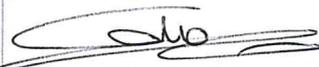


<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 1 di 49</b>
------------------------------------	---	--

**D.P.A. 02  
PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021  
ANNO 2019**

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.284 DEL 16/04/2019  
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	18 06 2018	
VERIFICATA	Dott. C. Milli	Direttore Amministrativo	21 06 2018	
	Dott.ssa G.Luchini	Direttore Sanitario	21 06 2018	
APPROVATA	Dott.ssa Silvia Briani	Direttore Generale	24 06 2018	
EMESSA	Dott. S. Giuliani	Direttore U.O. Accreditamento e Qualità	25 06 2018	

**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 Grazia Luchini, 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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 3 di 49</b>
------------------------------------	---	--

## PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021

ANNO 2019

### SOMMARIO

PREMESSA.....	5
1.CONTENUTI DEL PIANO.....	5
2. L'AOUP: CHI È E CHE COSA FA.....	5
3. COME È ORGANIZZATA.....	7
3.1 I CENTRI CLINICI ED I PERCORSI IN AOUP .....	7
4. L'AOUP: DOVE SI TROVA .....	19
5.I SUOI NUMERI.....	19
6. L'ANALISI DEL CONTESTO .....	22
6.1 IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	22
6.2 GLI STUDI DI SETTORE DEI SERVIZI SANITARI.....	24
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).....	24
Valutazione della performance della sanità toscana.....	24
Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti (PNE Edizione 2017: dati 2016).....	25
PNE (treemap).....	25
Programma di osservazione degli esiti in Toscana (PrOsE).....	25
Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA).....	25
7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI .....	26
7.1 GLI OBIETTIVIAZIENDALI .....	26
A) L'EQUILIBRIO ECONOMICO .....	27
B) LA LEGALITÀ DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA E LA CONSEGUENTE RELATIVA IMPLEMENTAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	27
7.1.1 OBIETTIVI SANITARI: AREA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA (FARMACI E DISPOSITIVI).....	30
7.1.2 OBIETTIVI SANITARI: AREA LIVELLO E QUALITÀ DELLE CURE.....	31
Nascita (proporzioni di parti con taglio cesareo primario).....	33
Frattura del collo del femore.....	33
Colecistectomie laparoscopiche.....	33
Esiti .....	34
Aderenza PDTA .....	34
Rischio Clinico .....	35
Sorveglianza e Prevenzione .....	35
Qualità Percepita dall'utenza .....	36
7.1.3 OBIETTIVI SANITARI: PERFORMANCE DI SISTEMA .....	37
Appropriatezza/ Efficienza Clinica dei processi.....	37
Trapianti e Donazioni d'organo e di tessuto.....	37

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 4 di 49</b>
------------------------------------	---	--

7.1.4 OBIETTIVI SANITARI: AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI E DI AREA VASTA.....	38
Programmazione di Area Vasta .....	38
Governare dell'Oncologia .....	39
Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale .....	39
Appropriatezza prescrittiva nei laboratori.....	41
Ricerca .....	41
Sistemi informativi.....	41
Ricetta Dematerializzata.....	43
7.1.5 OBIETTIVI SANITARI: AREA PROGETTI AZIENDALI .....	44
Qualità ed Accredimento.....	44
Percorsi organizzativi di supporto ai processi sanitari.....	45
8. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE (SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE) .....	46

## **ALLEGATI**

---

DOCUMENTI VARI D.V.

D.V.01/DPA02 Tabella degli obiettivi 2019

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021</b> <b>ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 5 di 49
------------------------------------	---	--

## 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**, 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 2019-2021**, 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 sul raggiungimento dei risultati espressi dalla gestione e rendiconta sulle dinamiche organizzative, gestionali, economiche e strutturali che hanno trovato manifestazione nel periodo.



Il Piano Performance del 2019 viene ricollegato alle misure contenute Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza PTPCT 2019-2021.

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

## 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 ai cittadini i più elevati livelli di salute possibili nel territorio di riferimento**:

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021</b> <b>ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 6 di 49
------------------------------------	---	--

- 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 :

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

**Fulcro** e centro 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 attive:

Tradizionalmente impegnata:

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

Inoltre, 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 lo sviluppo di un'ottimale integrazione con le istanze provenienti dalle altre strutture territoriali, garantisce le migliori condizioni per la continuità dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, e le 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/>



<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 8 di 49</b>
------------------------------------	---	--

- 1) il Centro Endocrino chirurgico
- 2) il Centro Senologico
- 3) il Centro Trauma
- 4) il Centro di Chirurgia Robotica
- 5) Il Centro Multidisciplinare di Ricovero Breve

Ed i PDTA:

- 1) PDTA Miastenia,
- 2) PDTA Interaziendale per pazienti affetti da SLA in fase avanzata
- 3) PDTA Gravidanza ad alta complessità assistenziale
- 4) PDTA Coagulopatie,
- 5) PDTA Labiopalatoschisi
- 6) PDTA relativo alle Interstiziopatie polmonari
- 7) PDTA Melanoma oculare
- 8) PDTA Disforia di genere
- 9) PDTA Chirurgia epatica
- 10) PDTA Melanoma cutaneo
- 11) PDTA Sindromi lipodistrofiche

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.*

### ***PDTA - MIASTENIA E CHIRURGIA DEL TIMO***

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

Il percorso è 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. Gli studi clinici alla base dell'iniziativa hanno osservato che 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 anestesie 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,
- c) la riduzione del numero degli accessi ambulatoriali, cercando di concentrare più prestazioni nello stesso accesso (visita neurologica, visita oncologica, visita chirurgica),
- d) la continuità assistenziale fino 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,
- e) 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,
- f) il collegamento quotidiano con i reparti di pneumologia dove il paziente può essere ricoverato in caso di insufficienza respiratoria transitoria.

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

Nato dalla crescente **necessità dei pazienti a cui è dedicato un supporto 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.), consentisse 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.

Il percorso propone per il suo trattamento l'attuazione di una Task Force AOUP-Azienda USL5 multidisciplinare per soddisfare a livello domiciliare, quando possibile, i bisogni clinico-assistenziali del paziente.

Nel rispetto e per la valorizzazione delle specifiche funzioni e competenze il percorso riconosce il medico di medicina generale (MMG) come Case Manager, figura innovativa a cui è assegnato il coordinamento e la gestione clinica del paziente.

Le finalità generali del 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 pertanto risultano quelli di:

- offrire risposte multidisciplinari coordinate in regime ambulatoriale in relazione ai bisogni dei pazienti,

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 10 di 49</b>
------------------------------------	---	---

- 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.

### **PDTA - GRAVIDANZE AD ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE**

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

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.**

Il percorso ha i seguenti obiettivi:

- 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.

Come funziona:

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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 11 di 49</b>
------------------------------------	---	---

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)*

Annoverabile tra le prime esperienze organizzative sperimentate in azienda, il percorso è **finalizzato al trattamento ed alla cura dei pazienti affetti da labiopalatoschisi con un approccio multidisciplinare integrato** tra tutte le figure professionali necessarie per gestire in maniera ottimale tutte le fasi di cui si compone: diagnosi, cura e riabilitazione.

Come funziona:

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.

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 anestesiologicala, 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 253 del 09/03/2016).*

Tale percorso formalizza una realtà operativa di fatto 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 melanoma uveale, pur essendo classificato tra le patologie oncologiche rare, 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 si è registrato un sensibile incremento del tasso di incidenza, ma la diagnosi precoce rappresenta un forte baluardo contro la malattia.

Essa è 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 previsto dal percorso attivato 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.

Il coordinamento delle attività 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 per la somministrazione di prestazioni di

- 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.

Come funziona:

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.

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 faciale).

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'opportunità unica sia per i potenziali pazienti sia per i medici

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 13 di 49</b>
------------------------------------	---	---

in formazione specialistica in Urologia, in Chirurgia Generale, in Endocrinologia ed in Psichiatria in quanto costituisce un'occasione unica di approfondimento da un punto di vista formativo.

### **PDTA CHIRURGIA EPATICA DEL RISPARMIO**

#### **D'ORGANO PER LE METASTASI**

*(approvato con delibera del Direttore Generale n.246 del  
21.06.2018)*

La chirurgia epatica è il completamento del percorso oncologico per i pazienti con metastasi epatiche e carcinoma del colon-retto, ed ha un impatto determinante sulla loro sopravvivenza. L'eligibilità alla chirurgia del risparmio d'organo necessita una complessa valutazione multi specialistica, il cui "core" è rappresentato dall'attenta valutazione di reseccabilità mediante lo studio delle immagini radiologiche. Le tecniche di risparmio di parenchima epatico richiedono interventi di lunga durata e l'AouP è uno dei pochi centri dove è possibile trovare questa innovativa offerta terapeutica. A tal fine, il percorso ha bisogno del supporto delle seguenti strutture:

UO Chirurgia Generale, UO Radiodiagnostica 2, UU.OO. Oncologia 1 e 2, UO Radiodiagnostica 1, SD Anestesia e Terapia del Dolore, UO Anestesia e Rianimazione Interdipartimentale, UO Anatomia Patologica 3, UO Radiologia Interventistica, UO Epatologia, UO Malattie Infettive, UO Medicina Nucleare, UO Radioterapia.

Il successo della chirurgia epatica è legato alla quantità e qualità del fegato che rimane a fine intervento.

