziente e nel follow-up successivo che potrà avere cadenze variabili (annuali nelle forme croniche stabilizzate senza episodi acuti fino a cadenze mensili in caso di patologie non ancora stabilizzate).

***PDTA- LABIOPALATOSCHISI (Diagnosi
Cura e Trattamento)***

*(approvato con delibera del Direttore Generale n. 1252 del
28.12.2012)*

La sua realizzazione è finalizzata alla cura dei piccoli pazienti affetti da questa patologia con un approccio multidisciplinare integrato con tutte le figure professionali necessarie per gestire in maniera ottimale tutte le fasi, diagnosi, cura e riabilitazione.

La labiopalatoschisi è una delle malformazioni congenite più che interessa singolarmente o congiuntamente il labbro superiore e/o il palato e/o il mascellare del neonato e si manifesta con una "schisi", ossia una fessura tra due parti che, nella vita intrauterina, non si sono unite. Il trattamento primario è chirurgico e viene effettuato a 2,5 – 3 mesi e prevede interventi che ridanno armonia e funzionalità ripristinando l'anatomia normale.

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p align="right">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 9 di 40</p>
---	---	--

All'età di 6 mesi viene poi effettuata la palatoplastica, con chiusura completa e precoce - in un unico intervento - di tutto il palato (sia quello duro sia molle) al fine di permettere lo sviluppo del linguaggio in maniera ottimale (con il palato completamente ricostruito). I piccoli pazienti vengono seguiti con cadenza semestrale per la valutazione di eventuali ulteriori trattamenti chirurgici e per la valutazione di tutte le altre componenti riguardanti la patologia. In queste fasi intervengono le altre figure del percorso: ortodontista-riabilitatore miofunzionale stomatognatico, ortodontista esperta in labiopalatoschisi, logopedista, pediatra e neonatologo, otorinolaringoiatra, psicologo.

Inoltre la consulenza anestesilogica, genetica e la diagnosi ecografica prenatale completano le prestazioni specialistiche offerte alle famiglie anche prima della nascita dei piccoli pazienti. Negli ultimi 5 anni sono stati effettuati oltre 1000 interventi per questa patologia, 232 solo nel 2015. il 90% dei pazienti afferenti al centro provengono da fuori Regione.

Oltre alla labiopalatoschisi vengono trattate la maggior parte delle malformazioni esterne associate o meno ad essa, come ad esempio le alterazioni di mani e piedi, le alterazioni del volto e malformazioni dei genitali.

PDTA- INTERSTIZIOPATIE POLMONARI

(approvato con delibera del Direttore Generale n. 78 del 12.08).

Tale percorso formalizza di fatto una realtà operativa già attiva in azienda da molti anni costituita da un ambulatorio dedicato a tali patologie e da un gruppo interdisciplinare interstiziopatie polmonari (GIIP) formato da pneumologi, radiologi, anatomopatologi, chirurghi toracici, reumatologi, medici nucleari, medici del lavoro e coordinato dal Direttore U.O. Radiodiagnostica 2.

Obiettivi del percorso sono :

- a) consentire sia una diagnosi precoce che una terapia appropriata con il potenziamento dell'attività ambulatoriale,
- b) favorire gli accessi ambulatoriali per pazienti con malattia cronica che necessitano di assistenza periodica,

- c) realizzare un *follow up* specifico per valutare l'andamento della patologia, effettuare un collegamento con altre strutture pneumologiche della Regione Toscana per creare una rete regionale ad hoc,
- d) implementare l'attività di ricerca per migliorare la comprensione della patogenesi, per individuare fattori prognostici e permettere una diagnosi precoce della malattia, seguire ricerche cliniche farmacologiche per consentire l'aggiornamento continuo delle terapie da offrire al paziente.

PDTA-MELANOMA OCULARE

(approvato con delibera del Direttore Generale n. 1182 del 28.12.2016)

Il percorso fa capo all'Unità operativa di Chirurgia oftalmica dell'AouP ma si avvale di una équipe multidisciplinare che comprende oftalmologi, radioterapisti, fisici medici, oncologi, anatomopatologi e psicologi, in grado di fornire opzioni terapeutiche multiple e integrate:

- brachiterapia con placche di rutenio
- tele terapia con trattamento stereotassico di nuova generazione Variant True Beam VMAT (acceleratore di nuovissima generazione), chirurgia oculare.

L'azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana rappresenta per la specifica patologia l'unico centro di riferimento in Toscana per questo tipo di trattamenti e anche uno dei più importanti centri presenti in Italia, essendo pochissimi gli ospedali in grado di curare questa patologia sul panorama nazionale.

Il percorso assistenziale si avvale del Gom-gruppo oncologico multidisciplinare, che organizza lo screening, i trattamenti e i follow-up dei pazienti affetti da melanoma oculare e dalle altre neoplasie sia oculari che degli annessi (palpebre e apparato lacrimale).

In particolare, il percorso assistenziale è fortemente integrato con l'Unità operativa di Radioterapia per tutti i trattamenti terapeutici.

Il melanoma uveale è fortunatamente un tumore raro ma rappresenta il più frequente fra i tumori oculari. L'incidenza annuale è di circa 6 nuovi casi/1.000.000 di abitanti che corrisponde in Italia a circa 400 nuovi casi l'anno. Negli ultimi 20 anni,

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p align="right">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 10 di 40</p>
---	---	---

si è registrato un sensibile incremento del tasso di incidenza ma la diagnosi precoce rappresenta un forte baluardo contro la malattia. E' infatti il principale fattore prognostico favorevole per la sopravvivenza e la conservazione dell'organo quindi il ruolo delle visite di screening è assolutamente cruciale. Attualmente la presenza di metastasi al momento della diagnosi è <2% dei casi ed è direttamente correlata alle dimensioni del tumore.

L'approccio multidisciplinare consente il trattamento conservativo in oltre il 65% dei pazienti e, di questi, l'89% conserva la funzione dell'organo dopo 5 anni dalla diagnosi.

La chirurgia delle patologie vitreo-retiniche ad alta specializzazione a Pisa è sempre stata effettuata e oggi viene portata avanti dai chirurghi oculisti che hanno maturato una lunga casistica con ben 11 anni di esperienza nel settore.

PDTA-DISFORIA DI GENERE

(approvato con delibera del Direttore Generale n. 120 del 14.02.2017)

Sviluppato per costituire un percorso di riferimento per i pazienti con disturbo dell'identità di genere, il percorso si propone di offrire un servizio di alta complessità e specializzazione ai pazienti affetti da disforia di genere a livello regionale e nazionale, attraverso una gestione multidisciplinare della patologia che necessita la collaborazione e il coordinamento di diversi professionisti (psichiatra, endocrinologo, chirurgo generale, urologo, anestesista, ginecologo, neurologo, chirurgo plastico, radiologo, urodinamista, otorinolaringoiatra, chirurgo maxillo facciale).

Il percorso non si limita all'intervento chirurgico ma interviene anche nelle fasi successive di organizzazione e effettuazione di un follow up periodico post operatorio che garantisca la miglior riuscita dell'intervento e assistenza endocrinologica e psichiatrica nel tempo conseguente al cambiamento di sesso.

Trattandosi di una branca di alta specializzazione e complessità, il Percorso disforia di genere rappresenta un punto di riferimento privilegiato non solo per i potenziali pazienti ma, da un punto di vista formativo e di sviluppo di carriera, per gli studenti del

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e ancor di più per i medici in formazione specialistica in Urologia, in Chirurgia Generale, in Endocrinologia ed in Psichiatria.

CENTRO CLINICO ENDOCRINOCHIRURGIA

Il modello organizzativo si configura come la più importante struttura unitaria per la **diagnosi, il trattamento e la ricerca nell'ambito delle malattie endocrine, in particolare della tiroide, della paratiroide e del surrene**. Con oltre 3.000 interventi di chirurgia tiroidea e 200 paratiroidectomie effettuate ogni anno, il Centro si pone ai vertici mondiali fra tutti i Centri operanti nel settore dell'Endocrinologia e Chirurgia Endocrina.

Al suo interno è possibile effettuare **in unico ciclo e all'interno di una unica struttura l'intero percorso diagnostico e terapeutico, comprese le terapie radio metaboliche e chemioterapiche**.

Con il suo "Focus" sui tumori maligni tiroidei in particolare il Centro è punto di riferimento internazionale anche nell'ambito della sperimentazione di terapie e farmaci innovativi. Sul piano chirurgico il Centro ha una posizione leader nel settore della chirurgia tradizionale ma anche delle più moderne tecnologie, con gli interventi di chirurgia tiroidea robotica e endoscopica.

CENTRO CLINICO DI SENOLOGIA

Le donne con malattia mammaria, specialmente affette da carcinoma, trovano nel centro tutte le necessarie risposte e vengono accompagnate attraverso le varie fasi del percorso:

- P*iter diagnostico (radiologico) da seguire,
- la valutazione chirurgica preoperatoria* in caso di intervento,
- l'intervento chirurgico* vero e proprio,
- il follow-up postoperatorio*,
- la discussione multidisciplinare (Gom) del risultato istologico*
- *l'ambiente del trattamento adiuvante*.

Con oltre 1.000 interventi/anno per patologia mammaria, in gran parte maligna, in cui si alternano i chirurghi senologi e il chirurgo plastico, il Centro coordina il percorso assistenziale in stretta collaborazione con gli specialisti afferenti alle Unità operative di

Oncologia
Radioterapia
Radiologia senologica
Anatomia patologica
Chirurgia plastica
Medicina nucleare
Neuroriabilitazione.

Fa parte integrante dell'assistenza offerta alle pazienti anche

- **la consulenza di un genetista** con specifica esperienza per il cancro della mammella
- **il trattamento fisioterapico** nell'immediato post-operatorio,
- **il supporto psicologico.**

Il volume di attività e i risultati conseguiti con i centri e i percorsi danno prova di un approccio vincente nella gestione per processo, in un'ottica di presa in carico del paziente integrata, multidisciplinare e, in definitiva, più adatta a gestire la complessità sanitaria-assistenziale di molte patologie.

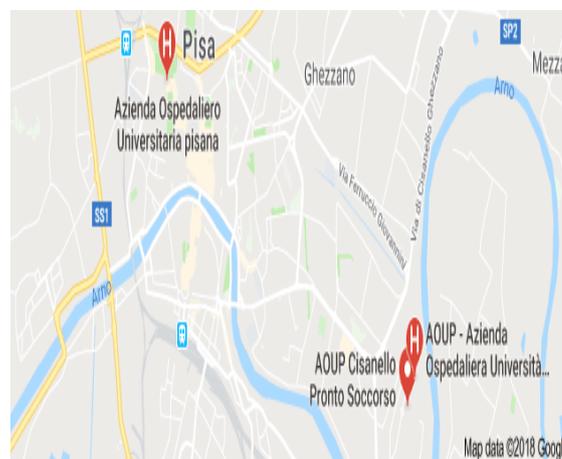
Per il 2018, la Direzione Aziendale ha previsto la realizzazione dei seguenti progetti, molti dei quali in continuità con le azioni intraprese nelle annualità precedenti sono in avanzata fase di realizzazione :

- Centro Toracico
- Centro Protesico
- PDTA Oncologico- Patologie colon-rettali
- PDTA Piede Diabetico
- PDTA Melanoma Cutaneo

4. L'AOUP: DOVE SI TROVA

Sebbene in atto il completamento del progetto di realizzazione edilizia del "Nuovo Ospedale Santa Chiara" che prevede il trasferimento di tutte le attività in una unica sede entro il 2021, l'azienda che opera mediante un unico presidio a gestione diretta, articola le sue attività su due stabilimenti:

- **Ospedale Santa Chiara**, posto nel Centro Storico della Città, via Roma 67
- **Ospedale Cisanello**, posto nell'immediata periferia est della città, via Paradisa 2.



5.I SUOI NUMERI

In questa sezione si dà una rappresentazione dell'entità e della tipologia delle principali attività realizzate nell'ospedale (cosa) e, nel tentativo di rappresentarne la complessità gestionale, si cerca di esemplificare in cifre le principali dinamiche gestionali nel prospetto dedicato all'attività sanitaria. Contestualmente si tengono in considerazione anche le risorse disponibili per la relativa realizzazione, il personale (con chi) e le risorse economiche (con quali mezzi) cercando di correlarne le relative dinamiche.

L'ATTIVITÀ SANITARIA: (COSA)

AOUP- Attività/Anno	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Giornate di degenza	376.465	352.100	349.714	343.347	326.266	318.600
Peso medio dei ricoveri ordinari acuti	1,75	1,76	1,75	1,75	1,73	1,7
Pronto soccorso (accessi)	84.748	84.398	88.334	87.375	89.140	90.693
ALTISSIMA SPECIALITA' (peso ≥ 4 tariffario DGRT 1184/08)	3.180	3.070	3.116	2.947	2.837	2.871
Remunerazione media di un ricovero ordinario acuto (€)	4.464	4.466	4.451	4.453	4.406	4.600
Ricoveri totali	68.753	64.510	63.423	63.433	61.130	59.910
Ricoveri ordinari	51.069	49.775	50.159	49.631	48.883	48.600
Ricoveri in DH	17.684	14.735	13.264	13.802	12.247	11.310
Importo totale ricoveri (k€)	257.795	252.191	249.914	247.742	239.498	234.606
Specialistica Ambulatoriale a compensazione regionale (k€)	51.500	53.500	58.100	67.500	75.500	68.000

(Nota: I dati riferiti all'anno 2017 sono da considerarsi ancora provvisori non essendosi ancora concluse le operazioni di integrazione e rettifica dei flussi, ancora possibili fino a oltre Febbraio)

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 12 di 40
----------------------------	---	---



Emerge dall'analisi dei dati di attività **la continua ricerca** di nuove o rinnovate modalità operative di **appropriatezza organizzativa** accompagnata dallo sviluppo di forme di assistenza integrata, alternative al ricovero, che hanno caratterizzato le azioni strategiche di sistema.

L'Azienda come richiesto dal Ministro della Salute e dalla Regione Toscana ha fortemente contribuito alla **riduzione del tasso di ospedalizzazione** negli anni.