La chirurgia epatica del risparmio d'organo è una chirurgia molto complessa che consente l'asportazione di lesioni profonde ed adiacenti a strutture vitali sacrificando piccoli volumi di fegato. Con la chirurgia tradizionale queste lesioni sarebbero asportabili solo con il sacrificio di grandi volumi di fegato sano.

I vantaggi sono numerosi.

L'asportazione di piccoli volumi di fegato rispetto all'asportazione di grandi volumi di

questo organo offre considerevoli vantaggi, quali:

- riduzione della morbilità e mortalità postoperatorie, che nel caso della chirurgia sul fegato che rimane a fine intervento e non dalla tecnica chirurgica impiegata;
- incremento dell'operabilità, perché possono diventare operabili i casi non trattabili con la chirurgia epatica tradizionale;
- miglioramento dei risultati oncologici dal momento che in caso di ripresa della malattia localizzata al fegato la chirurgia del risparmio d'organo può essere ripetuta.

### **PDTA MELANOMA CUTANEO**

*(percorso riconosciuto in attesa di approvazione definitiva)*

Il percorso attraverso le sue unità Operative che hanno iniziato a collaborare fin dai primi anni 2000, è stato creato per **fornire un trattamento adeguato ai pazienti affetti dal melanoma cutaneo, una patologia importante la cui incidenza è in continuo aumento** e il cui trattamento precoce ne riduce drasticamente la mortalità. Le seguenti sono le strutture coinvolte:

UO chirurgia plastica, UO dermatologia, UO Anatomia patologica III, UO Medicina Nucleare, SD Anestesia e Rianimazione Materno – Infantile, UO Oncologia I, UO Oncologia II, UO Radiodiagnostica I, UO Radiodiagnostica II, UO Radiodiagnostica III, UO Radioterapia, UO Laboratorio di Genetica Medica.

L'istituzione di un percorso multidisciplinare ha permesso di migliorare il servizio e di ottimizzare i risultati.

Come funziona:

Il paziente accede al percorso tramite la prima visita per controllo nei pressi della chirurgia plastica o la dermatologia; in caso di lesione sospetta, presso dette strutture si esegue l'intervento di asportazione del linfonodo sentinella (Medicina Nucleare /Chirurgia plastica) ed eventualmente della stazione linfonodale interessata (chirurgia plastica/chirurgia generale/Anestesia).

Al paziente, inoltre, si garantisce un follow up per 10 anni (Chirurgia Plastica /Oncologia/Radiologia/Genetica Medica) ed un

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 14 di 49</b>
------------------------------------	---	---

eventuale trattamento chemio/ radioterapico (Oncologia/Radioterapia).

### ***PDTA SINDROMI LIPODISTROFICHE***

*(approvato con delibera del Direttore Generale n. 14 del 08/01/2019)*

Queste sindromi sono caratterizzate da un gruppo di disturbi rari ed eterogenei che comportano una carenza di grasso corporeo associata a complicanze metaboliche potenzialmente gravi, tra cui diabete, ipertrigliceridemia e steatoepatite.

Il percorso nasce con lo scopo di offrire al paziente affetto da lipodistrofia un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare che sia in accordo con le linee guida internazionali, al fine di garantire l'approccio più corretto a questo gruppo di malattie.

L'obiettivo che si propone è quello di offrire ai pazienti la possibilità di accesso ad un Centro di Riferimento con esperienza specifica, ottimizzando l'iter diagnostico e assicurando la strategia terapeutica più idonea attraverso un approccio multidisciplinare che coordini i vari specialisti coinvolti nella cura di questa patologia così come delle sue complicanze.

Il percorso ha bisogno, infatti, del coinvolgimento di una ampia varietà di strutture afferenti:

Uo Endocrinologia 1, Sod Laboratorio Chimica e Endocrinologia, Uo Malattie Cardiovascolari 1 Univ., Uo Malattie Metaboliche E Diabetologia, Uo Epatologia, Uo Radiodiagnostica 1, Uo Ginecologia Ed Ostetricia 1, Uo Nefrologia Trapianti E Dialisi, Uo Chirurgia Plastica, Uo Chirurgia Plastica, SodNeuroriabilitazione, Uo Oculistica.

Come funziona:

Il percorso inizia con la prima visita ambulatoriale, nella quale si conferma o meno il sospetto di lipodistrofia. Nel caso sia confermato, il paziente viene visitato in regime di Day Service Ambulatoriale (DSA) e indirizzato sia alle consulenze di ambulatorio dedicato (dietista, psicologo, psichiatra) sia agli esami necessari (anamnesi, esame obiettivo, esami endocrinologici e biomorali, indagini genetiche).

Successivamente vengono effettuati gli esami strumentali che comprendono: ECG ed elettrocardiogramma, ecografia addome completo, fibrosa, ecografia tiroidea, diabete complicanze del diabete, DEXA total body, se indicato:RMN ed RX ossa lunghe.

Infine, sulla base dei referti, viene stabilito un programma terapeutico ed un eventuale inclusione in protocolli clinici.

Il percorso comprende anche l'Iscrizione al Registro Toscano Malattie Rare e al Registro ECLip, finalizzato al migliore sviluppo di protocolli diagnostici e terapeutici e alla raccolta di dati utili per la programmazione sanitaria.

In sintesi, il percorso è finalizzato a migliorare la qualità di vita del paziente anche attraverso la corretta pianificazione di uno specifico follow-up.

### **CENTRO CHIRURGIA ROBOTICA**

*(approvato con delibera del Direttore Generale n.565 del 30/06/2017)*



La **chirurgia robotica**, o **telemanipolazione computer-assistita**, rappresenta allo stato attuale l'ultimo gradino nello sviluppo delle innovazioni tecnologiche applicate alla chirurgia.

Con chirurgia robotica si indica un tipo di operazione effettuata grazie a tecnologie avanzate, che prevedono l'utilizzo di una sofisticata piattaforma chirurgica in grado di riprodurre, miniaturizzandoli, i movimenti della mano umana all'interno delle cavità corporee, o comunque nel campo operatorio.

**I vantaggi della chirurgia robotica sono**, innanzitutto, i vantaggi della chirurgia mini-invasiva tradizionale (la tecnica toracoscopica), che consistono in minore sanguinamento,

minore ospedalizzazione, minori cicatrici, minore rischio di complicanze post—operatorie.

Rispetto alla chirurgia mini-invasiva tradizionale, la robotica consente una migliore facilità di accesso in sedi anatomiche “remote” (es. angolo costo-frenico, apice polmonari, base lingua, area retroperitoneale etc.), una eccellente visualizzazione dei landmarks anatomici con una più dettagliata visione dei piani anatomici, maggior precisione delle manovre chirurgiche (grazie al cosiddetto downscaling i movimenti della mano del chirurgo vengono “transdotti” grazie ad un software in movimenti meno ampi e quindi più precisi), accuratezza delle suture ed infine ergonomicità nelle manovre chirurgiche. Gli strumenti sono progettati per effettuare sette gradi di movimento – una gamma di movimento ben maggiore di quella possibile al polso umano.

Il chirurgo opera comodamente seduto alla consolle che gli offre l’immagine tridimensionale, in alta definizione, del corpo del paziente.

I bracci robotici eseguono i comandi del chirurgo in modo estremamente preciso, riducendo il trauma per il paziente e migliorando anche il risultato estetico.

In Italia operano 106 sistemi robotici con un incremento annuo di attività di oltre il 12% (in linea con il trend registrato globalmente a livello mondiale).

Nel 2018, sono state effettuate oltre 15.000 procedure robotiche di queste 3.742 in Toscana e di queste ben 1.277 a Pisa.

Attualmente il Centro di Chirurgia Robotica di Pisa è il primo centro Europeo per volumi di attività e specialità chirurgiche che utilizzano il robot, oltre che essere sede di riferimento internazionale per la ricerca clinica e l’attività didattica.

Sede costante di formazione per chirurghi italiani ed europei, fa parte, inoltre della rete di terapia del dolore (network Hub-Spoke) tra l’Aoup e l’Area vasta nord-ovest, nata ai sensi della legge 38/2010.

Il Centro di Chirurgia Robotica dell’Aoup infine è parte integrante del Polo Regionale di Chirurgia Robotica della Regione Toscana, nella

sua operatività e’ sede multi specialistica per l’Area Vasta Nord Ovest.

La struttura ha sede nell’Edificio 30, piano terra, dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (Aoup). E’ costituita da un blocco operatorio dedicato con 3 sale operatorie, da un reparto di degenza (10 posti letto) e da un’ area didattica multimediale.

Il reparto inaugurato nel 2015 arriva in Aoup a completamento del progetto di potenziamento del settore della robotica cominciato nel 2001 con l’acquisto del primo Sistema robotico (daVinci™ Robotic System Standard 3 arms) e vanta oggi un’esperienza consolidata che ha permesso a Pisa di diventare sede del polo regionale toscano per la chirurgia robotica.

### **Le applicazioni cliniche:**

<b>Specialità chirurgiche che utilizzano tecniche robotiche di intervento :</b>
<i>Chirurgia Cardiotoracica</i>
<i>Urologia</i>
<i>Ginecologia</i>
<i>Endocrinochirurgia</i>
<i>Otorinolaringoiatria</i>
<i>Chirurgia Generale</i>
<i>Chirurgia Generale e dei Trapianti</i>
<i>Chirurgia Bariatrica</i>
<i>Chirurgia dell’esofago</i>

Nel Centro si effettuano interventi ad alta complessità. E’ Pisa la sede in cui è stato effettuato il primo trapianto di pancreas al mondo e il primo trapianto di rene in Europa con tecnica robotica.

### **Obiettivi principali del Centro :**

APPLICAZIONE CLINICA (esecuzione di interventi ad alta complessità con tecnica robotica non altrimenti eseguibili con tecnica mini-invasiva tradizionale)

#### TRAINING

RICERCA (sviluppo e ricerca tecnologica)

Il Centro CRM, per “l’expertise” professionale maturata e per le sue caratteristiche come modello gestionale è considerato un

“Comprehensive Multidisciplinary Center” o “Focus Hospital”, le cui finalità sono l'eccellenza nel campo della robotica e delle Innovazioni tecnologiche, attraverso lo sviluppo della ricerca clinico-scientifica, l'innovazione organizzativa e gestionale, in un contesto di costante attenzione alla qualità del servizio erogato alle persone assistite consentendo alle stesse un più rapido ritorno alle “normali attività quotidiane”.

### **CENTRO MULTIDISCIPLINARE DI RICOVERO BREVE**

*(attivato con delibera del Direttore Generale nr. 733 del 12/12/2018)*

L'AOUP, con delibera aziendale n°506 del 28/09/2018, ha istituito il Centro Multidisciplinare Di Ricovero Breve (CMRB), struttura complessa dotata di sale operatorie e degenze autonome situate in diverse sedi aziendali, dislocate sui due presidi, destinate al trattamento chirurgico di patologie di bassa - media complessità da eseguirsi nei regimi:

Chirurgia a rapida turnazione (ChRT),  
Chirurgia Ambulatoriale complessa (ChAC),  
Chirurgia Ambulatoriale minore (ChAM),  
Day Surgery (DS),  
One Day Surgery (ODS).

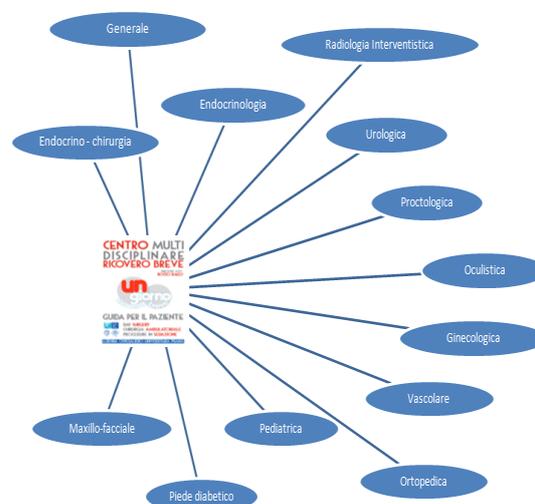
Il centro, sperimentalmente avviato nell'anno 2014 ed inizialmente organizzato nella struttura di “Polo multidisciplinare” autonomo, dedicato alle attività chirurgiche a ciclo diurno (day surgery e ambulatoriale) ha trovato sviluppo e consolidamento nella profonda ed analitica riorganizzazione delle linee operative di produzione dell'Aoup, segnatamente ai percorsi ad alto volume e ad alta standardizzazione rappresentati dalla chirurgia elettiva a ciclo diurno e breve (con eventuale pernottamento di una notte).

La volontà di Aoup di indirizzare e di concentrare le prestazioni più rare e complesse presso specifiche Strutture ospedaliere altamente specializzate caratterizzate dalla presenza di professionalità e tecnologie adeguate, e a focalizzare l'attività di medio-bassa complessità

presso i Centri ospedalieri territoriali, trova nel modello del Centro di Aoup (ospedale territoriale e di alta specialità per la zona pisana) un compiuto tentativo di sintesi.

E' l'unico in Italia (e tra i pochi in Europa) ad eseguire interventi di paratiroidectomia, sia in anestesia locale che generale, e, nell'ottica di aumentare la complessità dei casi chirurgici, effettua interventi di turb, di plastica peniena, di ernioplastica laparoscopica extra peritoneale (TEP) e chirurgia pediatrica. Infine è leader nel trattamento della patologia venosa degli arti inferiori con tecniche d'avanguardia.

La struttura, oggi funzionante secondo un modello organizzativo diffuso, è dotata di spazi di degenza e sale operatorie autonome oltre che nella sede principale (edificio 29 - Cisanello) anche in Ostetricia e Ginecologia (edificio 2 - S. Chiara). Inoltre, le attività a ciclo diurno dell'Oculistica (edificio 30 – Cisanello) rientrano



nelle afferenze del Centro. Nuovi spazi, che replicheranno il modello clinico-organizzativo consolidato, saranno aperti sulla base delle indicazioni della Direzione Generale nelle sedi che verranno progressivamente individuate sulla base di criteri di appropriatezza, liste d'attesa e tasso di occupazione delle sale e dei letti.

***Focus: Attività ospedaliera a regime diurno***

*In Italia la prima regolamentazione delle attività ospedaliere in regime diurno è riconducibile a quanto previsto dal DPR 20/10/1992 in materia di erogazione di prestazioni di carattere, diagnostico, prognostico e terapeutico che non necessitano di ricovero. A partire da questo provvedimento si fa strada una linea di tendenza volta a favorire lo sviluppo di questo settore attraverso la definizione di caratteristiche organizzative e funzionali proprie e della consistenza di risorse in termine di letti da dedicare*

***Il contesto normativo di riferimento***

*Il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 e l'“Intesa Stato-Regioni del 03/12/2009 (Patto per la Salute): definizione del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria”, hanno poi delineato una razionalizzazione della rete ospedaliera attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri e la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno.*

Il percorso seguito dai pazienti candidati alla chirurgia a ciclo diurno e breve è caratterizzato da una serie di step ben definiti: dopo la visita specialistica con il chirurgo, il paziente è indirizzato alla preospedalizzazione. Per tutte le fasi del ricovero dall'accettazione alla dimissione il paziente è seguito costantemente da personale altamente specializzato e fruisce di controlli e trattamento del dolore personalizzati: questo condiziona positivamente l'esperienza di ricovero per il paziente.

Alla dimissione il 50% dei pazienti dichiara assenza di dolore e il 34% lo riporta come controllato. Il 99% non ha avuto episodi di nausea e vomito post-operatori. Oltre il 90% dei pazienti giudica buone-eccellenti le competenze cliniche.

Per l'anno 2019 è previsto il potenziamento del modello con interventi a rapida turnazione (<60min e con eventuale pernottamento) e l'aumento del case mix: patologia di parete, colecistectomie videolaparoscopiche, artroscopie.

**CENTRO  
ENDOCRINOCHIRURGIA**

**CLINICO**

*(approvato con delibera del Direttore Generale nr. 321 del 2/04/2014)*

Il modello organizzativo attuato in questo centro si configura in AOUP 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**

*(approvato con delibera del Direttore Generale nr. 1018 del 24/09/2012)*

Il tumore al seno colpisce 1 donna su 8 nell'arco della vita. Si stima che nel 2018 ci siano stati 52.800 nuovi casi in Italia. Il cancro al seno è in cima alla lista anche come causa di morte oncologica, con circa 12 mila decessi l'anno. Quando si parla di senologia si parla quindi di tutto ciò che può ridurre il rischio di tumore, della diagnosi precoce e delle cure, della chirurgia e della terapia farmacologica. Prima causa di morte per tumore nelle donne, con un tasso di mortalità del 17 per cento, il tumore della mammella è purtroppo in aumento, anche nelle fasce giovanili. Oggi il 40% dei casi si registra nelle donne sotto i 50 anni, con un impatto sulla vita personale e sociale molto forte.

I centri multidisciplinari di senologia – in inglese **Breast Units** – rappresentano il gold standard nella cura e assistenza di chi affronta un tumore al seno. Una Breast Unit non è necessariamente un luogo fisico, bensì un percorso unitario e multidisciplinare, che va dal protocollo di indagini diagnostiche per la diagnosi precoce, agli approfondimenti diagnostici, alla riabilitazione post-operatoria, fisica e psicologica, ai controlli nel lungo periodo (follow-up), compresa la gestione del rischio ereditario. Prevede al suo interno la presenza di un'associazione di volontariato.

In Aoup il Centro Senologico nasce come prima esperienza di Centro Clinico, nel 2010 dalle precedenti realtà della UOC Chirurgia Senologica e SOD Radiodiagnostica Senologica. Si rafforza nel tempo e nel 2012 viene deliberato nell'atto aziendale. Nel 2017 viene ulteriormente formalizzato come Unità Multidisciplinare Complessa nell'ambito del DAI Area Medica e Oncologica.

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:

- l'iter diagnostico** (radiologico) da seguire,
- la valutazione preoperatoria** nell'ambito del gruppo multidisciplinare (Gom) con chirurgo, radiologo, oncologo, radioterapista, comprensiva di valutazione ricostruttiva (chirurgo plastico dedicato) e dell'apporto delle ulteriori professionalità mediche infermieristiche e tecniche del Gom,
- l'intervento chirurgico** vero e proprio,
- la presa in carico postoperatoria** con le medicazioni,
- la discussione multidisciplinare (Gom) del risultato istologico**
- **l'ambiente del trattamento adiuvante.**

Con oltre 1.000 interventi/anno per patologia mammaria, più di 700 dei quali per pazienti con prima diagnosi di carcinoma mammario, 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 genetica** di un team con specifica esperienza per il cancro della mammella
- **la valutazione fisiatrica e il trattamento fisioterapico** a partire dall'immediato post-operatorio,
- **il supporto psico-oncologico** in tutte le fasi del percorso.