TREND	quinquennio		
	2017 vs 2012	2017 vs 2015	2017 vs 2016
Ricoveri totali	-13%	-6%	-2%
Ricoveri ordinari	-5%	-2%	-1%
Ricoveri in DH	-36%	-18%	-8%

Se analizziamo infatti, il trend registrato nei volumi di ricovero esaminata con riguardo ai due setting di assistenza attivi (ricoveri ordinari e day Hospital), troviamo che i dati relativi ai volumi totali rilevati alla fine dell'anno 2017 evidenziano una riduzione media del -2% rispetto all'anno precedente (confermando il trend di progressiva decrescita che nell'ultimo quinquennio si è assestato attorno al -13%). Percentuali che oscillano tra il -1% ed il -8% rispettivamente per i ricoveri ordinari e per i day hospital rispetto all'anno precedente e tra il 5% ed il 36% per le stesse componenti nel quinquennio.

La tendenza a diminuire l'ospedalizzazione perseguita costantemente dall'azienda trova inoltre conferma nel progressivo **aumento l'attività di specialistica ambulatoriale** accompagnata dalla più incisiva riduzione dei ricoveri in regime giornaliero che nel quinquennio si sono ridotti del 36%.

Il consolidamento delle attività ambulatoriali è stato possibile realizzarlo soprattutto grazie alla revisione dei modelli di offerta delle prestazioni che ha interessato AOUP nelle annualità precedenti che hanno portato all'ideazione ed applicazione **dell'approccio Open Access**, attraverso cui le prestazioni vengono garantite entro 3 giorni dalla prescrizione del medico di medicina generale.

L'uso appropriato ed efficiente delle risorse realizzatosi mediante l'utilizzo ottimale dei setting assistenziali correlati agli specifici bisogni di assistenza, viene inoltre confermato dalle dinamiche osservate nei dati riferiti al solo regime ordinario. Accanto al lieve incremento rilevato nel rimborso medio per caso trattato in regime ordinario e della componente dell'altissima specialità, il peso medio si conferma all'1,7 (sulla base del tariffario di cui alla Delibera GRT 1184/08).

L'esame dei dati esposti **conferma infine la prevalente vocazione chirurgica** dell'AOUP che anche nel 2017 chiude le attività con oltre il 50% dei ricoveri sfocianti in DRG chirurgici.

IL PERSONALE: (CON CHI)

L'azienda è in grado di soddisfare le esigenze di salute dell'intera comunità grazie alle competenze tecniche, manageriali e comportamentali del proprio personale. I dipendenti, complessivamente considerati, sono circa cinquemila, con un'età media che pur essendo abbastanza bassa, tende ad aumentare negli anni in seguito al trattenimento in servizio, tipico delle strutture di questo tipo.

	SSN	maschi	femmine	età media
MEDICI	802	417	385	51
SANITARI	77	21	56	51
TECNICO - AMM.VO - PROF.LE	19	6	13	52
INFERMIERI	3.689	884	2.805	47
totale	4.587	1.328	3.259	48

Si rileva una composizione del personale SSN sostanzialmente in linea con quella degli anni precedenti e specie con riferimento a posizioni di maggiori responsabilità all'interno dell'Azienda viene confermata la presenza maggioritaria femminile (circa il 70% del totale).

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 13 di 40
------------------------------------	---	--

Evoluzione del personale dell' AUOP dal 2012 al 2017

AOUP-PERSONALE		DIRIGENZA			COMPARTO	TOTALE
rilevazione al 31/12	Ente di appartenenza	MEDICI	SANITARI	TECNICO - AMM.VO - PROF.LE		Totale personale di cui:
2017	SSN	802	77	19	3.689	4.587
	UNIV	186	25	58	58	327
	TOTALE	988	102	77	3.747	4.914
2016	SSN	789	70	20	3.673	4.552
	UNIV	190	20		78	288
	TOTALE	979	90	20	3.751	4.840
2015	SSN	779	71	22	3.641	4.513
	UNIV	188	20	-	83	291
	TOTALE	967	91	22	3.724	4.804
2014	SSN	774	72	21	3.641	4.508
	UNIV	186	22	-	84	292
	TOTALE	960	94	21	3.725	4.800
2013	SSN	759	71	21	3.607	4.458
	UNIV	192	21	-	86	299
	TOTALE	951	92	21	3.693	4.757
2012	SSN	773	72	20	3.639	4.504
	UNIV	197	20	-	93	310
	TOTALE	970	92	20	3.732	4.814

Affinché sia possibile garantire al paziente un servizio di qualità, l'Azienda ha da sempre investito notevolmente sulla formazione, sia offrendo corsi di formazione tecnico professionale su tutte le diverse discipline e professioni, sia corsi di formazione operativa sul campo (*training*).

Alla **formazione di base** si aggiunge la **formazione avanzata**, relativa a specifici corsi specialistici con riconoscimento di certificazioni ai singoli partecipanti.

I settori interessati fino ad ora sono stati soprattutto la **rianimazione cardio-polmonare**, la **rianimazione neonatale**, la **chirurgia robotica**.

Per la realizzazione di queste attività è stato coinvolto non solo il personale ospedaliero interno, ma anche personale afferente dall'area vasta e da altri poli operativi della regione confermandola come centro didattico e formativo stimolante ed aperto al confronto sempre orientato al miglioramento continuo ed alla crescita professionale del personale dedicato all'assistenza ed alla cura.

Tali azioni perseguite e rinnovate nel tempo sostanziano il riflesso di una politica aziendale, volta

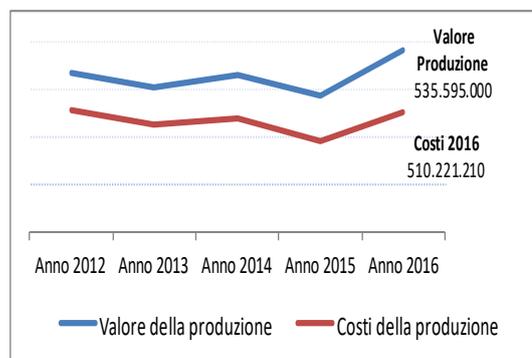
all'impegno e al miglioramento oltre che ad una forte responsabilità sociale interna ed esterna.

LE RISORSE: (CON QUALI RISORSE)

Comparazione dei macroaggregati di bilancio

Voci/Anno	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Valore della produzione	526.291.274	520.053.688	525.126.098	517.062.724	535.595.000
Costi della produzione	510.703.318	504.517.782	507.668.766	498.406.498	510.221.210
Differenza fra valore e costi della produzione	15.587.955	15.535.906	17.457.332	18.656.226	25.373.790
Proventi e oneri finanziari (saldo)	-3.439.152	-3.086.919	-2.949.584	-2.781.278	-2.640.624
Proventi e oneri straordinari (saldo)	3.586.761	3.192.414	-1.655.936	-161.151	-3.973.422
Imposte di esercizio	-15.602.969	-15.542.964	-15.497.545	-15.640.939	-15.581.224
Risultato di esercizio	132.595	98.437	-2.684.267	72.858	3.178.520

Dai dati del prospetto è possibile desumere la sovrapposibilità tra l'andamento in crescita dei costi presenti nel periodo considerato e il trend rilevato nel valore della produzione aziendale. Questo indica che l'effetto delle azioni di monitoraggio e governo dei costi hanno sortito nel tempo i ricercati effetti di efficientizzazione del sistema.



Questa conclusione trova conferma nell'analisi MOL (Differenza fra valore e costi della produzione) il cui andamento lievemente in crescita sta ad indicare

proprio il miglioramento nel tempo della capacità dell'azienda di coprire i costi della sua produzione.

6. L'ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che l'azienda compie nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie ed ha lo scopo di:

- *fornire una visione integrata* della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
- **stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie** con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
- **verificare i vincoli e le opportunità** offerte dall'ambiente di riferimento;
- **verificare i punti di forza e i punti di debolezza** che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.



Di seguito si approfondiscono i principali **vincoli esterni** di cui AOUP tiene conto nell'elaborazione delle sue strategie che sostanziano **in indirizzi di tipo normativo ed operativo fondato su valutazioni cliniche e studi di settore.**

6.1 IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il processo di traduzione delle linee strategiche nella programmazione aziendale è definito tenendo conto dei vincoli di natura legislativa, di carattere nazionale e regionale.

La programmazione aziendale è strettamente inserita nel quadro normativo e finanziario che risente della situazione di crisi generale del paese.

In particolare, ci si riferisce ai provvedimenti (leggi e manovre finanziarie) degli ultimi anni che hanno prodotto e produrranno ancora significative riduzioni di risorse sull'intero settore a partire dal livello Centrale e Regionale fino a determinare significative contrazione nell'entità dei trasferimenti alle singole Aziende operanti nel sistema.



QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	
N L a i Z v i e o l n l a o l e	D. Lgs. n.502/1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421")
	L.191/2009 riduzione del finanziamento a decorrere dal 2012
	D. Lgs. n.517/1999 ("Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419")
	Patto per la salute 2010-2012 tra Stato e Regioni
	D.L.n.78/2010 TAGLIO DI RISORSE a decorrere dal 2012
	D.L. 98/2011 (TICKET)
	PSN 2011-2013
	L. 190/2012 ("Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.")
	D.Lgs. 33/2013 ("Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.")
	D.Lgs n.39/2013 ("Disposizioni in materia di inconfenibilità e incompatibilità degli incarichi presso le P.A. e presso gli Enti Privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, co.49 e 50, della Legge n.190/2012)
	Patto per la salute 2014-2016
	Decreto Ministeriale n.70 del 02.04.2015 ("Regolamento recante Definizione degli Standard Qualitativi, strutturali, Tecnologici e Quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera")
	Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali
	DPR n.105 del 09.05.2016 recante il "Regolamento della disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni"
	DPCM 168836 del 30/10/2017 Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
Decreto Legislativo n.97/2016, elaborato in attuazione della delega di cui all'art. 7 della Legge n.124/2015 in materia di pubblicità trasparenza e diffusione di informazione da parte della Pubblica Amministrazione, correttivo della L. 190/2012 e del D. Lgs. n.33 del 14.03.2013	
D.L.n.50/2017 convertito con modifiche nella Legge n.96/2017	
D.M. 5 giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale"	
Legge di Bilancio 2018 (legge 205/2017)	
Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali	

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 15 di 40
------------------------------------	---	--



QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	
L R e g i o l a r e	L.R. Toscana n.55/1994 ("Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
	L.R. Toscana n.56/1994 ("Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
	L.R. Toscana n.40/2005 ("Disciplina del Servizio Sanitario Regionale")
	PSR 2008-2010
	L.R. Toscana n.8/2012 ("Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Legge Regione Toscana n.40/2005")
	PSR 2012-2015
	Delibera GRT n.465/2012 ("Linee di indirizzo in attuazione della Legge regionale 30 dicembre 2010 n.67 in materia di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale - fasce di merito e organismi di valutazione")
	Delibera DGR n. 754/2012 ("Approvazione azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale Toscano")
	Delibera GRT n. 2135/2012 ("Approvazione linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste per il riordino del Sistema Sanitario Regionale Toscano e relativo Piano Operativo")
	Delibera GRT n.308/2013 ("Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale")
	Delibera GRT n. 644/2014 ("Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie Toscane per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2014")
	Delibera GRT n.48/2015 ("Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie, agli Estav, ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2015")
	L.R. Toscana n.82/2015 ("Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla Legge di Stabilità per l'anno 2016")
	L.R. Toscana n.84/2015 ("Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla L.R. n.40/2005")
	Delibera GRT n.1069 del 02.11.2016 ("Prevenzione della Corruzione, Trasparenza ed Integrità")
DGR 622-2016 Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc e modifica allegato B DGR 47/2015 a partire dal 01/01/2017	
DGR 947-2016 Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016	
DGR 1520-2017 Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende ed agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2018	
Linee Guida per la redazione dei Bilanci Preventivi 2018	

Tra i vincoli esterni che influenzano in maniera più incisiva il processo di programmazione aziendale occorre considerare:

- la **progressiva contrazione delle assegnazioni economico finanziarie** che la Regione Toscana stanziava annualmente per le Aziende Sanitarie Toscane;
- **gli obiettivi aziendali di razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie** indicati dalla Regione Toscana
- **le conseguenti direttive impartite per la Redazione del Bilancio di Previsione annuale**
- la necessità/opportunità di consolidare, a livello di programmazione aziendale, l'integrazione con gli indirizzi propri dell'azione di riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Sistema Sanitario Regionale, che ha accorpato in tre aziende le preesistenti 12 aziende sanitarie locali e che comporterà un cambiamento dei modelli organizzativi, produttivi ed operativi, con un coinvolgimento delle aziende ospedaliere universitarie nell'ambito di un'incisiva

programmazione strategica d'area vasta con le ASL di riferimento.

Tutte queste misure tra loro collegate influenzeranno anche per l'anno 2018 in maniera stringente la programmazione dell'AOUP.

Entità trasferimenti FSR

Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
129.200.000	121.709.000	121.799.000	121.628.490	119.818.536

6.2 GLI STUDI DI SETTORE SERVIZI SANITARI

Ulteriori fattori presi in esame sono le relazioni più significative a livello nazionale e regionale sull'andamento dei servizi sanitari e che influenzano la programmazione aziendale.



-*gli indicatori di posizionamento regionale* dei dati/livelli di performance sviluppati all'interno del sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali (**bersaglio**), progettato dal **Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa** all'interno del Sistema regionale di Valutazione delle Strutture Sanitarie.

Esso rappresenta la modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti all'interno della Regione Toscana, oltre ad essere un confronto e una rappresentazione delle performance tra differenti regioni (network tra aziende ospedaliere universitarie).



-*gli indicatori di posizionamento nazionale dei livelli di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure* presenti all'interno del Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti (PNE Edizione 2017: dati 2016), sviluppato dall'**Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.)** per conto del Ministero della Salute, che fornisce a livello nazionale delle valutazioni comparative da cui si evidenzia il posizionamento a livello nazionale dei risultati **di output** (indicatori di volume e soglie operative) e **di outcome** (indicatori di esito) dell'Azienda.



-*gli indicatori individuati dal Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, in attuazione delle leggi di stabilità 208/2015, elaborati all'interno del PNE, quali una delle condizioni da rispettare ai fine di non rientrare tra le Aziende*

<p style="text-align: center;">Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p style="text-align: center;">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 16 di 40</p>
---	--	---

in obbligo di elaborare i **piani di rientro**.



-gli indicatori di qualità ed equità dei servizi erogati, con particolare riferimento a quelli diagnostici e terapeutici, così come definiti dal Programma di osservazione degli esiti in Toscana (**PrOsE**), elaborati dall'ARS, che si propone il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dei servizi e identifica priorità per ulteriori analisi e decisioni sia strategiche sia operative riguardo l'organizzazione dei servizi e l'allocazione delle risorse.

7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI

Per il triennio 2018/2020 sono individuate di seguito le principali aree strategiche di intervento sulle quali l'azienda concentra i propri sforzi, la loro declinazione in obiettivi operativi e relativi indicatori e standard per l'anno in corso, i quali, anche, attraverso il processo di budgeting 2018 saranno tradotti in obiettivi specifici per articolazione organizzativa, come da tabella allegata.

7.1 GLI OBIETTIVI AZIENDALI

Le linee strategiche aziendali sulle quali l'AOUP, valutate le proprie condizioni di vincolo, intende misurare la propria performance nell'anno 2018 sono definite

- A) sulla base degli indirizzi di programmazione regionale di cui alla **DGRT 1520/2017**
- B) come risultato del processo negoziale continuamente in essere tra i diversi livelli del management aziendale
- C) in attuazione delle misure di prevenzione della Corruzione contenute nel PTPC 2018-2020

Esse dopo un necessario processo di rielaborazione interno per comodità espositiva sono state ricondotte alle seguenti **5 aree di intervento** :

- 1) **SOSTENIBILITA' ECONOMICA**
(Area SE)
- 2) **LIVELLO E QUALITA' DELLE CURE**
(Area QL)
- 3) **STRATEGIE REGIONALI E D'AREA VASTA** (Area SR)
- 4) **PROGETTI AZIENDALI** (Area PA)
- 5) **MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE** (Area PAC)

La scelta dei raggruppamenti ha tenuto conto dei contenuti delle indicazioni regionali ma ha anche inteso dare ampio spazio alle iniziative ed alle azioni in cui si esprime la responsabilità e l'autonomia organizzativa della direzione e del management aziendale.

Ciascuna area individuata, al proprio interno, è stata poi articolata in specifici **ambiti di applicazione**, ciascuno dei quali accoglie la pluralità degli obiettivi che è stato ritenuto opportuno definire ed i cui standard di realizzazione attesa sono stati determinati dalla combinazione delle sottese finalità di potenziamento/miglioramento proprio di ciascuna area dell'organizzazione alla luce dei vincoli interni dell'organizzazione emersi dopo l'esame dei risultati delle azioni intraprese nelle annualità precedenti.

Le richiamate aree di intervento, la loro articolazione in ambiti e, infine, la loro declinazione in obiettivi, indicatori e standard per l'anno 2018 è riportata nell'allegata tabella al presente piano.

Nell'articolazione degli obiettivi fatti afferire nei diversi ambiti, hanno trovato conferma anche ove non espressamente richiamati

- 1) **P'obiettivo di posizionamento aziendale** che corrisponde alla finalità di rafforzare la posizione dell'Azienda quale ente orientato all'erogazione di servizi ad alta specializzazione, mantenendo la relativa funzione attrattiva in ambito nazionale e, al contempo, garantire il ruolo di ospedale zonale per la zona-distretto di Pisa. mantenere una buona attrazione, unitamente alla ricerca di una composizione della casistica orientata sull'aumento dell'attività di media e alta complessità e una riduzione dell'attività a bassa complessità.
- 2) **la valorizzazione di metodiche innovative sempre meno invasive per il paziente.** In continuità con una tendenza avviata negli ultimi anni, l'azienda proseguirà infatti nel proprio intento di **valorizzare la chirurgia robotica**, grazie al parco tecnologico robotico in possesso;
- 3) mantenere le caratteristiche di **polo ospedaliero** di riferimento per le **attività trapiantologiche**, rispetto alle quali l'azienda è già primo centro in Italia come numero di pazienti trapiantati di fegato;
- 4) la riduzione **del volume dei ricoveri ordinari per acuti** da conseguire anche mediante l'ottimizzazione delle di

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 17 di 40</p>
---	--	---

giornate di degenza consumate ed al mantenimento di una degenza media attorno alle 6 giornate, quale indicatore di un uso appropriato ed efficiente delle risorse;

- 5) la **riduzione dei day hospital** con conseguente risparmio in termini di giornate di accesso ove possibile orientare il paziente verso percorsi ambulatoriali strutturati e all'aumento percentuale delle attività di day surgery.
- 6) mantenimento della propria vocazione chirurgica

Analoga considerazione può essere espressa in relazione alle scelte attuate dall'Azienda in tema di:

- A. perseguimento equilibrio economico**
- B. legalità dell'azione amministrativa**
- C. regole di sicurezza**

Resta inteso infatti che il processo di pianificazione strategica di valenza pluriennale si incardina temporalmente nell'annualità di riferimento mediante la programmazione e non può che mantenere in essere sullo sfondo tutte le linee strategiche che rendono i piani e le azioni coerenti ed espressi in una logica di continuità della gestione.

A) L'EQUILIBRIO ECONOMICO

L'Azienda, segnatamente ai riflessi economici della propria operatività orientata al perseguimento dell'equilibrio economico, concorre al conseguimento degli obiettivi programmatici regionali di sostenibilità economica, nel rispetto dei vincoli e dei limiti relativi imposti a singole categorie di costi.

Il mantenimento dell'equilibrio economico permane come obiettivo prioritario per l'Azienda che intende proseguire, in continuità con gli scorsi anni, una serie di azioni di controllo e contenimento della spesa dei beni e servizi e di applicazione delle indicazioni della *spending review*.

B) LA LEGALITÀ DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA E LA CONSEGUENTE RELATIVA IMPLEMENTAZIONE DELLA TRASPARENZA.

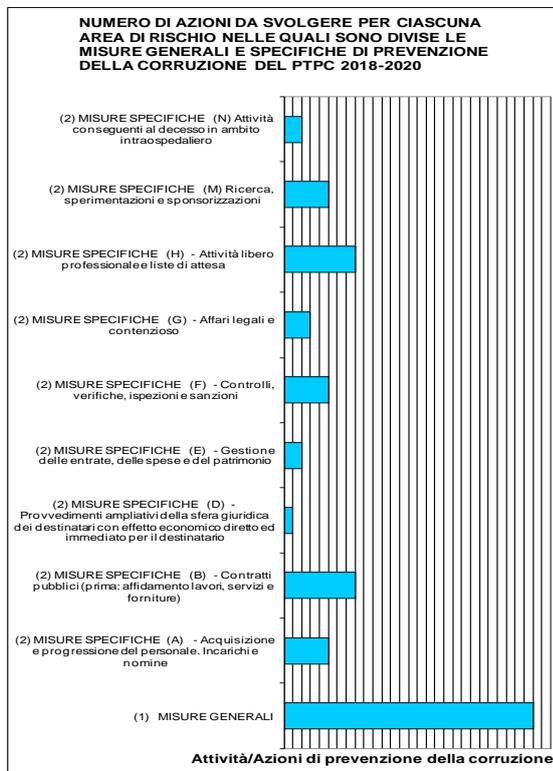
L'Autorità Nazionale Anticorruzione, nel 2017, ha approvato l'aggiornamento del PNA nell'ambito del quale ha confermato la particolare rilevanza dell'integrazione tra i processi di programmazione in materia di anticorruzione, trasparenza e gestione del ciclo della performance, al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di

prevenzione della corruzione da adottarsi all'interno di ogni singola realtà amministrativa.

Detta strategia, precisa l'ANAC, deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi delle amministrazioni e degli enti. In particolare gli obiettivi individuati nel PTPC di ciascuna amministrazione per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance.

Con il PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2018 – 2020 ([per la visione del piano pubblicato su Amministrazione trasparente CLICCA QUI](#)) l'AOU ha programmato le azioni e misure di prevenzione per il triennio 2018-2020 nonché gli obiettivi per implementare la trasparenza. Le prime sono contenute nell'allegato documento D.V.DPA 01 "Tabella misure attività azioni" e i secondi nella sezione 3 del Piano denominata "Trasparenza" dove è confluito il precedente Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

In particolare le misure, attività e azioni per la prevenzione e per la mitigazione del rischio corruzione/illegalità e per la trasparenza adottati nel PTPC sono raggruppati nelle aree di rischio generali e specifiche e sono sintetizzate nel seguente grafico che le distribuisce per le suddette aree.



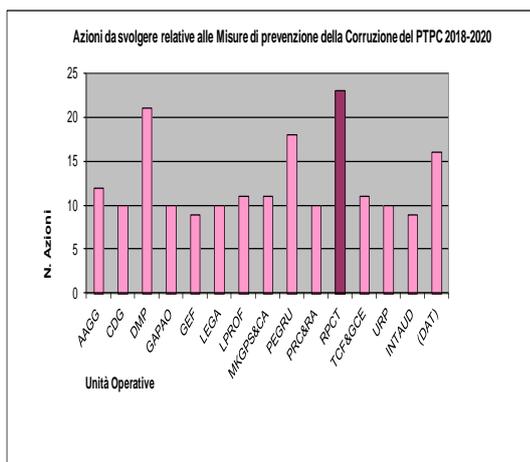
STRUTTURE COINVOLTE

- AAGG = UO Affari Generali
- CDG = UO Controllo di Gestione
- DIRAZ = Direzione Aziendale
- DMP = Direzione Medica di Presidio
- DPI = Dipartimento Professioni Infermieristiche
- GAPAO = Unità Operativa Gestione amministrativa prestazioni e attività ospedaliere
- GEF = UO Gestioni Economiche Finanziarie
- ISAP = Unità Operativa Innovazione e Sviluppo
- LEGA = Unità Operativa Legale
- LPROF = Unità Operativa Libera Professione
- MKGPS&CA = UO Unità Operativa Marketing Progetti Speciali e Convenzioni Attive
- PA&LLPP = U.O. Patrimonio e Lavori Pubblici
- PEGRU = UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane
- PRC&RA = Unità professionale Percorso Resp. Civile e Rapporti Assicurativi
- RPCT = Responsabile prevenzione corruzione e
- SDAQ = Sez Dip Accreditamento e qualità
- TCF&GCE = UO Unità Operativa Trattamenti Contributivi Fiscali e Gestioni Collaborazioni Esterne
- URP = Unità Operativa Ufficio Relazione con il Pubblico
- INTAUD= Unità Operativa Internal Audit

Le misure per l'anticorruzione e per la trasparenza assunte per l'anno 2018 dall'Azienda trovano di seguito una rappresentazione di sintesi.

Le suddette misure sono ulteriormente declinate nel PTPC in azioni definite e verificabili. Ciascuna, infatti, è dotata dello standard o valore atteso per ogni anno del triennio, dei criteri di misurazione, per verificarne a consuntivo la realizzazione, e del soggetto/i responsabili della loro attuazione.

I soggetti responsabili chiamati alla realizzazione di una o più misure, individualmente e/o corresponsabilmente sono le strutture tecnico professionali e amministrative e di direzione sanitaria. Il grafico seguente indica per ciascuna struttura il numero di misure in cui è coinvolta, come somma sia delle azioni proprie che di quelle in cui partecipa unitamente ad altre articolazioni organizzative.



AREA	STRUTTURE COINVOLTE	MISURE ATTIVITÀ/AZIONI	TARGET 2018	SCADENZE
(A) Acquisizione e progressione del personale - incarichi e nomine	UO GEF	Revisione delle procedure esistenti nell'ottica dei PAC	SI	31/12/2018
	UO PEGRU	Flusso informativo verso RPCT relativo alla copertura di incarichi dirigenziali di struttura ad interim tramite lo strumento del facente funzione	SI	31/12/2018
	UO PEGRU - UPD	Revisione del Regolamento disciplinare per il Personale Dirigente, anche con condivisione di programmazione di Area Vasta	SI	31/12/2018
	UO PEGRU UO TCF & GCE	Regolamento relativo alla attribuzione di permessi retribuiti per motivi personali e familiari al personale del comparto e della dirigenza	SI	31/12/2018
	UO TCF & GCE	Adozione regolamento per attribuzione incarichi di collaborazione ex art. 7 comma 6, del D.Lgs 165/01	SI	31/12/2018
(B) Contratti pubblici (prima: affidamento lavori, servizi e forniture)	DAT	Procedura che preveda l'intervento di un soggetto terzo per la verifica della congruità dell'accordo transattivo raggiunto dal RUP prima della formalizzazione dello stesso	SI	31/12/2018
	DAT DEF	Favorire l'acquisto di beni e servizi per via telematica (esclusivamente su autorizzazione ESTAR) su CONSIP, MEPA	SI	31/12/2018
	DIRETTORE DAT / Direttore U.O. Patrimonio	Report degli appalti aggiudicati mediante procedure aperte / ristrette, procedure negoziate, affidamenti diretti, suddivisi a tipologia di procedura adottata con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo	SI	31/12/2018
	DIRETTORE DAT / RUP GARA	Mantenimento costante flusso informativo nei confronti del RPCT su andamento "Gara Nuovo Santa Chiara"	SI	30/06/2018
	DIRETTORE DAT / RUP	Report relativo a proroghe/proseguimenti oltre l'originario termine di scadenza con indicazione del soggetto, importo e ragioni del mancato espletamento della procedura di gara	SI	31/12/2018
	Direttore U.O. Patrimonio / DIRETTORE DAT	Favorire, per le procedure di affidamento di lavori, beni e servizi, l'utilizzo di procedure telematiche con la piattaforma digitale regionale START	SI	31/12/2018
	UO DMP	Revisione PA 116 "Gestione amministrativo-contabile servizi sanitari esternalizzati"	SI	31/12/2018
(D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	UO DMP	Revisione PA 101 "Gestione del processo esternalizzato di ristorazione"	SI	31/12/2018
	UO MKG PS & CA	Attestazione relativa a donazioni accettate dall'azienda, nel semestre di riferimento, con la distinzione tra accettazioni di beni mobili e somme di denaro.	SI	30/06/2018
(F) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	UO DMP	Incremento attività del SA - Servizio Ispettivo Aziendale anche a supporto anticorruzione etica e legalità, con reportistica verso RPCT. Integrazione disciplinare di funzionamento e formalizzazione in Regolamento Aziendale formati qualità	SI	31/12/2018
	UO IA	Servizio Ispettivo Aziendale Integrazione disciplinare di funzionamento e formalizzazione in Regolamento Aziendale formati qualità	SI	31/12/2018
	UO IA	Adozione Piano Audit	SI	31/12/2018
	UO PEGRU	Aggiornamento Regolamento trattamento di missione (anche con riferimento all'utilizzo di auto propria)	SI	31/12/2018
(G) Affari legali e contenzioso	UO LEGALE	Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio	SI	31/12/2018
	PRC&RA MED LEGALE CLINICAL RISK	Regolamento sul Comitato Gestione Sinistri	SI	31/12/2018
	UO GAPA/O	Procedura aziendale avente ad oggetto "Verifiche su corretto utilizzo della funzione CUP-RISK (regolare emissione di ricevute di pagamento per prestazioni ambulatoriali in regime istituzionale)	SI	31/12/2018
(H) Attività libero professionale e liste di attesa	UO LEGALE	Regolamento per l'affidamento di incarichi a legali esterni	SI	31/01/2018
	UO DMP	Prescrizione elettronica dematerializzata delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (e-prescription)	SI	31/12/2018
	UO DMP	Procedura aziendale inerente al registro di prenotazione dei ricoveri programmati chirurgici	SI	31/12/2018
	UO DMP	Estensione progetto sperimentale "Open Access" ad un maggiore numero di branche specialistiche/prestazioni	SI	31/12/2018
	UO GAPA/O DMP	Proposta di aggiornamento della PA 19 "Prenotazione, erogazione, archiviazione e controllo delle prestazioni ambulatoriali"	SI	31/12/2018
	UO LP	Monitoraggio sul corretto esercizio attività libero professionale in regime ambulatoriale presso le strutture aziendali e presso le altre strutture del SSR ed altre strutture sanitarie fuori regione	SI	31/12/2018
	UO LP	Monitoraggio, anche a campione, anomalie tra agenda prenotazioni libera professione ambulatoriale/prestazioni erogate/pagamenti	SI	30/06/2018
UP PRC&RA	Adozione su formati qualità della procedura operativa interna di gestione diretta dei sinistri dell'Unità Professionale	SI	31/12/2018	