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.

### **CENTRO TRAUMA**

*(nominato il Responsabile con delibera del Direttore Generale n.805 del 21.12.2018)*

Il centro, ultimo nato in AOUP, è stato avviato a partire dal 2019 e fa parte della Rete Regionale Trauma Maggiore, che assicura le risposte specifiche al fine di assicurare standard clinici ed assistenziali omogenei per ridurre la mortalità e gli esiti permanenti degli eventi acuti.

Ha sede presso il DEA di II livello e si configura come un centro Trauma di alta specializzazione, capace di concentrare una casistica tempo dipendente fortemente complessa e specialistica che si genera nel territorio di riferimento.

Presso il centro è attivo un trauma team, coordinato da un team leader che, sulla base di protocolli definiti, è responsabile della gestione globale del paziente traumatizzato.

Il centro gestisce il trauma maggiore, accogliendo pazienti con problematiche mono e poli distrettuali e garantendo le necessarie cure intensive.

Fanno parte del Trauma team : il medico di emergenza Urgenza, l'anestesista rianimatore, l'équipe della chirurgia d'urgenza, il radiologo, l'ortopedico, l'équipe infermieristica, il TSRM e tutti gli altri specialisti necessari al singolo caso .

Per il 2019 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 Procreazione Medicalmente Assistita

#### 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 fornisce 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	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Giornate di degenza	352.100	349.714	343.347	326.266	315.619	311.314
Peso medio ricoveri ordinari acuti delibera GRT 1184/08	1,76	1,75	1,75	1,73	1,77	1,79
Peso medio ricoveri ordinari acuti delibera GRT 947/2016				1,15	1,17	1,18
Pronto soccorso (accessi)	84.398	87.829	86.996	88.641	90.259	92.001
ALTISSIMA COMPLESSITA' (DRG con peso >=4 ex Delibera GRT 1184/2008)	3.070	3.116	2.947	2.837	3.003	3.004
ALTA COMPLESSITA' (DRG qualificati come alta compl ex Delibera GRT 947/2016)				6.836	6.678	6.651
Remunerazione media ricoveri ordinari acuti (€)	4.466	4.451	4.453	4.406	4.754	4.833
<b>Ricoveri totali</b>	<b>64.510</b>	<b>63.423</b>	<b>63.433</b>	<b>61.130</b>	<b>59.789</b>	<b>58.849</b>
-chirurgici				32.105	32.077	32.184
-medici				29.025	27.712	26.665
<b>Ricoveri ordinari</b>	<b>49.775</b>	<b>50.159</b>	<b>49.631</b>	<b>48.883</b>	<b>48.506</b>	<b>47.214</b>
-chirurgici				25.367	25.209	24.878
-medici				23.516	23.297	22.336
<b>Ricoveri in DH</b>	<b>14.735</b>	<b>13.264</b>	<b>13.802</b>	<b>12.247</b>	<b>11.283</b>	<b>11.635</b>
-chirurgici				6.738	6.868	7.306
-medici				5.509	4.415	4.329
<b>Importo totale ricoveri</b>	<b>252.191</b>	<b>249.914</b>	<b>247.742</b>	<b>239.498</b>	<b>239.938</b>	<b>239.493</b>
Specialistica Ambulatoriale a compensazione regionale (k€)	53.500	58.100	67.500	75.500	68.000	72.000

Il peso medio e la complessità sono misurati riportando in parallelo i risultati che assumono utilizzando il sistema dei pesi regionale associato ai DRG vigente fino a metà 2016 (delibera GRT 1184/2008) e quello subentrato con delibera GRT 947/2016.

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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021</b> <b>ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 20 di 49
------------------------------------	---	---

hanno caratterizzato le azioni strategiche di sistema.

L'Azienda, come richiesto dalla normativa nazionale e regionale, ha fortemente contribuito alla **riduzione del tasso di ospedalizzazione** negli anni.

<b>TREND</b>	<b>quinquennio</b>		
	<b>triennio</b>	<b>anno precedente</b>	
	<b>2018 vs 2013</b>	<b>2018 vs 2016</b>	<b>2018 vs 2017</b>
<b>Ricoveri totali</b>	-9%	-4%	-2%
<b>Ricoveri ordinari</b>	-5%	-3%	-3%
<b>Ricoveri in DH</b>	-21%	-5%	3%

Se analizziamo infatti il trend registrato nei volumi di ricovero esaminato 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 2018 evidenziano una riduzione media del -1% rispetto all'anno precedente (confermando il trend di progressiva decrescita che nell'ultimo quinquennio si è assestato attorno al -9%). Percentuali che oscillano tra il -3% ed il +3% rispettivamente per i ricoveri ordinari e per i day hospital (dovuto all'aumento delle attività giornaliere, soprattutto chirurgiche) rispetto all'anno precedente e in decrescita tra il -5% ed il -21% rispetto alle medesime componenti esaminate nel quinquennio.

La tendenza a diminuire l'ospedalizzazione, perseguita costantemente dall'azienda, trova un'ulteriore conferma nel progressivo **aumento dell'attività di specialistica ambulatoriale** accompagnata dalla più incisiva diminuzione dei ricoveri in regime giornaliero, che nel quinquennio si sono ridotti del 21%.

Il realizzato consolidamento delle attività ambulatoriali, è stato reso possibile soprattutto dalla 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**, un modello innovativo di

gestione delle prenotazioni inizialmente avviato in via sperimentale sulla zona pisana, ricorrendo al quale le prestazioni vengono garantite entro 3 giorni dalla prescrizione del medico di medicina generale.

La ricerca di un uso appropriato ed efficiente delle risorse, da realizzarsi mediante l'utilizzo ottimale dei setting assistenziali correlati agli specifici bisogni, trova conferma nelle 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 evidenzia infatti un trend in crescita che attesta all'1,18 (+0,01) il peso medio dei casi trattati (definito sulla base del tariffario di cui alla Delibera GRT 947/16).

L'esame dei dati esposti **conferma infine la prevalente vocazione chirurgica** dell'AOUP che nel 2018 chiude le attività con il 56,11% dei ricoveri per acuti (in regime ordinario e day surgery) sfocianti in DRG chirurgici.

### **IL PERSONALE: (CON CHI)**

L'azienda è in grado di soddisfare le esigenze di salute dell'intera comunità di riferimento 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.

 Ente di appartenenza	SSN	maschi	femmine	età media
MEDICI	818	416	402	50
SANITARI	81	22	59	51
TECNICO - AMM.VO - PROF.LE	21	8	13	53
INFERMIERI	2010	476	1536	46
<b>totale</b>	<b>2930</b>	<b>922</b>	<b>2008</b>	<b>50</b>

Si rileva una composizione del personale SSN sostanzialmente in linea con quella degli anni precedenti specie con riferimento a posizioni di maggiori responsabilità all'interno dell'Azienda. L'analisi dei dati conferma la

presenza maggioritaria femminile (circa il 68% del totale).

**Evoluzione del personale dell' AUOP dal 2013 al 2018**

AOUN-PERSONALE		DIRIGENZA			COMPARTO	TOTALE
rilevazione al 31/12	Ente di appartenenza	MEDICI	SANITARI	TECNICO - AMM.VO - PROF.LE		Totale personale di cui:
2018	SSN	818	81	21	3.673	4.593
	UNIV	189	27	46	5	267
	<b>TOTALE</b>	<b>1007</b>	<b>108</b>	<b>67</b>	<b>3.678</b>	<b>4.860</b>
2017	SSN	802	77	19	3.689	4.587
	UNIV	186	25	58	58	327
	<b>TOTALE</b>	<b>988</b>	<b>102</b>	<b>77</b>	<b>3.747</b>	<b>4.914</b>
2016	SSN	789	70	20	3.673	4.552
	UNIV	190	20		78	288
	<b>TOTALE</b>	<b>979</b>	<b>90</b>	<b>20</b>	<b>3.751</b>	<b>4.840</b>
2015	SSN	779	71	22	3.641	4.513
	UNIV	188	20	-	83	291
	<b>TOTALE</b>	<b>967</b>	<b>91</b>	<b>22</b>	<b>3.724</b>	<b>4.804</b>
2014	SSN	774	72	21	3.641	4.508
	UNIV	186	22	-	84	292
	<b>TOTALE</b>	<b>960</b>	<b>94</b>	<b>21</b>	<b>3.725</b>	<b>4.800</b>
2013	SSN	759	71	21	3.607	4.458
	UNIV	192	21	-	86	299
	<b>TOTALE</b>	<b>951</b>	<b>92</b>	<b>21</b>	<b>3.693</b>	<b>4.757</b>

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.

Le tematiche più frequenti valorizzate sono state soprattutto **la rianimazione cardiopolmonare, la rianimazione neonatale, la chirurgia robotica.**

La peculiare modalità per la realizzazione di queste attività è il coinvolgimento non solo del personale ospedaliero interno, ma anche del 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 .

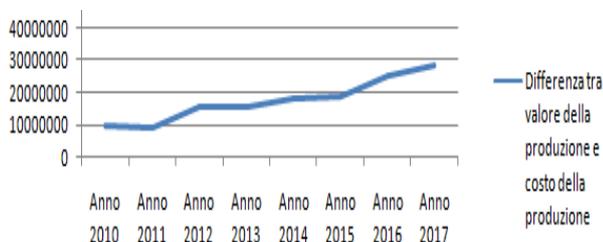
Tali azioni, perseguite e rinnovate nel tempo, sostanziano il riflesso di una politica aziendale oramai consolidata, costantemente volta all'impegno e al miglioramento, oltre che alla perseguita ricerca di nuove forme di espressione della responsabilità sociale interna ed esterna.