AREA	STRUTTURE COINVOLTE	MISURE ATTIVITÀ/AZIONI	TARGET 2018	SCADENZE	
(M) Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	UO AA.GG	Adozione regolamento ripartizione proventi sperimentazioni	SI	31/12/2018	
	UO AA.GG.	Adozione procedura per sperimentazioni/profit	SI	31/12/2018	
	UO DMP	Prescrizione elettronica farmaci; prosecuzione prescrizione in formato elettronico stampando ancora su ricettario regionale rosso	SI	31/12/2018	
	UO DMP / DIREZIONE SANTARIA / DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Attuazione regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dei dispositivi medici	SI	31/12/2018	
	UO MKG PS & CA	Regolamentazione delle attività relative ad eventi formativi svolti da soggetti terzi in strutture aziendali	SI	31/12/2018	
	(N) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	UO DMP	Trasmissione a RPCT di reportistica sulle eventuali anomalie riscontrate nell'ambito della T. 07/P.A. 39 (previo oscuramento di tutti i dati personali)	SI	30/06/2018
		UO DMP	Aggiornamento di regolamentazione esistente, attualizzandola dal punto di vista normativo, riportandola al format qualità e curandone la pubblicazione anche sul sito aziendale, sez.ne amministrazione trasparente e implementazione come da cronoprogramma	SI	31/12/2018
	ALTRE MISURE	TUTTI URP DMP DAT UP PRC&RA	UO TCF & GCE con il supporto informatico della competente struttura ESTAR	SI	31/12/2018
		UO TCF & GCE con il supporto informatico della competente struttura ESTAR	Progressiva implementazione del programma per la reperibilità	SI	31/12/2018
		DG supporto UO AAGG e RPCT	Verifica insussistenza cause specifiche di inconferibilità o incompatibilità per incarichi DA e DS	SI	31/12/2018
Direttore DAT		Autocertificazione su idonea modulistica di insussistenza precedenti penali	SI	31/12/2018	
DIREZIONE AZIENDALE DA		Adozione aggiornamento annuale PTPC	SI	31/01/2018	
RPCT		Eventuale modifica, aggiornamento o implementazione infra annuale del PTPC	SI	31/01/2018	
		Monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi dei procedimenti amministrativi	SI	31/12/2018	
		Predisposizione modulistica per la gestione del conflitto di interessi per eventuale utilizzo da parte delle strutture interessate.	SI	31/12/2018	
		Programmazione e realizzazione di attività formativa in tema di anticorruzione, etica e legalità di tipo generale rivolta a tutti i dipendenti nonché a livello specifico e/o avanzato rivolta al personale addetto ad aree di rischio, referenti, incaricati ACEL o su tematiche non di base	0,5	31/12/2018	
		Pubblicazione su sito istituzionale PTPC	SI	31/01/2018	
		Pubblicazione del codice sul sito istituzionale nel format qualità	SI	31/12/2018	
		Realizzazione "Giornata della trasparenza" adeguatamente pubblicizzata e Pubblicazione report su "Amministrazione Trasparente"	SI	31/12/2018	
		Relazione annuale sui risultati della attività svolta	SI	31/01/2018	
RPCT/DG		Comunicazione PTPC a Collegio Sindacale, OV, Comitato di Partecipazione e Comitato Unico di Garanzia	SI	01/03/2018	
TUTTI		Monitoraggio sulla attuazione delle misure	SI	30/06/2018	
	Monitoraggio sulla efficacia del piano e delle misure attuate	SI	31/12/2018		
	Pubblicazione e aggiornamento dei dati di propria competenza oggetto di obbligo di pubblicazione ex dgs 33/2013	SI	30/06/2018		
TUTTI DMP	Segnalazione a RPCT di azioni discriminatorie nei confronti del segnalante	SI	31/12/2018		
TUTTI RPCT	Proseguimento dell'analisi delle aree di attività e dell'analisi del grado di rischio e relativo trattamento	0,4	31/12/2018		
UO AA.GG	Pubblicazione sul sito aziendale delle dichiarazioni di DA e DS	SI	31/12/2018		
UO CDG	Recepimento idonee misure e azioni di gestione e mitigazione del rischio previste nel PTPC nell'ambito del sistema di gestione della performance organizzativa e individuale e nel sistema di budget	SI	30/06/2018		
	Trasparenza degli esiti degli obiettivi di budget	SI	30/06/2018		
UO PEGRU	Operatività del "Regolamento per la disciplina incarichi esterni occasionali prestatati dal personale dipendente"	SI	31/12/2018		
UO PEGRU / DIREZIONE AZIENDALE	Verifica svolgimento attività extraistituzionali al di fuori dell'orario di lavoro	SI	30/06/2018		
UO PEGRU / DIREZIONE AZIENDALE	Adozione del regolamento sulla rotazione	SI	31/12/2018		
UO PEGRU / UO RPCT / DIREZIONE AZIENDALE	Revisione codice etico e di comportamento secondo una procedura aperta alla partecipazione, con parere di OV	SI	31/12/2018		
UO URP	Trasmissione a RPCT di segnalazioni o reclami ricevuti aventi ad oggetto casi di corruzione, conflitto di interessi o illegalità/cattiva amministrazione	SI	31/12/2018		
UO URP / RPCT	Individuazione canale di informazione e ascolto con Comitato di Partecipazione al fine di informare sulla strategia aziendale di prevenzione e raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione ed eventuali segnalazioni di illecito	SI	31/12/2018		

Nota: Le tabelle esposte rappresentano un estratto del richiamato documento DPA1 e fanno riferimento alla sola annualità 2018.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 20 di 40
------------------------------------	---	--

C) LA VALUTAZIONE DEI RISCHI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Il percorso intrapreso per addivenire alla realizzazione del progetto del “ nuovo ospedale S. Chiara” ha necessariamente determinato numerose modifiche organizzative e comportato trasferimenti delle Articolazioni Organizzative all'interno degli stessi edifici, tra edifici nel medesimo stabilimento e dallo stabilimento di S. Chiara a quello di Cisanello e viceversa.

Tutto questo ha portato nel 2015 all'adozione della delibera n. 163 del 27.2.15 dove sono state pianificate le attività necessarie a revisionare/aggiornare le valutazioni dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro e la redazione dei relativi documenti.

Date le dimensioni aziendali e la complessità organizzativa, per il giusto governo di questo aspetto del *risk management*, si rende necessario proseguire anche nel 2018:

- all'implementazione delle procedure esistenti in materia e a redigere quelle mancanti; processo già avviato dal 2015;
- al coinvolgimento e alla fattiva partecipazione di tutti gli attori del sistema aziendale (lavoratori, preposti e dirigenti) per giungere ad una gestione proattiva.



Obiettivi 2018	Misurazione
Realizzazione del progetto (triennale) adottato nel 2015 per provvedere alla rivalutazione dei rischi, alla redazione delle procedure, al coinvolgimento e corresponsabilizzazione dei Dirigenti, dei Preposti e dei Lavoratori	<p>Indicatori:</p> <p>prosecuzione elaborazione, redazione ed adozione delle procedure mancanti in materia di salute e sicurezza sul lavoro;</p> <p>esecuzione dei corsi per DIRIGENTI, PREPOSTI E LAVORATORI (una edizione per DAI del corso dirigenti, 2 per i preposti e 10 per i lavoratori);</p> <p>conclusione della rivalutazione dei rischi dei Dipartimenti ad Attività Integrata.</p> <p>Risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento e corresponsabilizzazione dei Dirigenti, dei Preposti e dei Lavoratori; - miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro; - completamento della redazione dell'aggiornamento del documento di valutazione dei rischi dei Dipartimenti ad Attività Integrata..

Nelle sezioni che seguono saranno approfonditi gli obiettivi specificatamente dedicati all'attività sanitaria.

Per ciascuna area individuata si darà indicazione delle principali voci che ne compongono l'articolazione complessiva.

Ferma restando, quindi, la rappresentazione completa dell'albero della performance contenuta nell'apposita sezione ad esso dedicata (allegata tabella), in cui è possibile ritrovare l'articolazione completa degli obiettivi **Per le aree che accolgono più di un**

<p style="text-align: center;">Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p style="text-align: center;">D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 21 di 40</p>
---	--	---

ambito l'esposizione che segue si sofferma solo sulle principali.

Le ragioni della scelta risiedono essenzialmente nella finalità di promozione e comunicazione assegnata al presente documento per cui si è ritenuto di voler dare diffusione e valorizzare sia ad azioni che, per tipologia e contenuto, si ritengono particolarmente innovative, sia a quelle che presentano particolari livelli di risultato raggiunto in settori ritenuti più maturi rispetto alla realtà aziendale in cui si esprimono.

7.1.1 OBIETTIVI DELL' ATTIVITA' SANITARIA: AREA SOSTENIBILITA' ECONOMICA

Per l'AREA SOSTENIBILITA' ECONOMICA (Area SE)

gli obiettivi sono stati classificati nei seguenti ambiti di applicazione:

- a) Appropriatelyzza/ Efficienza Interna
- b) Consolidamento dei Ricavi
- c) Governo dei costi

In questo ambito sono stati articolati obiettivi finalizzati alla sempre maggiore razionalizzazione nell'uso dei farmaci e dispositivi con particolare riguardo alle fasce più costose o quelle a maggior volume, finalizzando le azioni indicate nel dettaglio ad un uso sempre più appropriato ed efficiente dei beni sanitari disponibili, coerente con le attività prodotte. Con particolare riferimento a quelli a maggior contenuto tecnologico ed a maggiore impatto economico l'azienda, anche per l'anno 2018 conferma la scelta di razionalizzarne il ricorso conformandone l'impiego alla programmazione delineata dai professionisti in accordo con la Direzione Aziendale.

Nell'ambito a) Appropriatelyzza/Efficienza Interna nello specifico sono state concentrate le azioni finalizzate al recupero dei principi attivi utilizzati nelle preparazioni non somministrate ai pazienti oncologici che per ragioni di salute non hanno potuto usufruire delle terapie, sottoponendo a revisione anche i processi di programmazione delle medesime per rendere sempre più efficiente il processo di preparazione e conseguentemente ridotto il tempo di permanenza in ospedale del paziente che deve usufruirne. Particolare attenzione è stata posta anche all'uso dei farmaci biosimilari rispetto agli originator, chiedendo la loro introduzione e/o massimo utilizzo, in relazione alle indicazioni cliniche. Inoltre viene posto sotto stretto controllo l'uso dei farmaci off label.

Nell'ambito b) Consolidamento dei Ricavi si sono fatte rientrare le consolidate misure di controllo sulla capacità delle singole strutture che erogano farmaci in maniera diretta di rendicontare correttamente le poste positive ammesse compensazione regionale nelle relative voci di spesa. Queste azioni state richiamate per il consolidamento delle buone prassi acquisite.

Nell'ambito c) Governo dei Costi, coerentemente con le indicazioni regionali, sono state infine concentrate le azioni specifiche sulle principali categorie di farmaci e dispositivi, che per volume o per impatto economico hanno registrato nell'annualità precedente i maggiori incrementi a valore. In particolare, conformemente alle linee guida regionali che puntano ad una rimodulazione e contrazione della spesa farmaceutica a livello di Regione Toscana, viene chiesta una contrazione dei consumi dei farmaci in uso nella linea dei ricoveri

7.1.2 OBIETTIVI DELL' ATTIVITA' SANITARIA: AREA LIVELLO E QUALITA' DELLE CURE

Per l'AREA QUALITA' DELLE CURE

(Area LQ), In relazione alle specifiche finalità perseguite nella definizione dei propri obiettivi interni per armonizzare le medesime alle indicazioni di vincolo (interno ed esterno) all'Azienda, trovano rappresentazione i seguenti ambiti:

- a) *Esiti/Gestione delle criticità*
- b) *Rischio Clinico*
- c) *Sorveglianza e Prevenzione*

Prima di passare alla disamina degli obiettivi fatti afferire all'ambito a) *Esiti/Gestione delle criticità* pare indispensabile un richiamo al metodo ed agli strumenti di analisi tipicamente utilizzati per la rappresentazione degli andamenti degli esiti in ambito sanitario.

FOCUS 1) LA TREEMAP

Dalla misurazione delle CRITICITA' di ESITO, alla definizione degli obiettivi aziendali

Nell'ambito degli esiti e qualità delle cure, la dimensione qualitativa delle attività sanitarie è sempre più al centro dell'attenzione.

Essa rileva non solo per i clinici o i responsabili dell'organizzazione dei servizi ma anche dal punto di vista normativo.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 22 di 40
------------------------------------	---	--

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 ha introdotto come determinante dell'ingresso ai piani di rientro aziendali, accanto alla valutazione dello "stato di salute economico", il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, in attuazione della predetta legge, ha individuato un set di indicatori di esito tra quelli elaborati all'interno del PNE.