**LE RISORSE: (CON QUALI RISORSE)**

**Comparazione dei macroaggregati di bilancio**

Voci/Anno	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Valore della produzione	518.722.504	530.569.377	526.291.274	520.053.688	525.126.098	517.062.724	535.595.000	556.655.936
<b>Trend Valore produzione</b>		<b>+0,023</b>	<b>-0,008</b>	<b>-0,012</b>	<b>+0,010</b>	<b>-0,015</b>	<b>+0,036</b>	<b>+0,039</b>
Costi della produzione	509.325.778	521.327.703	510.703.318	504.517.782	507.173.513	498.406.498	510.221.210	528.224.969
<b>Trend Costi della produzione</b>		<b>+0,024</b>	<b>-0,020</b>	<b>-0,012</b>	<b>+0,005</b>	<b>-0,017</b>	<b>+0,024</b>	<b>+0,035</b>
Differenza fra valore e costi della produzione	9.396.726	9.241.674	15.587.955	15.535.906	17.952.585	18.656.226	25.373.790	28.430.967
<b>Trend MOL</b>		<b>-0,017</b>	<b>+0,687</b>	<b>-0,003</b>	<b>+0,156</b>	<b>+0,039</b>	<b>+0,360</b>	<b>+0,120</b>
Proventi e oneri finanziari (saldo)	-1.811.113	-3.746.018	-3.439.152	-3.086.919	-2.949.584	-2.781.278	-2.640.624	-2.809.004
Rettifiche di valore di attività finanziarie (saldo)	0	0	0	0	-38.535	0	0	-13.706
Proventi e oneri straordinari (saldo)	-1.703.016	10.462.729	3.586.761	3.192.414	-1.655.936	-161.151	-3.973.422	-1.604.923
Imposte di esercizio	-16.482.575	-15.953.985	-15.602.969	-15.542.964	-15.455.449	-15.640.939	-15.581.224	-15.637.549
<b>Risultato di esercizio</b>	<b>-10.599.978</b>	<b>4.400</b>	<b>132.595</b>	<b>98.437</b>	<b>-2.146.918</b>	<b>72.858</b>	<b>3.178.520</b>	<b>8.365.785</b>

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 progressivo 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 la tabella SWOT dell'Aoup:

Punti di forza (S)	Punti di debolezza (W)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevata professionalità del personale (SSN e Unipi) e forte integrazione 3 componenti essenziali (assistenza, didattica e ricerca)</li> <li>- "Alta Specialità" chirurgica e medica (oncologia, trapianti, mal. neurodeg, reumatologia, endocrinologia...)</li> <li>- Assetto organizzativo (dipartimenti "omogenei", Centri Clinici e Percorsi)</li> <li>- Open Access e gestione liste di attesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ICT e processi interni non digitalizzati</li> <li>- "Duplice veste" Ospedale di città/ Alta specialità</li> <li>- Burocrazia interna</li> <li>- Clima interno</li> </ul>
Opportunità (O)	Minacce (T)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo servizi "Area Ambulatoriale"</li> <li>- Rafforzamento integrazione con territorio</li> <li>- Innovazione strumenti di fund rising e valorizzazione immobili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risorse per investimenti</li> <li>- Tetto assunzioni</li> <li>- Spesa farmaceutica</li> </ul>

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 contrazioni nell'entità dei trasferimenti alle singole Aziende operanti nel sistema.

**AOUP**

**LIVELLO NAZIONALE**

**REGOLE DI SISTEMA**

**AOUP**

**LIVELLO REGIONALE**

**REGOLE DI SISTEMA**

**QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

<b>L i v e l l o  N a z i o n a l e</b>	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 inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi presso le P.A. e presso gli Enti Privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, co.49 e 50, della Legge n.190/2012)
	Patto per la salute 2014-2016
	Decreto Ministeriale n.70 del 02.04.2015 ("Regolamento recante Definizione degli Standard Qualitativi, strutturali, Tecnologici e Quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera")
	Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali
	DPR n.105 del 09.05.2016 recante il "Regolamento della disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni
	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
	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
Decreto interministeriale "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza Sanitaria"	
Piano Nazionale Governo di Liste di Attesa 2019-2021	

**QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

<b>L e g g i o n a l i</b>	L.R. Toscana n.55/1994 ("Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende
	L.R. Toscana n.56/1994 ("Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
	L.R. Toscana n.40/2005 ("Disciplina del Servizio Sanitario Regionale")
	PSR 2008-2010
	L.R. Toscana n.8/2012 ("Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Legge Regione Toscana n.40/2005")
	PSR 2012-2015
	Delibera GRT n.465/2012 ("Linee di indirizzo in attuazione della Legge regionale 30 dicembre 2010 n.67 in materia di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale - fasce di merito e organismi di valutazione")
	Delibera DGRT n. 754/2012 ("Approvazione azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale Toscano")
	Delibera GRT n. 2135/2012 ("Approvazione linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste per il riordino del Sistema Sanitario Regionale Toscano e relativo Piano Operativo")
	Delibera GRT n.308/2013 ("Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale")
	Delibera GRT n. 644/2014 ("Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie Toscane per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2014")
	Delibera GRT n.48/2015 ("Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie, agli Estav, ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2015")
	L.R. Toscana n.82/2015 ("Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla Legge di Stabilità per l'anno 2016")
	L. R. Toscana n.84/2015 ("Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla L.R. n.40/2005")
	Delibera GRT n.1069 del 02.11.2016 ("Prevenzione della Corruzione, Trasparenza ed Integrità")
	DGRT 622-2016 Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc e modifica allegato B DGR 47/2015 a partire dal 01/01/2017
	DGRT 947-2016 Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016
	DGRT 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 2019
	Delibera GRT 1479/18 ("Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019")
Delibera GRT 750/18 ("Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali")	
Delibera GRT 1457/18 ("Interventi per l'abbattimento dei tempi di attesa in attuazione della DGR 750/2018")	
Delibera GRT 1439/18 ("Approvazione Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi")	
Delibera GRT 1280/18 ("Nuovo modello di Governance aziendale.Approvazione delle linee di indirizzo regionali")	

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;

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 24 di 49</b>
------------------------------------	---	---

- **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 ha comportato 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 2019 in maniera stringente la programmazione dell'AOUP.

### Entità trasferimenti FSR

Anno	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Euro/MLN	121.709.000	121.799.000	121.628.490	119.818.536	113.224.468

## 6.2 GLI STUDI DI SETTORE DEI 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.

L'andamento dei servizi sanitari viene analizzato attraverso set di indicatori variamente classificati e calcolati a seconda degli istituti che li analizzano:



-gli indicatori nazionali del

### Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, finalizzati a valutare i risultati raggiunti dalle singole Regioni nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sotto il punto di vista della qualità, equità, efficienza,

appropriatezza e uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria. Verifica che consente alle Regioni coinvolte di accedere alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario (al netto delle entrate proprie).

Il Nuovo Sistema di Garanzia, con cui viene aggiornata la Griglia LEA, oltre agli indicatori relativi ai 3 macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera), include anche il monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute.

### **FOCUS:1) Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia**

Con gli indicatori del "Nuovo Sistema di per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (NSG) vengono valutati annualmente dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, per ogni regione, i singoli LEA afferenti ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e i PDTA che riguardano più livelli di assistenza, attraverso il confronto tra risultati raggiunti e soglie di riferimento nazionali per le quali si ritiene garantita l'erogazione dei LEA stessi, tenendo conto anche del trend temporale (miglioramento/peggioramento) e includendo nella performance la valutazione della variabilità geografica intra-regionale.

-gli indicatori di

### Valutazione della performance della sanità toscana



sviluppati Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, volti

a descrivere e confrontare diverse dimensioni: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa, la

valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti, l'ambito dell'Emergenza-Urgenza, la prevenzione collettiva, il governo e la qualità dell'offerta, l'assistenza farmaceutica. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio che visualizza immediatamente punti di forza e debolezza.

Esso rappresenta la modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti all'interno della Regione Toscana. Tale sistema è stato esteso ad altri sistemi regionali che hanno aderito (network delle regioni) con l'obiettivo di fornire a ciascuna una modalità di misurazione e raffronto comune, elaborato anche al livello delle aziende ospedaliere universitarie delle differenti regioni partecipanti.



-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 la misurazione, l'analisi, la valutazione e il monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo. Da ciò 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 (treemap)

quali una delle condizioni da rispettare ai fine di non ricadere tra le Aziende in obbligo di elaborare i **piani di rientro**.



-gli indicatori di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati con il SSR Toscano, 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.

-Il

#### Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA)

che delinea i principi e il percorso organizzativo per il Governo delle Liste di Attesa, al fine del raggiungimento di un trasparente e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, nel rispetto delle classi di priorità previste per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri. In tale contesto sono individuate le modalità di misurazione ex ante ed ex post dei tempi di attesa per un elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e di assistenza specialistica ambulatoriale e di prestazioni di assistenza ospedaliera programmabile. Il quadro di regole, il loro rispetto e il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituiscono primario elemento di valutazione delle Aziende e dimensione di riferimento per la verifica dei LEA (NSG) in tutte le Regioni.

A completamento del progetto PNGLA, è in programma l'istituzione presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria di un Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa .

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021</b> <b>ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 26 di 49
------------------------------------	---	---

## 7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI

Per il triennio 2019/2021 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 2019 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 2019 sono definite

- A) sulla base degli indirizzi di programmazione regionale di cui alla **DGRT 1479/2018** (assegnazione degli obiettivi alle Aziende sanitarie del SSR per la valutazione delle attività anno 2019)
- 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 e di trasparenza contenute nel **PTPCT 2019-2021**

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

- 1) *SOSTENIBILITA' ECONOMICA*
- 2) *QUALITA' DELLE CURE*
- 3) *PERFORMANCE DI SISTEMA*
- 4) *STRATEGIE REGIONALI E D'AREA VASTA*  
*tra le quali assume rilevanza specifica il governo dell'oncologia*
- 5) *PROGETTI AZIENDALI*

La scelta dei raggruppamenti ha tenuto conto dei contenuti delle indicazioni regionali che agiscono complessivamente nel sistema quali elementi di vincolo, ma ha anche inteso confermare 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 ha accolto, sistematizzandola, 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 proprie di ciascuna area dell'organizzazione, esaminati prevalentemente alla luce dei vincoli interni dell'organizzazione che sono 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 2019 è riportata integralmente nell'allegata tabella al presente piano.

Tra gli obiettivi fatti afferire nei diversi ambiti, hanno trovato conferma, anche ove non espressamente richiamati:

- 1) **l'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) il mantenimento delle 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 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) il 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**

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 in riferimento 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. Questa finalità trova riscontro e si traduce nel Bilancio preventivo economico annuale 2019 (Delibera n. 26 del 10/01/19), redatto tenendo conto delle "Linee guida per la redazione dei bilanci preventivi 2019" comunicate dalla Regione Toscana, e che dispone il non superamento dei costi del 2018.

**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'AOUP continua nell'impegno 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.

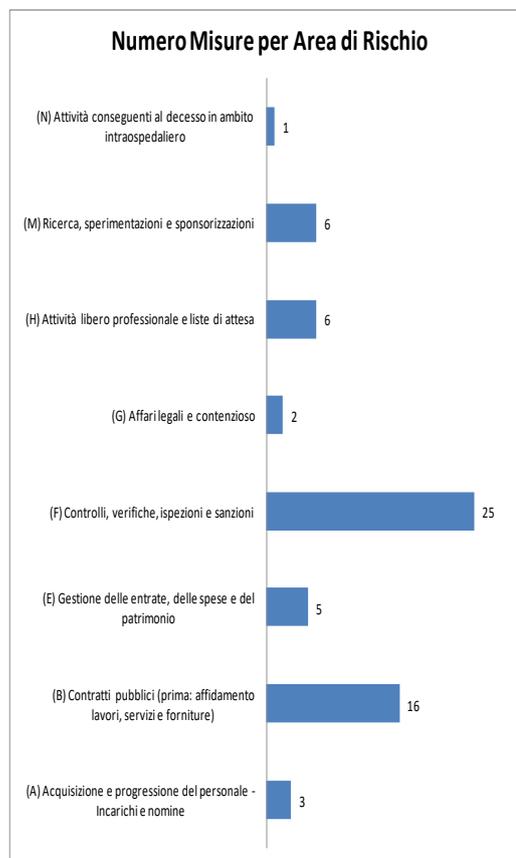
In tal senso l'Azienda ha provveduto progressivamente alla integrazione delle misure/attività/azioni di prevenzione della corruzione individuate nel PTPCT con il Piano della Performance, in qualità di obiettivi organizzativi ed individuali, correlati di indicatori, assegnati alle strutture ed ai loro responsabili.

Per rendere sempre più efficace e ‘stringente’ il collegamento tra gli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza e la performance individuale, nel corso del 2019 è stato collegato il grado di attuazione delle misure anticorruzione disposte dal PTPCT con la retribuzione di risultato dei dirigenti.

Lo strumento utilizzato è stato quello di considerare la realizzazione delle misure/attività/azioni di prevenzione della corruzione come un obiettivo di budget per l'anno 2019 al quale è collegata parte della retribuzione di risultato.

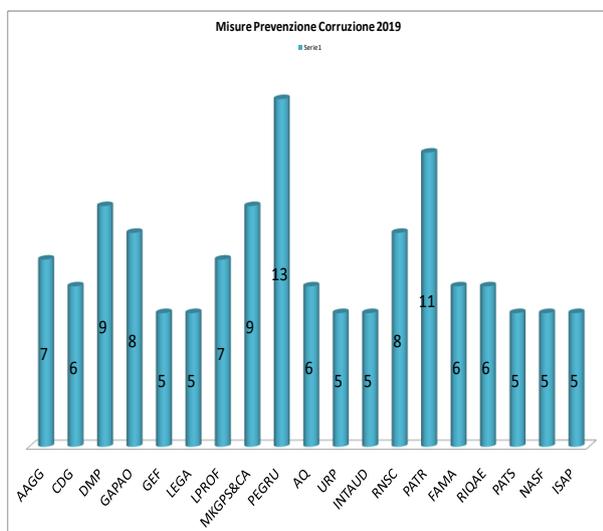
Con il PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) 2019 – 2021 ([per la visione del piano pubblicato su Amministrazione trasparente CLICCA QUI](#)) l'AOUP ha programmato le azioni e misure di prevenzione per il triennio 2019-2021 nonché gli obiettivi per implementare la trasparenza.

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



Le suddette misure sono ulteriormente declinate nel PTPCT 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.



**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 2019 dall'Azienda trovano di seguito una rappresentazione di sintesi.

Area	Struttura/ Soggetto Responsabile dell'Attuazione	Misure / Attività / Azioni	Scadenze	Target 2019
<b>(A) Acquisizione e progressione del personale - Incarichi e nomine</b>	UO PEGRU	Regolamento relativo alla attribuzione di permessi retribuiti per motivi personali e familiari al personale del comparto e della dirigenza	2019-12-31	SI
	UO PEGRU - UPD	Revisione del Regolamento disciplinare per il Personale Dirigente	2019-12-31	SI
<b>(B) Contratti pubblici (prima: affidamento lavori, servizi e forniture)</b>	UO RNSC	Costante flusso informativo nei confronti del RPCT su andamento " Nuovo Santa Chiara"	2019-12-31	SI
	UO RNSC	Report relativo ai verbali negativi della direzione lavori	2019-12-31	SI
	UO RNSC	Report relativo ai verbali negativi del collaudatore	2019-12-31	SI
	UO RNSC	Monitoraggio sul rispetto dei tempi previsti per la consegna dei progetti con esito negativo al processo di validazione	2019-12-31	SI
	UO RIQAE	Report relativo alla % di compilazione del registro di contabilità in modo conforme al contratto per gli interventi di ristrutturazione degli edifici	2019-12-31	SI
	UO RIQAE	Verifica sulla presenza di personale autorizzato nei cantieri attraverso la redazione di un verbale semestrale da inviare annualmente	2019-12-31	SI
	UO FAMA	Implementazione dell'utilizzo degli strumenti MEPA o START per l'individuazione dei fornitori per gli affidamenti di importi compresi tra € 5,000 ed € 40,000	2019-12-31	SI
	UO FAMA	Individuazione delle difformità rilevate e delle eventuali penali applicate nelle liquidazioni relative ai contratti di servizio superiori ad € 100.000,00	2019-12-31	SI
	UO PATR	Autocertificazione su idonea modulistica di insussistenza precedenti penali degli aggiudicatari e , a campione , degli iscritti all'elenco fornitori	2019-12-31	SI
	UO PATR	Report degli appalti aggiudicati dal DAT ad eccezione degli arredi mediante procedure aperte / ristrette, procedure negoziate, affidamenti diretti, suddivisi x tipologia di procedura adottata con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto, dell'importo e del RUP	2019-12-31	SI
	UO PATR	Report relativo a proroghe /prosecuzioni (oggetto di delibera del Patrimonio) oltre l'originario termine di scadenza con indicazione del soggetto economico, RUP , importo e motivazione	2019-12-31	SI
	UO PATR	Acquisto di beni e servizi afferenti all'area tecnica ad eccezione degli arredi per via telematica su MEPA e Negozio Elettronico ESTAR, adesioni ESTAR, CONSP e centrali di committenza	2019-12-31	SI
	UO PATR	Favorite, per le procedure di affidamento di lavori, beni e servizi afferenti all'area tecnica, l'utilizzo di procedure telematiche con la piattaforma digitale regionale START	2019-12-31	SI
	UO PATR	Report delle riscossioni delle fatture relative a servizi attivi a fine anno	2019-12-31	SI
	UO PATR	Attivazione verifica del conflitto di interessi tra il personale della SA (es. RUP / Dio DEC / DO) e gli operatori economici iscritti all'elenco dei fornitori aziendale	2019-12-31	SI
	UO PATR	Regolamento per la vendita di beni fuori uso	2020-12-31	NO
	<b>(E) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</b>	UO GEF	Adempimenti in materia di PAC	2019-12-31
UO MKGPS & CA		Attestazione relativa a donazioni accettate dall'azienda con la distinzione tra accettazione di beni mobili e somme di denaro.	2019-12-31	SI
UO GAPAO		Revisione della PA 133 in materia di recupero crediti da compartecipazioni spesa utenti SSN	2019-12-31	SI
UO GAPAO		Revisione della PA 150 in materia di recupero crediti da compartecipazioni spesa non iscritti SSN	2019-12-31	SI
<b>(F) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</b>	TUTTI	Riscontro alla richiesta di monitoraggio sulla attuazione delle misure	2019-12-31	SI
	TUTTI	Publicazione e aggiornamento dei dati di propria competenza oggetto di obbligo di pubblicazione ex dlgs 33/2013	2019-12-31	SI
	TUTTI	Divulgazione della modulistica per la gestione del conflitto di interessi e gestione delle eventuali situazione di conflitto di interessi.	2019-12-31	SI
	TUTTI	Diffusione all'interno della propria struttura della Procedura n 139/2015 "Gestione segnalazioni illecite (Whistleblower)	2019-12-31	SI