Gli indicatori di esito selezionati le variabili che compongono la cd "treemap", un metodo di rappresentazione grafica dell'andamento di sette aree cliniche (cardiocircolatoria gravidanza e parto, osteomuscolare respiratorio, chirurgia oncologica, nervoso, chirurgia generale).

Secondo il metodo "treemap", ciascuna area clinica ha un proprio peso, calcolato sulla base dei volumi di attività della struttura ospedaliera in esame.

Con la medesima logica, all'interno di ciascuna area clinica, ogni indicatore ha un proprio peso, proporzionale alla rilevanza e alla validità del medesimo all'interno dell'area, a cui viene associata una valutazione di qualità secondo una scala di punteggio, e di colore, variabile.

(classi di valutazione degli standard):

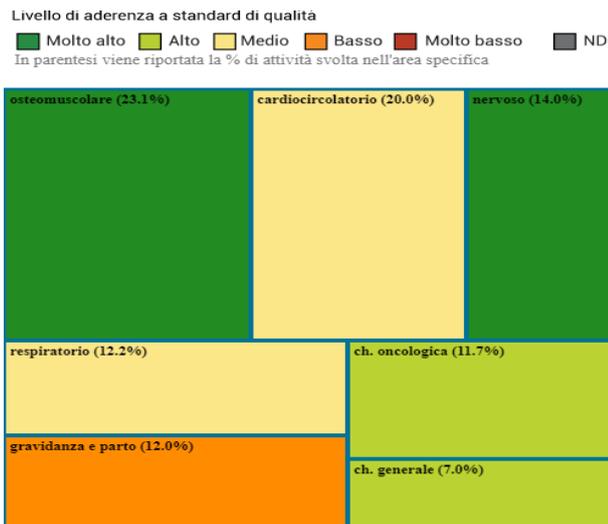
- 1 molto alta (verde scuro);
- 2 alta (verde chiaro);
- 3 media (giallo);
- 4 bassa (arancione);
- 5 molto bassa (rosso)

Per determinare il collocamento di una azienda in piano di rientro è sufficiente che la qualità assistenziale in una sola delle aree individuate sia bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali.

Di seguito sono riportati gli indicatori di esito che costituiscono la treemap, raggruppati per le diverse aree cliniche:

AREA CLINICA	INDICATORI PNE (DM 21 giugno 2016)	peso %
CARDIO CIRCULATORIA	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	30%
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	15%
	By-pass Aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni	20%
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	15%
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10%
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	10%
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80%
	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	10%
	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	10%
OSTEO MUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90%
	Frattura Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10%
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100%
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: percentuale di interventi effettuati in reparti con volume di attività superiore ai 135 casi	33%
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	17%
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	17%
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	8%
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	25%
NERVOSO	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 g dalla craniotomia	75%
	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	25%
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: percentuale di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	50%
	Colecistectomia laparoscopica: percentuale di interventi eseguiti in reparti con volume di attività superiore ai 90 casi	50%

La treemap di AOUP pubblicata su PNE Edizione 2017 (che prende in considerazione i risultati relativi all'anno 2016) illustra con riferimento alle aree cliniche di approfondimento richiamate la sintesi seguente:



La rappresentazione esposta evidenzia una criticità nell'area della gravidanza e parto, dovuta prevalentemente alla percentuale di tagli cesarei. La valutazione degli esiti degli interventi è ripresa anche nell'allegato 5 della DGRT1520/2017 relativo al "Miglioramento degli esiti", ove per tutte le aziende toscane, si individuano due aree da monitorare e valutare con riferimento al Programma Regionale di Osservazione degli Esiti (PrOsE):

1. Gestione delle criticità
2. Governo delle reti cliniche

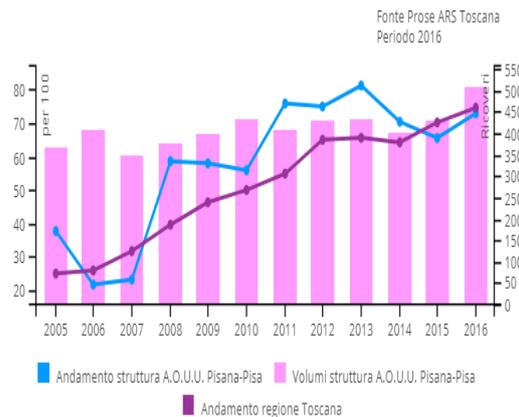
Per l'AOUP, nell'ambito **Gestione delle criticità** sono individuati i seguenti obiettivi di miglioramento degli esiti:

INDICATORE	OBIETTIVO
NASCITA	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
FRATTURA DEL FEMORE	Intervento entro 48 ore

L'andamento per l'AOUP dell'indicatore relativo alla **Nascita** - criticità già evidenziata nella Treemap - secondo fonte ARS è il seguente:

L'andamento dell'indicatore relativo all'esito della **Frattura del collo del femore**, secondo fonte ARS risulta invece

Frattura femore, percentuale interventi 2g per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa



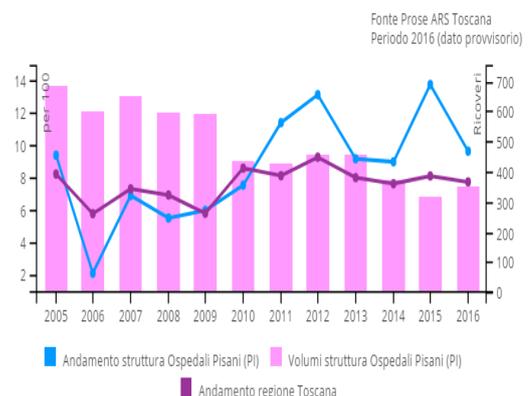
(I dati disponibili sul sito dell'ARS sono riferiti all'anno 2016)

Anche la seconda area relativa al **Governo delle Reti Cliniche** si articola, per tutti i soggetti del SSR, in:

- a) **IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione**

per il quale si riporta l'andamento dell'AOUP:

IMA, rischio morte 30g per 100, Ospedali Pisani (PI)



- b) **ICTUS ischemico, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione**

per il quale si riporta l'andamento dell'AOUP

Ictus ischemico, rischio morte 30g per 100, Ospedali Pisani (PI)



L'introduzione di queste misure è tesa a ridurre la variabilità territoriale, mantenendo o migliorando gli esiti rispetto all'ultimo anno di osservazione e con riferimento ai residenti delle zone distretto è condiviso dalle ASL, ciascuna con riferimento alla propria Area Vasta.

Nota: La misura prevista relativamente al Governo delle Reti Cliniche trova corrispondenza nelle indicazioni derivanti dalle misure regionali previste per il livello dell'area Vasta.

Nell'ambito c) Rischio Clinico,

riconosciuta la pratica dell'igiene delle mani tra i presidi più efficaci per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, per l'anno 2018 l'azienda rinnova la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari introducendolo tra gli obiettivi di budget soggetto a valutazione secondo i criteri del Framework 2010.

Viene inoltre confermato in quest'ambito, la necessità di monitorare il rispetto degli MMR e Audit secondo gli standard regionali.

Nell'ambito d) Sorveglianza e Prevenzione, con riferimento alla tematica inerente il volume e la tipologia di farmaci complessivamente erogati dalle strutture, sono state ricomprese le azioni volte al monitoraggio e contenimento nell'utilizzo dei Fluorochinoloni una categoria di farmaci Antibatterici ed Antinfettivi richiamate dal Piano Nazionale di contrasto per l'Antimicrobico Resistenza (PNCAR 2017-2020), che detta precise misure di controllo e sorveglianza in materia di Infezioni ospedaliere ed allo sviluppo di resistenze al trattamento correlato all'impiego primario non appropriato di farmaci di ultima generazione.

7.1.3 OBIETTIVI DELL' ATTIVITA' SANITARIA: PERFORMANCE DI SISTEMA

Per l'area Performance di sistema (area P5) sono stati sistematizzati i principali indicatori assegnati dai diversi organismi esterni all'azienda con finalità di valutazione. In questo caso gli obiettivi sono stati classificati in un solo ambito

- a) *Appropriatezza/ Efficienza Clinica (Sistema di Valutazione e Bersaglio Mes e indicatori oggetto di osservazione)*

Nell'ambito appena richiamato gli obiettivi regionali assegnati nell'ambito della valutazione della performance aziendale, espressa dal posizionamento rispetto al bersaglio Mes e dai risultati raggiunti su alcuni specifici indicatori individuati dalla Regione come oggetto di misurazione, in termini di miglioramento, **trovano rappresentazione sistematica** (conformemente all' allegato 6 della DGRT 11520/2017).

Trattandosi di obiettivi strettamente inerenti l'assistenza sanitaria, che costituisce il core business dell'attività dell'AOUP, essi si esplicitano un set di indicatori, calati e misurati a livello di struttura, che rappresentano un costante riferimento nella gestione delle attività, e consentono, di avviare un monitoraggio costante dell'andamento aziendale, consentendo di intervenire in corso d'anno sulle aree di azione rilevatesi come critiche o di consolidare le aree di con buoni risultati.

FOCUS:2) IL BERSAGLIO MES

La pesatura aziendale degli obiettivi di sistema definiti dal Bersaglio (Indicatori Mes)

Nella tabella riportata di seguito si da evidenza di come siano stati trasferiti all'interno di AUOP i contenuti dell'Allegato 6 della DGRT 1520/2017.

L'allegato citato, come anticipato, elenca il set di indicatori su cui la Regione chiede alle Aziende di concentrare la propria attenzione per migliorare il proprio contributo al Sistema Sanitario Toscano. Dall'esame e qualificazione in termini di risultato degli indicatori selezionati dalla Regione in rapporto alla performance corrispondente realizzata dall'AOUP sono scaturiti gli obiettivi aziendali. Su essi, in funzione dei risultati conseguiti negli anni pregressi in Azienda, saranno chieste azioni di miglioramento o consolidamento o mantenimento alle singole strutture.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 25 di 40
------------------------------------	---	--

Di seguito la sintesi dei risultati 2016 della Regione Toscana e la correlata performance dell'AOUP nello stesso anno e nell'anno 2015

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 26 di 40
------------------------------------	---	---------------------------------------

Indicatore osservato	TOSCANA Valutazione 2016	AOUP valore 2016 Bersaglio	AOUP valore 2015 Bersaglio
Percentuale di colecistomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	performance OTTIMA 72,21%	performance BUONA 65,53%	performance BUONA 67,01%
Incidenza del Filgrastim biosimilare sul totale erogato dalle strutture	performance OTTIMA	performance OTTIMA	performance OTTIMA
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	performance OTTIMA	performance BUONA	performance BUONA
Copertura della spesa rilevata nel flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE	performance OTTIMA	performance OTTIMA	performance OTTIMA
Segnalazioni di morti encefaliche	performance OTTIMA	performance BUONA	sola osservazione
Segnalazioni di morti encefaliche	performance OTTIMA 1,53	performance BUONA 1,63	sola osservazione
Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)	performance BUONA 17,55%	performance MEDIA 26,77%	performance BUONA 24,37%
Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	performance BUONA 79,55%	performance BUONA 77,08%	performance SCARSA 67,47%
Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	performance BUONA 63,92%	performance PESSIMA 35,85%	performance SCARSA 43,14%
Percentuale di ricoveri che si concludono con una dimissioni volontaria del paziente	performance BUONA	performance BUONA	performance OTTIMA
Percentuale di ricoveri per lungodegenza e riabilitazione che si concludono con una dimissioni volontaria del paziente	performance BUONA	performance MEDIA	performance BUONA
Front-office telefonico	performance BUONA	performance BUONA	performance BUONA
Comitato di partecipazione	performance BUONA	performance OTTIMA	performance OTTIMA
Indice triennale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere	performance BUONA	performance BUONA	sola osservazione
Degenza media intervento OPEN per Aneurisma dell'Aorta Addominale non rotto	performance BUONA 8,39 g	performance OTTIMA 6,08 g	performance OTTIMA 6,46 g
Percentuale media di raggiungimento degli standard dei Drg LEA Chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza	performance BUONA 87%	performance MEDIA 74,48%	performance MEDIA 77,33%
Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	performance BUONA 66,04%	performance SCARSA 50,18%	performance SCARSA 54,51%
% ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	performance BUONA	performance PESSIMA	performance PESSIMA
Indice di performance degenza media : ricoveri programmati	performance MEDIA -0,15 g	performance SCARSA 0,14 g	performance SCARSA 0,14 g
Indice di performance degenza media - DRG Medici	performance MEDIA 0,15 g	performance MEDIA -0,14 g	performance MEDIA -0,1 g
Degenza Media intervento EVAR per Aneurisma dell'Aorta Addominale non rotto	performance MEDIA 4,88 g	performance OTTIMA 3 g	performance OTTIMA 2,76 g
Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni	performance MEDIA 2,27%	performance MEDIA 2,21%	performance MEDIA 2,19%
Incidenza del Filgrastim erogato dalle strutture sul totale del gruppo	performance MEDIA	performance BUONA	performance OTTIMA
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche	performance MEDIA 4,38%	performance MEDIA 3,44%	performance PESSIMA 6,59%
Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale	performance MEDIA 72,38%	performance BUONA 80,86%	performance MEDIA 66,14%

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 27 di 40
------------------------------------	---	---

Indicatore osservato	TOSCANA Valutazione 2016	AOUP valore 2016 Bersaglio	AOUP valore 2015 Bersaglio
% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	performance MEDIA	performance SCARSA	performance MEDIA
Percentuale di interventi programmati al colon in laparoscopia	performance MEDIA	performance OTTIMA	solamente osservazione
Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di chirurgia della colonna	performance MEDIA	performance OTTIMA	solamente osservazione
Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa	performance MEDIA	performance SCARSA	performance SCARSA
Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	performance MEDIA -0,33 g	performance MEDIA -0,39 g	performance MEDIA -0,36 g
Validazione dati Progetto StART	performance MEDIA	performance OTTIMA	-
Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	performance MEDIA	performance PESSIMA	performance PESSIMA
Degenza Media intervento di stent carotideo (CAS)	performance SCARSA 4,04 g	performance PESSIMA 4,63 g	performance PESSIMA 4,96 g
Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe	performance SCARSA 7,57%	performance BUONA 4,85%	performance BUONA 4,39%
Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	performance SCARSA 83,95%	performance PESSIMA 78,73%	performance PESSIMA 78,09%
Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	performance SCARSA 36,26 gg	performance SCARSA 42,35 gg	performance SCARSA 43,11 gg
Percentuale di prime visite e prestazioni presenti in DGR 493/2011 erogate in meno di 24 ore	performance SCARSA	performance PESSIMA	-
Consumo di antibiotici erogati nei reparti	performance PESSIMA	performance PESSIMA	performance SCARSA

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 28 di 40
----------------------------	---	---

**7.1.4 OBIETTIVI DI ATTIVITA' SANITARIA:
AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE
REGIONALI E DI AREA VASTA**

**Per l'AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE
REGIONALI e D'AREA VASTA
(Area SR)**

Gli obiettivi sono stati classificati nei seguenti ambiti:

- a) Governo dell'Oncologia
- b) Governo del Territorio
- c) Pronto Soccorso e Rete Emergenza
Pediatria
- d) Tempi d'attesa e Specialistica Ambulatoriale
- e) Reti cliniche e Continuità assistenziale
- e) Ricerca
- f) Medicina Complementare e Medicina di Genere
- g) Sistemi Informativi

Nell'articolazione degli obiettivi afferenti ai differenti ambiti individuati in applicazione del principio di sussidiarietà, sono stati fatti convergere indirizzi di vario livello (regionale e di area vasta), i quali attraverso il coordinamento interaziendale di area vasta e dell'appropriatezza organizzativa ricercano le condizioni per garantire:

1. *tempestività*
2. *equità*
3. *uniformità*
4. *appropriatezza*

Nelle modalità di accesso alle cure ed ai servizi da parte dei cittadini.

E' in questa sezione che meglio si concretizza per AOUP il ruolo di soggetto attore e promotore di programmi operativi, percorsi di cura e di iniziative di promozione della salute che, anche grazie al ruolo della ricerca e della sperimentazione clinica garantita dalla presenza dell'Università, favoriscono nell'area vasta di riferimento la **concretizzazione di una visione di sistema fondata sulla gestione unitaria e condivisa dei bisogni di salute sul territorio di competenza.**

Stante che la Programmazione di Area Vasta approfondisce 7 diverse ambiti di sviluppo:

- 1) Percorso della Malattia Oncologica
- 2) Specialità Mediche e Cronicità
- 3) Materno Infantile
- 4) Percorsi assistenziali Chirurgici
- 5) Emergenza Urgenza e Reti tempo dipendenti
- 6) Medicina diagnostica di Laboratorio

7) Diagnostica per immagini

Si riportano di seguito le principali tematiche richiamate nella programmazione di AV per l'anno 2018 che viene richiamata tra gli impegni propri delle aziende dalla DGRT 1520/2017

AREA AOUP	PIANI DI AREA VASTA	Oggetto:	Obiettivi PAV
SR	DI AV PERCORSO DELLA MALATTIA ONCOLOGICA	Liste di Attesa	Rispetto delle linee di indirizzo regionali di organizzazione del sistema dell'offerta (Follow up oncologico)
SE	DI AV PERCORSO DELLA MALATTIA ONCOLOGICA	Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva Farmaceutica: I consumi dei farmaci oncologici devono rispettare le raccomandazioni regionali. Obiettivi MES

SR	DI AV SPECIALITA' MEDICHE E CRONICITA'	Continuità Assistenziale Ospedale Territorio ACOT	Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio ACOT a livello di zona distretto per ex-USL, a livello di presidio per le AOUP- Costituzione dell'Agenzia e delle procedure di gestione dei percorsi
SE	DI AV SPECIALITA' MEDICHE E CRONICITA'	Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva Farmaceutica e Dispositivi Medici: rispetto degli obiettivi regionali di settore

LQ	DI AV MATERNO INFANTILE	Tempi di Attesa	Per il percorso nascita: garantire la prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica. Assicurare l'offerta con la domanda espressa dalla rete consultoriale.
LQ	DI AV MATERNO INFANTILE	Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva Farmaceutica e Dispositivi Medici: rispetto degli obiettivi regionali di settore

Tra le tematiche di maggiore rilevanza richiamate dalla programmazione di area vasta pare indispensabile infine ricomprendere le modalità di gestione delle diverse patologie in ambito sanitario e dei relativi percorsi di cura. Esaminata nelle differenti fasi di sviluppo (*presa in carico, gestione, cura, trattamento, follow up*) quella della **rete dei percorsi assistenziali in continuità con i diversi punti di accesso per il paziente** (dall'ospedale al territorio e viceversa) insieme alla **gestione delle cronicità e delle reti tempo dipendenti** rappresentano infatti, anche per il 2018 le tematiche più significative sulle quali i professionisti di Aoup sono chiamati a confrontarsi e orientare la propria attività, garantendo il proprio contributo.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 29 di 40
----------------------------	---	---------------------------------------

Tabella di Sintesi dei coordinamenti di AV posti in essere per lo sviluppo delle tematiche 2018:

DIAV	Fonte	Oggetto:	Obiettivi PAV
DIAV SPECIALITA' MEDICHE E CRONICITA'	DGR 391/2016	Reumatologia	Ridefinizione dei livelli organizzativi di erogazione differenziati per grado di complessità di offerta (di base, specialistica territoriale, III livello ospedaliero AOUP) al fine di una presa in carico tempestiva e appropriata del paziente reumatico
	DGR 698/2016	Piede Diabetico	Definizione di un modello organizzativo in AVNO finalizzato alla presa in carico precoce e riduzione delle amputazioni maggiori
	DGR 391/2016	Obesità	Ridefinizione dei livelli organizzativi di erogazione differenziati per grado di complessità di offerta (di base, specialistica territoriale, II livello ospedaliero AOUP) al fine di una presa in carico tempestiva e appropriata del paziente obeso
	DGR 391/2017	Endocrinologia - Nodulo Tiroideo	Implementazione del percorso diagnostico e di follow up con identificazione dei criteri standard minimi necessari per la diagnosi e il follow up nella malattia nodulare della tiroide
DIAV EMERGENZA URGENZA E RETI TEMPO DIPENDENTI	DGR 974/2017	PRONTO SOCCORSO	Piano Gestione del Sovraffollamento (PGSA)
	DGR 1380/2016 e s.m.i	Reti cliniche: Reti T.D	Rete T.D ICTUS
	DGR 1380/2016 e s.m.i		Rete T.D IMA
	DGR 1380/2016 e s.m.i		Rete Trauma Maggiore
DIAV PERCORSI ASSISTENZIALI CHIRURGICI	DGR 394/2016	Percorsi per patologia	Tumori rari e infrequenti e ad alta complessità (pancreas, esofago, GIST, Surrene): implementazione progetto di AVNO
	DGR 272/2014	Percorsi per patologia	Realizzazione della Rete delle Breast Unit di AVNO e sviluppo del percorso per patologia (GOM)
	DGR 982/2014	Percorsi per patologia	Realizzazione della Rete delle Prostat Unit di AVNO e sviluppo del percorso per patologia (GOM)
	DGR 268 /2017	Percorsi per patologia	Realizzazione della Rete chirurgica oncologica toscana : costituzione delle Unità Integrate per il Melanoma e i tumori della cute : sviluppo del percorso per patologia (GOM)
		Percorsi per patologia	Percorso interaziendale integrato di chirurgia Oncologica Ginecologica : prima definizione della rete
		Percorsi per patologia	Definizione di un percorso interaziendale integrato di Chirurgia Oncologica Testa Collo
		Chirurgia robotica	Piena funzionalità del Centro di Robotica presso AOUP e di AVNO e realizzazione del piano di formazione dei professionisti tramite ENDOCAS
DIAV MEDICINA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		Radiologia interventistica	Definizione della Rete delle Radiologie Interventistiche di Area Vasta
DIAV PERCORSO DELLA MALATTIA ONCOLOGICA		ANATOMIE Patologiche	Integrazione delle Anatomie Patologiche con Ris Pacs (almeno POLO NORD) e refertazione da remoto

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 30 di 40</p>
---	---	---

Tutti gli obiettivi richiamati conferiscono, in base alla prevalenza della tematica, negli ambiti a) Governo dell'Oncologia e b) Governo del Territorio. c) Pronto Soccorso e Rete Emergenza Pediatrica ed e) Reti cliniche e Continuità assistenziale e, in rapporto alla tematica trattata, **sono stati poi richiamati tra gli obiettivi propri assegnati ai Dipartimenti dell'Azienda**

Di seguito trovano descrizione le azioni relative alle tematiche richiamate nello sviluppo aziendale degli obiettivi dedicati complessivamente alle strategie regionali ritenute più significative per l'anno 2018.

In relazione ai principi di tempestività ed equità di accesso ai servizi in azioni dettagliatamente richiamate nell' sviluppo dell'AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA (Area SR) con riferimento all'ambito **d) tempi di attesa e specialistica ambulatoriale è stata fatta rientrare l'estensione del c.d "open access"**

OPEN ACCESS: modello di organizzativo avviato sperimentalmente nel 2015 per la gestione differenziata dei percorsi di accesso dei pazienti alle prestazioni di specialistica ambulatoriale finalizzato a fornire la disponibilità entro tre giorni alle richieste di visita di 1° accesso.

Le richieste di visite di primo e di secondo accesso sono espressione di bisogni di salute diversi ma l'esistenza di un'unica porta di ingresso ai servizi sanitari non consente di fornire una risposta differenziata.

L'Azienda, tenuto conto delle indicazioni della DGRT 694/2014, ha avviato nel 2015 la sperimentazione di un modello organizzativo" in ambito cardiologico.

L'idea operativa:

In tale sperimentazione l'offerta è stata modulata sulla base dell'analisi della domanda da parte dei residenti della zona pisana, **gestendo il primo accesso con un'unica agenda su cui far lavorare**

più professionisti in contemporanea per un totale di ore sufficienti a coprire la domanda, permettendo anche al professionista, ove lo ritenga opportuno, di fare al momento gli approfondimenti del caso, con conseguente riduzione ulteriore dei tempi di attesa e della domanda interna aggiuntiva, nonché di **gestire direttamente il secondo accesso** decidendo quando rivedere il paziente e prenotando lo stesso.

In tal modo i flussi dei pazienti con necessità assistenziali diversificate e quindi con esigenze diverse nel timing all'accesso non si sovrappongono.

I risultati:

Questa modalità operativa inizialmente testata nell'area cardiologica:

- a) **ha consentito di distinguere le vere liste di attesa (open access) dalle liste di prenotazione per i pazienti già in cura**
- b) **ha dimostrato come sia possibile operare in tempo reale sulle visite ambulatoriali di primo accesso a parità di risorse.**

Nel 2016 l'azienda ha esteso il modello al settore della diagnostica radiologica (ecografia dell'addome) in sinergia con gli erogatori pubblici e privati accreditati presenti nel territorio. Lo sviluppo condiviso con la ASL e gli operatori convenzionati prevede di concentrare il primo accesso sui presidi territoriali, riservando gli approfondimenti specialistici di secondo accesso sul presidio ospedaliero.

Nel 2017, il modello è stato esteso all'erogazione delle ecografie (suddivise in eco cuore – eco tiroide – eco mammella – eco addome – altre eco) e di TAC del torace che sono state garantite entro 3 giorni con una disponibilità complessiva di circa 800 esami a settimana (circa 3.000/mese).

Da agosto 2017 sono parte integrante del progetto, oltre la visita cardiologica, anche le seguenti 4 visite: dermatologica – neurologica – oculistica – ORL per le quali il trend di erogazione resta di 3 giorni entro la data di prenotazione e la disponibilità di circa 500 prime visite/settimana (circa 2.000/mese).

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 31 di 40</p>
---	---	---

Le proposte:

Obiettivi 2018	Misurazione
<p>Estensione del modello open access alle visite</p> <p>-ginecologica -urologica -ortopedica</p> <p>(a completamento di quanto previsto dalla DGRT1080/2016)</p>	<p>Indicatori: -erogazione prestazione entro 3 giorni dalla richiesta; -monitoraggio andamento dei tempi di attesa</p> <p>Risultati attesi: azzeramento code per gli utenti della zona pisana per le specialità individuate in accordo con la ASL Nord-ovest e i privati accreditati;</p>

Sempre nello stesso ambito con più spiccato riferimento al **principio dell'appropriatezza** in una logica di continuità con quanto previsto e realizzato nelle annualità precedenti, anche nel 2018 sono confermati volontà e impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana nel prefissarsi in continuità **l'obiettivo di appropriatezza prescrittiva nei laboratori**. Continuano infatti ad essere un riferimento valido gli ultimi interventi normativi (Decreto n.9 del 9/12/2015 relativo a "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"), con cui viene posta l'attenzione sulla necessità di analizzare il rapporto tra appropriatezza e valore dell'intervento sanitario in relazione al contesto clinico del paziente, alla gravità della patologia e all'applicazione di raccomandazioni e linee-guida, allo scopo di sensibilizzare e diffondere conoscenze sul corretto uso delle prescrizioni diagnostiche. La considerazione che linee - guida e protocolli diagnostici, benché presenti in numerose realtà cliniche ed ampiamente disponibili sui siti di informazione specialistica, non sempre sono utilizzati o condivisi comporta l'opportunità di coinvolgere direttamente i professionisti del settore affinché procedano direttamente ad un'analisi approfondita delle condizioni individuate per l'appropriatezza relativamente alle proprie specializzazioni e al fine di diffonderne l'uso e realizzare un governo condiviso delle richieste di esami, con riflessi sui costi dell'assistenza e sul miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della diagnostica di laboratorio. Quest'anno, la Direzione

Aziendale ha coinvolto sulla materia dell'appropriatezza prescrittiva le Unità operative di Microbiologia e Virologia, prevedendo l'elaborazione di un documento che dettagli le attività svolte e la tempistica per le singole patologie, utilizzando linee guida e/o normativa di settore vigenti secondo i tempi individuati dagli indirizzi regionali.

Con riferimento **all'ambito e) Ricerca** sono state fatte rientrare nell'ambito tutte le azioni funzionali alla riorganizzazione ed attivazione del servizio tecnico amministrativo di supporto alla ricerca ed alle sperimentazioni Cliniche (**Clinical Trial Office**) nelle funzioni previste dalla delibera DGRT n.553/2014 recepita con Deliberazione Aziendale n. 610 del 18/07/2017.