Nota: Le tabelle esposte rappresentano un estratto del documento DPA1 e fanno riferimento alla sola annualità 2019

Area	Struttura/ Soggetto Responsabile dell'Attuazione	Misure / Attività / Azioni	Scadenze	Target 2019
<b>(F) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</b>	UO PEGRU	Approvazione con Delibera del codice etico e di comportamento	2019-12-31	SI
	UO PEGRU	Rendicontazione delle eventuali rotazioni effettuate	2019-12-31	SI
	UO PEGRU	Verifica svolgimento attività extraistituzionali al di fuori dell'orario di lavoro	2019-12-31	SI
	UO PEGRU	Operatività del "Regolamento per la disciplina incarichi esterni occasionali prestatati dal personale dipendente"	2019-12-31	SI
	UO AAGG	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di cause di inconfidenzialità, incompatibilità per incarichi DA e DS	2019-12-31	SI
	UO URP	Trasmissione a RPCT di segnalazioni o reclami ricevuti aventi ad oggetto casi di corruzione, conflitto di interessi o illegalità	2019-12-31	SI
	UO CDG	Ricepimento delle misure di prevenzione della corruzione del PTPCT nel Piano della Performance per la corresponsione della retribuzione di risultato	2019-12-31	SI
	UO CDG	Trasparenza degli esiti degli obiettivi di budget	2019-12-31	SI
	UO AQ	Richiamo all'aggiornamento documentazione amministrativa di prossima scadenza	2019-12-31	SI
	UO AQ	Resoconto a RPCT della documentazione da aggiornare nell'anno successivo	2019-10-31	SI
	UO PEGRU	Aggiornamento Regolamento trattamento di missione	2019-12-31	SI
	UO DMP	Controlli nel settore dei Rifiuti Sanitari	2019-12-31	SI
	UO PEGRU	Controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio	2019-12-31	SI
	UO IA INTAUD	Adozione Piano Audit	2019-12-31	SI
	<b>(G) Affari legali e contenzioso</b>	UO GAPAO	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)	2019-12-31
UO GAPAO		Proposta di aggiornamento della PA 19 "Prenotazione, erogazione, archiviazione e controllo delle prestazioni ambulatoriali"	2019-12-31	SI
NASF		Predisposizione bozza di documentazione in manuale qualità per la gestione della Procedura inventario magazzino farmaceutico	2019-12-31	SI
NASF		Predisposizione bozza di documentazione in manuale qualità per la Gestione del C/Deposito Fisso e del C/Deposito Temporaneo	2020-12-31	NO
NASF		Predisposizione bozza di documentazione in manuale qualità per la Gestione richieste di acquisto	2021-12-31	NO
NASF		Predisposizione bozza di documentazione in manuale qualità per la Gestione resi	2021-12-31	NO
SD PATS		Pubblicazione dei Comodat gratuiti	2019-12-31	SI
<b>(H) Attività libero professionale e liste di attesa</b>	UO LEGA	Resoconto sugli affidamenti di incarichi a legali esterni	2019-12-31	SI
	UO AAGG	Adozione su format qualità della procedura operativa interna di gestione diretta dei sinistri dell'Unità Professionale	2019-12-31	SI
	UO DMP	Relazione sulle attività ambulatoriali offerte col progetto Open Access e supporto, secondo le indicazioni della Direzione Aziendale, all'eventuale estensione del Progetto Open Access attraverso reportistica sintetica indicante qualità e quantità delle prestazioni eventualmente ammesse alla prenotazione attraverso tale modalità organizzativa	2019-12-31	SI
	UO LPROF	Monitoraggio, anche a campione, anomalie tra agenda prenotazioni libera professione ambulatoriale/prestazioni erogate/pagamenti	2019-12-31	SI
	UO LPROF	Monitoraggio a campione 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	2019-12-31	SI
	UO LPROF	Verifica della corrispondenza degli incassi comunicati dalla U.O. GEF con lo svolgimento di attività libero professionale autorizzata	2019-12-31	SI
<b>(M) Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni</b>	DMP	Predisposizione in bozza di documento in manuale qualità relativo alle modalità organizzative ed operative per la richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie presso altra azienda in favore in patient	2019-12-31	SI
	UO ISAP	Procedura aziendale inerente al registro di prenotazione dei ricoveri programmati chirurgici	2019-12-31	SI
	UO MKG PS & CA	Regolamento per sperimentazioni cliniche in AOUP	2019-12-31	SI
	UO MKG PS & CA	Regolamento ripartizione proventi sperimentazioni cliniche	2019-12-31	SI
	UO MKG PS & CA	Adozione della modulistica sul conflitto di interessi nelle sponsorizzazioni a favore di AOUP	2019-12-31	SI
	UO MKG PS & CA	Adozione della modulistica per la dichiarazione dell'insussistenza delle cause di incompatibilità per la nomina dei componenti le commissioni per le sponsorizzazioni	2019-12-31	SI
<b>(N) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</b>	UO MKG PS & CA	Pubblicazione relativa a sponsorizzazioni ricevute	2020-12-31	NO
	UO DMP	Attuazione regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dei dispositivi medici	2019-12-31	SI
	UO DMP	Trasmissione a RPC di reportistica sulle eventuali anomalie riscontrate nell'ambito della T. 07/P.A. 39	2019-12-31	SI

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 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 strategiche, sia a quelle che presentano particolari livelli di rilevanza raggiunte in settori strategici ritenuti più maturi rispetto alla realtà aziendale in cui si esprimono.

### 7.1.1 OBIETTIVI SANITARI: AREA SOSTENIBILITA' ECONOMICA (FARMACI E DISPOSITIVI)

#### Per l'AREA SOSTENIBILITA' ECONOMICA

*gli obiettivi sono stati classificati nei seguenti ambiti di applicazione:*

- Governo dei costi e appropriatezza prescrittiva
- Consolidamento dei Ricavi

In questo ambito sono stati articolati gli 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.

**Nell'ambito a) Governo dei Costi e Appropriately Prescrittiva**, conformemente alle linee guida regionali che puntano ad una rimodulazione e contrazione della spesa farmaceutica a livello di Regione Toscana, sono stati introdotti, anche per l'anno 2019:

- misure di programmazione e controllo sull'utilizzo dei **dispositivi a maggior contenuto tecnologico** ed a maggiore impatto economico; l'azienda, come per gli anni pregressi, conferma la scelta di razionalizzarne il ricorso conformandone l'impiego alla programmazione delineata dai professionisti delle attività in accordo con la Direzione Aziendale;

- obiettivi di controllo del **consumo dei dispositivi** non rientranti nell'alta tecnologia, sia in termini di appropriatezza che di costi;

-azioni volte alla riduzione dei consumi su specifiche categorie di **farmaci (gruppi ATC) e dispositivi**, che per volume o per impatto economico hanno registrato nell'annualità precedente i maggiori incrementi a valore;

- in relazione all'appropriatezza prescrittiva, azioni finalizzate al recupero dei principi attivi utilizzati nelle **preparazioni non somministrate (PNS)** 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 ridurre il tempo di permanenza in ospedale del paziente che deve usufruirne.

– misure volte alla promozione all'uso dei farmaci **biosimilari rispetto agli originator**, chiedendo la loro introduzione e/o massimo utilizzo, in relazione alle indicazioni cliniche, e favorendo azioni congiunte di clinici e farmacisti;

-strumenti di monitoraggio sull'uso di farmaci difforni da quelli aggiudicatari di gara su base regionale, in un'ottica di contributo indiretto all'impatto economico che alcuni di essi hanno sulla componente territoriale della spesa farmaceutica.

**Nell'ambito b) Consolidamento dei Ricavi** si sono fatte rientrare le oramai consolidate misure di controllo sulla capacità delle singole strutture di rendicontare

correttamente, nel flusso specifico, i farmaci erogati direttamente (FED: Farmaci ad erogazione diretta), che costituiscono un costo ma anche un ricavo, essendo soggetti a compensazione regionale.

#### 7.1.2 OBIETTIVI SANITARI: AREA LIVELLO E QUALITÀ DELLE CURE

**Per l'AREA QUALITÀ DELLE CURE**, 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) *Aderenza ai PDTA*
- c) *Rischio Clinico*
- d) *Sorveglianza e Prevenzione*
- e) *Qualità Percepita dall'utenza*

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 2) LA TREEMAP**

*Dalla misurazione delle CRITICITÀ 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 è rilevante non solo per i clinici o i responsabili dell'organizzazione dei servizi, ma anche dal punto di vista normativo.

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 compongono le dimensioni che articolano 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.