Per la rilevanza assunta dalla tematica e per la particolare sensibilità mostrata dai professionisti che ne hanno consentito la realizzabilità all'interno dell'azienda, uno specifico ambito di approfondimento è stato, inoltre, riservato ai temi della **Medicina di genere e alla medicina complementare** . (ambito f) Medicina Complementare e Medicina di Genere)
In questo caso gli obiettivi di ambito coincidono con quelli operativi definiti dai due Centri di Coordinamento attivati o di prossima attivazione:

- a) *Centro di Coordinamento per la Salute e la Medicina di Genere*
- b) *Centro di Coordinamento della Medicina Complementare*

Centro di Coordinamento per la Salute e la Medicina di Genere AOUP

Il Centro di Coordinamento Salute e Medicina di Genere della Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana è stato istituito con Deliberazione Aziendale n. 880/2014.

Tale Centro si avvale di competenze multidisciplinari e collabora con il Centro Regionale di Coordinamento.

La Medicina di Genere - *Gender Medicine*, studia le differenze e le somiglianze biologiche, psicologiche e sociali tra i generi e la loro influenza sullo stato di salute e di malattia; essa si propone quindi di

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 32 di 40</p>
---	---	---

approfondire le conoscenze attuali per gestire in modo migliore le malattie e le cure.

In campo sanitario avere una prospettiva di genere vuol dire pertanto rivedere i risultati disponibili in letteratura, ma anche operare un cambiamento culturale attraverso l'attivazione di programmi di prevenzione, formazione del personale, parità di accesso ai servizi sanitari.

L'attenzione al genere è dunque attenzione all'equità, non solo come equità di trattamento, ma anche come adeguatezza e appropriatezza di cura secondo il proprio genere ed è dunque un obiettivo strategico dell'Azienda che va verso una medicina personalizzata, cioè più aderente alle specifiche necessità di ciascuno, e quindi più efficace ed economica.

Il Centro si propone i seguenti obiettivi:

- **Favorire una cultura sanitaria di genere** mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere
- **Promuovere percorsi assistenziali integrati** di cure in ottica di genere
- **Sviluppare soluzioni innovative** di accesso ai servizi in base al genere.
- **Promuovere la ricerca sanitaria** di genere.
- **Promuovere l'integrazione del principio di pari opportunità** nelle politiche programmate dell'Azienda.

Attività programmate del CSMG per il 2018

(ambito di ricerca-didattica-attività clinica):

- **Organizzazione di eventi formativi** atti a implementare una cultura sanitaria di genere rivolti a personale sanitario e cittadinanza (in fase di attuazione convegno rivolto agli operatori sanitari di Area Vasta).
- **Adesione ad alcune delle azioni prioritarie regionali DGR 638/2014:**
Endometriosi –Diagnosi precoce e terapia, Tumore della Prostata –Prevenzione, La gravidanza come finestra sulla salute futura della donna.

- Presentazione di un progetto a valenza regionale (azienda coordinatrice) Menopausa – Andropausa: due percorsi a confronto DGR 1194/2016.
- Ricognizione delle esperienze territoriali in tema di genere.
- **Analisi dei percorsi clinico - assistenziali presenti** in Azienda per assicurare la presa in carico della persona, che tenga conto delle differenze di genere e garantisca equità di accesso alle cure.
- Introduzione e aggiornamento di una sezione di medicina di genere sul sito internet aziendale.
- **Attivazione di nuove strategie di cura genere-specifiche** che rafforzino il concetto di centralità del paziente: in fase di attuazione il nuovo centro multidisciplinare denominato "*Mercato dei Fiori*", presso il quale saranno accolte le pazienti affette da carcinoma mammario e dove verranno offerti tutti i servizi in grado di garantire assistenza medica, psicologica e un aiuto pratico nello svolgimento delle attività quotidiane legate alla gestione della malattia.

Centro di Coordinamento e della Medicina complementare

Il Centro di Coordinamento della Medicina Complementare è stato istituito con Deliberazione Aziendale n.20 del 5/01/2018 in attuazione delle delibere regionali che regolano la materia: la DGRT n.1384/2002 che definisce le azioni di Piano sulle medicine non Convenzionali e la DGRT n.1224 del 2016 mediante la definizione Programma Triennale del medesimo al quale l'azienda si è adeguata istituendo Il centro di Coordinamento Aziendale per garantire risposte adeguate ai cittadini nei settori considerati prioritari quali l'oncologia, la lotta al dolore, la promozione del parto fisiologico nelle gravidanze a basso rischio, nella medicina di genere e nella prevenzione delle patologie respiratorie e delle malattie atipiche dell'infanzia.

Il centro si pone come modello operativo a valenza gestionale e svolge funzione di raccordo tra i servizi di medicina complementare aziendale ottimizzando l'uso delle risorse finanziarie e umane che esercitano prestazioni di medicina complementare ed a partire

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 33 di 40</p>
---	---	---

dall'anno 2018 opererà in maniera formalizzata per **garantire uniformità di accesso alle cure, qualità e sicurezza delle prestazioni erogate negli ambiti delle specialità di:**

- *Ostetricia e Ginecologia*
- *Centro Senologico*
- *Altre specialità.*

Nell'ultimo ambito **g) SISTEMI INFORMATIVI** sono stati, infine, prese in esame la correttezza e la completezza del flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali.

Al fine di conoscere, misurare e rendicontare correttamente le attività aziendali, valorizzarle a fini tanto programmatici quanto gestionali è necessario disporre di un solido ed affidabile patrimonio informativo, derivante dai processi gestionali, avente le caratteristiche della tempestività, della completezza e della qualità.

Tra gli elementi imprescindibili per perseguire la qualità dei flussi informativi aziendali, oltre al rispetto degli obblighi informativi esterni definito anche a livello normativo (sia a livello nazionale sia a livello regionale), AOUP, anche per l'anno 2018 individua la **formazione di comportamenti corretti da parte degli operatori e degli addetti alla registrazione** dei dati, in modo da ridurre l'errore ed innescare un meccanismo di continuo miglioramento.

L'opportunità di disporre di dati organizzati dal contenuto informativo coerente, integrato e confrontabile nel tempo **ha valenza**, per le aziende, **sia interna**, laddove mediante analisi e strutturazione delle informazioni, riescono a misurare la propria capacità di orientare e governare la gestione, misurando l'effetto delle proprie scelte strategiche ed operative, **sia esterna**, laddove la strutturazione ed il contenuto minimo reso obbligatorio da vincoli stringenti validi per tutti e che comportano ove non rispettati gravi penalizzazioni economiche, rendono una non completa, se non addirittura carente

raccontazione di ciò che l'Azienda effettivamente fa..

In vista degli effetti derivanti dall'applicazione del decreto 7 dicembre 2016, n. 261 (che modifica e integra il decreto 27 ottobre del 2000, n. 380) già dall'anno 2017 la Regione Toscana aveva modificato il tracciato di invio del flusso SDO (**DGRT n.622/16**), prevedendo la compilazione di numerosi nuovi "campi" e un nuovo layout grafico della Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Dal 2018, considerato che il suindicato DM all'art.9 prevede che, a partire dal 1° gennaio 2018, il conferimento dei dati ivi riportati, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, la Regione con Delibera 1514 del 27/12/2017 ha intensificato i controlli sulla qualità del flusso SDO rendendo vincolante una parte significativa delle informazioni che devono essere racchiuse nella scheda di dimissione ospedaliera

La scelta operata da AOUP di mantenere alta l'attenzione, anche per il 2018, sull'obiettivo di miglioramento dell'accuratezza e della completezza nella rilevazione dei dati si muove quindi in linea con le indicazioni nazionali sinteticamente esposte nel riquadro seguente:

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 34 di 40</p>
---	---	---

Decreto 7 dicembre 2016, n. 261

Finalità del provvedimento:

- a) **sollecitare le aziende a tenere alta l'attenzione** su tutti quei dati che alimentano la base informativa utilizzata statisticamente per **supportare i processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza** e della programmazione sanitaria a fronte degli orientamenti definiti dalla normativa Ue
- b) rendere omogenea la raccolta delle informazioni ai fini della validità e comparabilità dei dati e degli indicatori.
- d) **allineare il contenuto informativo** del flusso nazionale con quello dei flussi regionali periodicamente aggiornati e integrati e **semplificare l'interconnessione** a livello nazionale di **tutti i flussi** informativi regionali rendendoli il più possibile omogenei
- e) **rafforzare il monitoraggio** delle attività assistenziali e della loro qualità attraverso l'adeguamento del contenuto informativo delle Sdo.

Obiettivi 2018	Misurazione
Utilizzo della lista di attesa su applicativo Ormaweb	<p>Indicatore: n. degli interventi elettivi transitati in lista di attesa/ totale interventi elettivi (fonte ISAP)</p> <p>Risultato atteso: 100%</p>
Inserimento codice nosologico su applicativo Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	<p>Indicatore: N. nosologici corretti /n. interventi in ricovero ordinario e Day Hospital</p> <p>Risultato atteso: 100%</p>
Implementazione a regime utilizzo della nota operatoria in Ormaweb per linea elettiva	<p>Indicatore: Presenza (SI/NO) della nota operatoria su registro ormaweb</p> <p>Risultato atteso: 100%</p>
Inserimento codice intervento identificativo della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039)	<p>Indicatore: N. interventi con corretto inserimento cod. robotica/ n. interventi effettuati in robotica</p> <p>Risultato atteso: 100%</p>

e con quelle regionali (DGRT n.622/16) che hanno reso sempre più stringenti i contenuti informativi minimi per validare e quindi riconoscere economicamente i volumi di attività svolta.

Considerato che una parte significativa dei nuovi contenuti indicati dal DM del Ministero della Salute n.261/2016 riguardano informazioni presenti nel percorso chirurgico informatizzato, di cui alla DGR n.438/2011 e al Decreto dirigenziale n.2279/2011, è diventato prioritario concentrarsi sulle azioni e sulle modalità per rendere sempre più integrati i sistemi informatici di rilevazione dei dati, quale componente essenziale per garantire qualità, completezza e tempestività della nuova SDO e garantire così una esaustiva rilevazione delle attività svolte in costanza di ricovero, e, al contempo, accesso ai finanziamenti statali, tramite la regione. Da qui la l'attenzione all'utilizzo di campi e moduli presenti nel registro operatorio, fondanti sia la completezza del percorso chirurgico che l'alimentazione della nuova SDO.

Nell'ambito dei sistemi informativi proseguiranno In aderenza al **Piano ICT Regionale** tutti i progetti avviati di informatizzazione per integrare i servizi e allineare e rendere disponibili le informazioni per semplificare lo svolgimento delle attività cliniche e agevolare l'accesso alle prestazioni e più in generale alle informazioni ritenute utili. La componente tecnologica è infatti il presupposto indispensabile per innescare i cambiamenti necessari ad innovare l'organizzazione per erogare servizi migliori.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 35 di 40
------------------------------------	---	--

In continuità con gli anni passati e tenuto conto delle difficoltà operative incontrate, saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

Obiettivi 2018	Misurazione
Progetto “Pleiade”: A) Redazione ed invio della Lettera di dimissione Ospedaliera (LDO) in forma elettronica (RFC 250)	Indicatore: nro LDO digitale/Nro Dimessi ricoveri ordinari (fonte UO IS e UO CdG) Risultato Atteso: >=70%
B) Estendere l'utilizzo di Pleiade a tutti i reparti di degenza	Indicatore: nro reparti che utilizzano la CCE/ numero reparti di degenza collegati Risultato Atteso: incremento progressivo fino al 100%
C) Compilazione in formato elettronico della STU mediante modulo Pleiade	Indicatore: nro STU compilate elettronicamente /Nro Dimessi (per Struttura) Risultato Atteso: >=30%
Prescrizione de-materializzata	Risultato atteso: possibilità di accedere alla funzione di prescrizione de-materializzata direttamente dalla cartella clinica elettronica.
Realizzazione ed implementazione di un sistema di monitoraggio che consenta il flusso di informazione tra Pleiade Ormaweb e SDO per confrontare la destinazione predetta dall' algoritmo di Pleiade e l'effettiva destinazione	Risultato atteso: definizione del sistema di monitoraggio e del chi fa che cosa ENTRO 30/09/2018
Tracciabilità pezzi operatori di anatomia patologica	Risultato atteso: tracciabilità dei pezzi anatomici; invio alle Anatomie Patologiche del materiale biologico adeguatamente confezionato ed etichettato tramite stampe adesive prodotte dal gestionale Ormaweb.

7.1.5 OBIETTIVI DI ATTIVITA' SANITARIA: AREA PROGETTI AZIENDALI

Per l'AREA PROGETTI AZIENDALI

(Area PA) gli obiettivi sono stati classificati nei seguenti ambiti:

- a) Qualità ed Accredimento
- b) Percorsi organizzativi ed assistenziali
- c) Gestione Operativa del Percorso Chirurgico

In questa area sono stati raggruppati obiettivi con una spiccata valenza aziendale che interessano aspetti gestionali inerenti l'organizzazione interna. Sebbene la maggior parte di essi traggano origine da indicazioni regionali, sono stati qui trattati in maniera separata con il preciso intento di dare evidenza al notevole impegno di analisi e revisione interna dei processi di erogazione delle prestazioni che il perseguimento degli stessi richiede per la concreta applicazione aziendale.

Per l'anno 2018 tenendo sullo sfondo le azioni derivanti dai processi di valutazione che supportano il monitoraggio degli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale tipici dei processi di miglioramento continuo richiesti dalle norme per l'accredimento istituzionale, ricomprese nell'ambito a) Qualità ed Accredimento, sono stati individuati ulteriori due ambiti b) Percorsi organizzativi ed assistenziali e c) Gestione Operativa del Percorso Chirurgico dedicati alla rappresentazione di obiettivi di specifici percorsi organizzativi ed assistenziali con particolare riguardo a quello chirurgico, che oltre a rappresentare la vocazione operativa aziendale per l'annualità in esame risulta destinatario di precise misure di monitoraggio e controllo.

Focus: L'accredimento istituzionale:

L'accredimento istituzionale è l'abilitazione ad erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale e garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso di requisiti aderenti agli standard di qualità richiesti dalla programmazione regionale in materia di sanità.

Il contesto normativo di riferimento

Il modello toscano si è recentemente modificato con la revisione della legge regionale n.51 del 5 agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e con il successivo e conseguente regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016, che, tra le altre cose, dà impulso al processo autovalutativo da parte dei

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 36 di 40</p>
---	---	---

professionisti come pratica costante e fattore chiave per garantire migliori risultati ai pazienti nonché favorire la crescita culturale e professionale degli operatori.

In continuità con le azioni intraprese nelle annualità precedenti nell'Area Progetti Aziendali AOUP intende:

- a) **stimolare la partecipazione attiva dei propri operatori** nella rilettura dei percorsi assistenziali inquadrando nei processi individuati dalla normativa regionale nell'ottica di una costante riformulazione dei comportamenti che impattano sulle qualità e sicurezza delle cure
- b) **perseguire un costante miglioramento della qualità** della prestazione e della sicurezza del paziente, **mantenendo sempre costante l'attenzione sull'analisi e valutazione degli eventi avversi o delle disfunzioni organizzative** (*risk management*) e promuovendo l'aderenza alle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza in sala operatoria.

Per l'ambito a) **Qualità ed Accredimento** sono stati elaborati i seguenti obiettivi:

Obiettivi 2018	Misurazione
<p>Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.</p>	<p>Indicatore: Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report (modulo T. 5.1.COM.10) relativo all'applicazione di almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale sulla documentazione clinica campionata (le modalità di campionamento sono comunicate dalla U.O. Accredimento e Qualità).</p>
<p>Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.</p>	<p>Indicatori: Presenza per ogni U.O./S.D. del riesame dei dati e degli esiti (modulo RdE) con piano di miglioramento annuale (modulo PdM).</p>
<p>Monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica</p>	<p>Indicatori: Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata.</p>

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 37 di 40</p>
---	--	---

Per l'ambito b) Percorsi organizzativi ed assistenziali.

Prima di procedere alla descrizione delle azioni previste per l'anno 2018 nella descrizione di questo ambito preme richiamare l'attenzione sugli interventi operativi che hanno comportato il ridisegno organizzativo delle fasi antecedenti al ricovero chirurgico e che hanno portato l'Azienda a istituire il **Polo Unico di Preospedalizzazione** già nel 2016 che trovano accoglimento indiretto tra gli obiettivi generali calati alle strutture mediante processo di budget mediante misurazione periodica di alcuni degli indicatori ricompresi tra quelli di monitoraggio della performance (es. degenza media preoperatoria e complessiva) diffusamente descritti in altra parte di questo documento e dettagliatamente illustrati all'allegato 1.

Progetto POLO UNICO PRE-OSPEDALIZZAZIONE

Finalità:

- **miglioramento dell'appropriatezza**
 - a) *contenimento della variabilità dei profili diagnostici,*
 - b) *riduzione sprechi legati alla diminuzione degli esami ripetuti, degli sfondamenti, delle disdette*
- **ottimizzazione gestione dei pazienti mediante flussi**
 - a) *migliore definizione del percorso dei pazienti in previsione della data di intervento secondo un "flusso continuo" di permanenza in lista*
 - b) *possibilità di gestire con maggiore flessibilità il ritmo dei flussi in funzione esclusiva delle liste di programmazione chirurgica,*
 - c) *miglioramento del lead time di processo*
 - d) *ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse infermieristiche dedicate*

Il progetto che ha inizialmente coinvolto le unità operative chirurgiche dello stabilimento ospedaliero di Cisanello, per l'anno 2018 sarà esteso alle unità operative chirurgiche operanti sul presidio di Santa Chiara (senologia, chirurgia plastica, chirurgia della mano, odontostomatologia e chirurgia del cavo orale, ostetricia ginecologia 1 e 2).

Di seguito sono infine illustrati i principali obiettivi destinati alle strutture qui rappresentati perchè toccano congiuntamente diverse delle misure illustrate nei punti precedenti.

Obiettivi 2018	Misurazione
<p>Appropriatezza Uso Area Critica Post Chirurgica Realizzazione ed implementazione di un sistema di monitoraggio che consenta il flusso di informazione tra Pleiade Ormaweb e SDO per confrontare la destinazione predetta dall'algoritmo di Pleiade e l'effettiva destinazione</p>	<p>Indicatore: definizione del sistema di monitoraggio e del chi fa che cosa entro il 30/09/2018</p>
<p>Appropriatezza Uso Area Critica MEDICA Realizzazione di una istruzione operativa finalizzata alla implementazione della stewardship intensivologica:</p>	<p>Indicatori: -definizione dei criteri di appropriatezza di accesso alle terapie intensive e sub intensive del paziente non chirurgico; -definizione dei criteri di chiamata dell'intensivista entro 31/12/2018</p>
<p>Appropriatezza Accessi Area Critica (Terapia Intensiva) Monitoraggio degli accessi in Terapia Intensiva CON PESATURA DELLA COMPLESSITA'</p>	<p>Indicatori: Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata.</p>

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 38 di 40</p>
---	--	---

8. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE (SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE)

Il ciclo di programmazione, misurazione e valutazione della performance è un processo circolare che prende avvio con la programmazione sanitaria regionale e le delibere annuali regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende.

La Direzione Generale in coerenza con quanto sopra definisce le proprie linee di azione strategiche e il programma delle attività (piano della performance) che poi vengono declinati per ciascun dipartimento in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget. La scheda di budget diviene il documento base che, per ciascun dipartimento, sintetizza gli obiettivi assegnati (la performance organizzativa da raggiungere), i valori attesi, le modalità di misurazione e il peso dei medesimi, ovvero la rilevanza e significatività rispetto alle strategie aziendali di riferimento, entro un totale complessivo di peso per ciascun dipartimento di 100%. Il direttore di dipartimento poi provvede a portare a conoscenza gli obiettivi assegnati ai direttori di struttura e a declinarli in attività specifiche al fine di individuare, in raccordo con loro, l'apporto richiesto e le responsabilità connesse, nel rispetto delle risorse assegnate e degli standard di qualità attesi. A ciascun Direttore di struttura poi compete illustrare gli obiettivi e le specifiche responsabilità al personale della struttura, dirigenziale e del comparto.

Per monitorare le attività e accertare che i comportamenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del Controllo di Gestione.

Il ciclo di gestione della performance viene anche supportata dall'OIV che valuta, ad inizio d'anno, il piano della performance, il processo di formulazione del Budget e, a fine anno, il raggiungimento degli obiettivi generali (relazione sulla performance) e specifici (esiti del budget), evidenziando le criticità del processo di valutazione.

A fine anno, si avvia il processo di valutazione della performance organizzativa aziendale nel suo complesso, a livello di articolazione organizzativa e a livello individuale.

I risultati della valutazione della performance organizzativa aziendale sono riportati:

- nella relazione annuale sulla performance, apposito documento elaborato dall'Azienda e validato dall'OIV, che espone quanto è stato fatto rispetto agli obiettivi assunti nel piano della performance; aziendale. Tale atto sarà pubblicato nel nostro sito dedicato all'amministrazione trasparente, sottosezione "[Relazione sulla Performance](#)" a partire dalla relazione relativa all'anno 2014;

- nel sito aziendale del Laboratorio management e sanità della scuola superiore S. Anna <http://performance.sssup.it/toscana/>. Tale Scuola è stata incaricata dalla Regione Toscana di misurare e valutare annualmente ogni azienda della Regione attraverso un sistema di indicatori, alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci Aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica, raggruppati su 5 dimensioni di analisi (la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, la valutazione sanitaria, la valutazione esterna, la valutazione interna e la valutazione dell'efficienza operativa e della performance) ed a rappresentare sinteticamente i risultati in un bersaglio, consentendo di avere un trend nel tempo della performance di ogni singola azienda e un confronto tra le varie aziende. Nel nostro sito dedicato all'amministrazione trasparente, sottosezione "[Relazione sulla Performance](#)" saranno pubblicati i bersagli a partire dal ciclo di gestione della performance anno 2014 (per saperne di più sulla storia e l'evoluzione del sistema: <http://www.valutazioneisanitatoscana.sssup.it/sistema.php>).

Il processo di valutazione della performance organizzativa delle articolazioni organizzative dei DAI è condotto dall'U.O. Controllo di Gestione che provvede a rilevare direttamente i dati necessari e a coordinare la raccolta di quelli in gestione ad altre strutture (flussi informativi relativi alle attività, ai consumi e ai costi). Tutti i dati raccolti vengono analizzati e se necessario integrati e discussi con i Direttori di Dipartimento, per arrivare a definire, congiuntamente con la Direzione Aziendale, il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi che viene infine espresso in termini percentuali rispetto al peso assegnato nella scheda di budget.

La sommatoria di tali percentuali rappresenta la performance del dipartimento e, a cascata, la performance delle articolazioni organizzative che compongono il medesimo dipartimento. Tale performance viene illustrata all'OIV e discussa per

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p>	<p align="center">DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018</p>	<p>D.P.A. 02</p> <p>Rev. 00</p> <p>Pag. 39 di 40</p>
---	---	---

la necessaria validazione. Gli esiti di tale processo, una volta divenuti definitivi, saranno pubblicati nel nostro sito dedicato all'amministrazione trasparente, sottosezione "[Relazione sulla Performance](#)" a partire dal ciclo di gestione della performance anno 2014.

La valutazione in termini percentuali del grado di raggiungimento degli obiettivi incide direttamente sulla valutazione del Direttore di Dipartimento, del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa (sia dirigente che del comparto). Infatti la percentuale di raggiungimento degli obiettivi, in funzione delle soglie predefinite nei regolamenti di valutazione (pubblicati in [Dati relativi ai premi](#)"), riduce il premio individuale spettante, impattando in maniera inversamente proporzionale al crescere delle responsabilità (maggiore riduzione subirà il direttore del dipartimento rispetto al Direttore di struttura, al dirigente con incarico professionale e al dirigente neoassunto).

Il premio individuale oltre a risentire degli esiti della performance organizzativa, è legato anche alla valutazione della performance individuale infatti viene quantificato anche tenendo conto del punteggio conseguito nelle schede di valutazione individuale che vengono annualmente compilate per ogni dipendente dell'Azienda (dirigente e del comparto) (la regolamentazione aziendale è pubblicata in [sistema di misurazione e valutazione della performance](#)).

Di seguito vengono sintetizzate le fasi del processo e le relative responsabilità e coinvolgimenti:

Allo scopo di garantire la massima trasparenza di ogni fase del ciclo di gestione della performance e assicurare un collegamento costante con le informazioni e i dati contenuti sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione denominata: "Amministrazione trasparente", l'AOUP oltre agli atti richiesti dalla legge, nell'apposita sottosezione denominata: "[performance](#)" rende disponibile:

- le delibere della giunta regionale toscana che assegnano gli obiettivi alle aziende, il Piano della performance aziendale e le delibere che approvano il budget dell'AOUP

- nella sottosezione, "[Altri contenuti – anticorruzione](#)" il piano triennale per la prevenzione e la corruzione del quale, a partire dall'anno 2016, in attuazione degli aggiornamenti previsti nel Piano

Nazionale Anticorruzione, fa parte integrante il programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

Il piano triennale per la prevenzione e la corruzione 2017 – 2019 dell'AOUP è scaricabile

Nella sottosezione "[Programma per la Trasparenza e l'integrità](#)";

- gli esiti del processo di valutazione della performance organizzativa dell'azienda nel suo complesso risultanti nella relazione sulla performance, validata dall'OIV, e nel bersaglio, un sistema di rappresentazione dei risultati raggiunti su una serie di indicatori elaborati dal MES (Laboratorio management e sanità della Scuola Superiore S.Anna), entrambi pubblicati nella sottosezione "[Relazione sulla Performance](#)";

- gli esiti del processo di valutazione della performance organizzativa delle articolazioni organizzative aziendali, validato dall'OIV, ovvero i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati in sede di budget, pubblicati anch'essi nella sottosezione [Relazione sulla Performance](#);

- i regolamenti sui sistemi di valutazione della performance del personale che sono reperibili nella sottosezione "[Sistemi di valutazione e misurazione della performance](#)" e, i dati, aggregati per categorie di personale, relativi alla distribuzione dei premi di produttività, visibili nella sottosezione "[Dati e premi](#)";

Az. Osp. – Univ. Pisana	DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018-2020 ANNO 2018	D.P.A. 02 Rev. 00 Pag. 40 di 40
------------------------------------	---	--

IL CICLO DELLA PERFORMANCE IN AOUNP

FASE	ATTORI
Programmazione sanitaria regionale e le delibere annuali regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende	Regione Toscana
Adozione piano della performance triennale a scorrimento annuale e pubblicazione sulla pagina web sezione “amministrazione trasparente”	Direzione Generale
Negoziare di Budget con i direttori di DAI	Direzione Generale e Direttori DAI con il supporto del CdG
Diffusione degli obiettivi di budget al personale di ogni articolazione organizzativa	Direttore DAI e CdG
Validazione del processo di assegnazione degli obiettivi	OIV
Adozione delibera di Budget con pubblicazione sul web	CdG
Monitoraggio obiettivi budget e recepimento di eventuali aggiustamenti /correttivi	CdG, Direttori DAI e Direzione Aziendale
Valutazione performance organizzativa DAI e confronto con i direttori DAI	Direzione Generale e Direttori DAI con il supporto del CdG
Validazione dei risultati performance organizzativa dei DAI da parte dell'OIV e pubblicazione sulla pagina web sezione “amministrazione trasparente”	CdG e OIV
Valutazione annuale performance organizzativa dell'Azienda e pubblicazione sulla pagina web sezione “amministrazione trasparente”	Risultati aziendali e del Laboratorio Mes- Azienda con la relazione della performance relativa all'anno precedente validata dall'OIV
Valutazione della performance individuale mediante compilazione delle schede individuali dai soggetti che hanno diretta conoscenza delle attività: scheda valutazione direttore DAI <input type="checkbox"/> Direzione scheda valutazione Direttori di UO e SOD <input type="checkbox"/> Direttore DAI Scheda valutazione dirigenti <input type="checkbox"/>	Direzione AZIENDALE Direttori di Struttura, Personale del comparto con specifiche responsabilità secondo un

Direttore UO/SOD di afferenza Scheda valutazione coordinatori <input type="checkbox"/> Referenti Dipartimento Scheda valutazione personale sanitario <input type="checkbox"/> Coordinatori Scheda Valutazione personale amministrativo <input type="checkbox"/> Referenti Dipartimento Scheda Valutazione personale amministrativo nei DAI <input type="checkbox"/> Referenti Dipartimento	processo a cascata
Determinazione dei premi individuali (produttività e risultato) in funzione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi e del punteggio conseguito nella scheda di valutazione individuale	Politiche e gestione delle risorse umane

9. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

CdG	Controllo di Gestione
OIV	Organismo Indipendente di valutazione
UO CDG	UO Controllo di Gestione

10. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ

L'aggiornamento del presente piano è annuale in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n.150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.