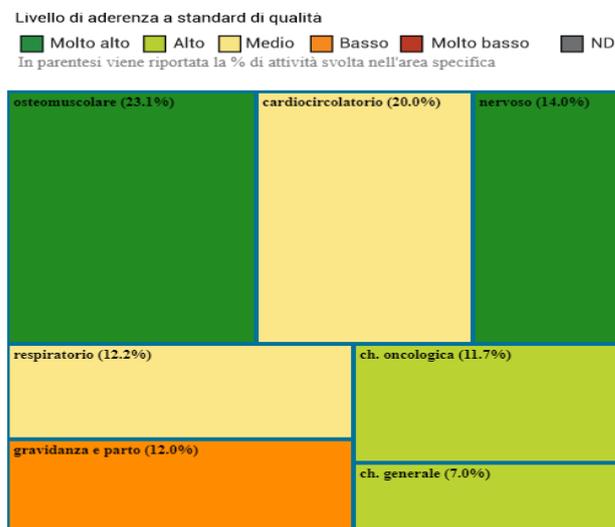
(classi di valutazione degli standard):

- 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.

La treemap di AOUP pubblicata su PNE Edizione 2017 (che prende in considerazione i risultati relativi all'anno 2016 ed è di prossimo aggiornamento) illustra con riferimento alle aree

cliniche di approfondimento richiamate la seguente sintesi grafica:



La rappresentazione esposta evidenzia una criticità nell'area della gravidanza e parto, dovuta prevalentemente alla percentuale di tagli cesarei. L'indicatore si basa sui dati 2016, ed è stato oggetto di forte attenzione da parte dell'AOUP.

A seguito delle sue strategie, già dal 2018 si registra un significativo miglioramento sia nella percentuale di parti cesarei depurati che in quella sui parti cesarei primari, conformemente alle indicazioni della griglia LEA, ora NSG, e della delibera 1479/18.

La valutazione degli esiti degli interventi è ripresa anche nell'allegato B della DGRT1479/2018 ove, per tutte le aziende toscane, si individuano due aree da monitorare e valutare con riferimento al Programma Regionale di Osservazione degli Esiti (PrOsE) e al Nuovo Sistema di garanzia:

- 1. Indicatori di Sistema**
- 2. Esiti**

Per l'AOUP, nell'ambito **Indicatori di Sistema**, troviamo:

INDICATORE	OBIETTIVO
NASCITA	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
FRATTURA DEL FEMORE	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario
COLECISTECTOMIE	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Tutte aree che hanno registrato un significativo miglioramento in AOUP nel corso dell'anno 2018 e che si intende consolidare nel corso del 2019.

Di seguito si riporta il trend temporale, rilevato dall'ARS, fino all'anno 2017 (linea AZZURRA rappresenta l'andamento dell'AOUP e quella SCURA l'andamento della Regione toscana; gli istogrammi i volumi AOUP) L'andamento per l'AOUP dell' indicatore relativo alla

Nascita (proporzioni di parti con taglio cesareo primario)

è il seguente:

Parto, proporzione cesarei primari per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa



L'andamento dell'indicatore relativo all'esito della

Frattura del collo del femore

è il seguente :

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



L'andamento dell'indicatore relativo all'esito delle

Colecistectomie laparoscopiche

è il seguente:

Colecistectomia endo, ricoveri con degenza post <3 g per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa



La seconda area relativa agli

Esiti

si articola per l'AOUP nei seguenti indicatori, traslati dal PNE, selezionati dalla delibera GRT 1479/2018, di cui si riporta lo standard indicativo atteso e il posizionamento AOUP e della RT nell'anno 2017 (fonte ARS)

**FOCUS 3) : Indicatori di Esito**

CATEGORIA PER DELIBERA	CODICE	INDICATORE	SOGLIA INDICATIVA	DATI AOUP
ESITI	PROSE	Infarto Miocardico Acuto, rischio di morte a 30 giorni	mantenimento miglioramento	dato storico disponibile ARS 2017: AOUP: 13,68% RT: 8,34%
ESITI	PROSE	Infarto Miocardico Acuto, rischio di riammissione a 30 giorni	mantenimento miglioramento	dato storico disponibile ARS 2017: AOUP: 12,23% RT: 9,05%
ESITI	PROSE	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	mantenimento miglioramento	dato storico disponibile ARS AOUP 2017: 10,69% RT: 8,45%
ESITI	PROSE	Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30 giorni	mantenimento miglioramento	dato storico disponibile ARS 2017 : AOUP: 9,85% RT: 8,34%
ESITI	PROSE	Intervento per tumore al colon, rischio di morte a 30 giorni	mantenimento miglioramento	dato storico disponibile ARS 2017: AOUP: 2,60% RT: 3,82%
ESITI	PROSE	Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia	mantenimento miglioramento	dato storico disponibile ARS AOUP 2017: 63,57% RT: 50,06%
ESITI	H22C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).	<2,19	dato storico disponibile ARS 2017: AOUP: 4% RT: 2,55%
ESITI	H24C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	<10,55	dato storico disponibile ARS 2017: AOUP: 10,11% RT: 10,64%

**Nell'ambito b)**

Aderenza PDTA

il NSG ha introdotto, come anticipato, una rilevante novità che la Regione Toscana ha trasposto negli obiettivi 2019 assegnati alle aziende e l'AOUP ha fatto propria, come linea di continuità dell'idea aziendale di un sistema assistenziale incentrato e organizzato su percorsi clinico assistenziali per la presa in carico totale della persona con specifici problemi di salute.

**FOCUS PDTA**

**sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita**

I PDTA, dunque, sono stati adottati come strumenti per definire l'iter organizzativo e gli interventi multi professionali e multi disciplinari rivolti a determinate categorie di pazienti. La Delibera GRT 1479/18, allegato B, assume i PDTA ministeriali riportando criteri di misurazione volti a valutare il corretto e tempestivo accompagnamento - sul territorio e in ospedale - dei pazienti nel decorso delle diverse patologie.

L'efficacia dei percorsi competente non può quindi che essere valutata a livelli di area vasta, al cui capitolo si rimanda per la successiva analisi (7.1.4).

Di seguito la tabella che riporta i principali indicatori NSG sui PDTA contemplati nella delibera 1479/18 e fatti propri dall'azienda:

CATEGORIA PER DELIBERA	FONTE	CODICE	INDICATORE	SOGLIA INDICATA VA
CRONICITA'	NSG	PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	>35,49%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	>75,51%
CRONICITA'	NSG	PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	>48,12%
CRONICITA'	NSG	PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	>57,82%
CRONICITA'	NSG	PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	>36,15%
CRONICITA'	NSG	PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	>31,93%
CRONICITA'	NSG	PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del	>24,74%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)	>66,48%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	>84%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	>64,66%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	>72,88%

### Nell'ambito c)

#### Rischio Clinico

è riconosciuta l'importanza della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; per l'anno 2019 l'azienda rinnova l'attenzione alla sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari introducendo, tra gli obiettivi di budget soggetti a valutazione, la formazione in materia di rischio clinico.

Viene inoltre confermato in quest'ambito, la necessità di monitorare il rispetto degli **MMR e Audit** secondo gli standard regionali e, in aggiunta, sono stati introdotti obiettivi sull'applicazione delle buone pratiche cliniche: si tratta dell'implementazione della pratica clinica del passaggio di consegne da un setting assistenziale all'altro (cosiddetto **Handover**) e la **riconciliazione farmacologica** in ingresso per l'area medica.

**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 richiamata 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 e di sviluppo di resistenze al trattamento correlato all'impiego primario non appropriato di farmaci di ultima generazione.

L'anno scorso, la delibera GRT 1439/18, recependo i contenuti del sopracitato Piano Nazionale, ha ritenuto necessario introdurre nelle aziende sanitarie regionali e negli altri enti del SSR una funzione unica integrata (AID) che esamina aspetti tra loro interrelati che hanno trovato accoglienza in 3 protocolli operativi aziendali (stewardship):

- la stewardship per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza,
- la stewardship antimicrobica
- la stewardship diagnostica, rivolta anche alla prevenzione e gestione della sepsi, articolata in più livelli ed estesa a tutte le aree di attività a maggior rischio.

Al fine di dar seguito a quanto richiesto dalla DGRT 1439/18, l'AOUP ha provveduto a istituire il proprio team AID aziendale, con mandato:

- di redigere apposita procedura operativa standard, che ne definisca il modello di funzionamento e con la quale, in particolare,

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021</b> <b>ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 36 di 49
------------------------------------	---	---

vengono stabiliti gli ambiti di intervento per ciascuno dei componenti, le modalità di attivazione e di interazione all'interno del Team;

- di redigere il piano annuale di intervento da sottoporre all'approvazione della Direzione Aziendale; tale piano dovrà prevedere sia le azioni a livello dei quattro ambiti di intervento, sia le azioni formative a supporto delle stesse;
- di procedere, con il coinvolgimento dei Direttori e dei Coordinatori Infermieristici e Ostetrici di UO/SD, all'individuazione dei Referenti AID all'interno delle singole strutture sanitarie dell'AOUP, al fine della definizione della rete ospedaliera di referenti AID.

Altra novità che ricade sugli obiettivi di quest'anno, in ambito sorveglianza e prevenzione, è la **farmaco vigilanza**, che in particolare consiste nelle segnalazioni da parte degli operatori di reazioni avverse correlate all'uso dei farmaci con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui medicinali e definire meglio la loro sicurezza d'uso, migliorare le modalità con cui vengono utilizzati e stabilire un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica. Tali segnalazioni vengono raccolte mediante la Rete nazionale di farmacovigilanza, un sistema che mette in comunicazione l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), le Regioni, le Aziende sanitarie, gli Irccs (Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico), le industrie farmaceutiche.

Per il 2019 trova ulteriore conferma l'obiettivo riguardante i **farmaci off label**, che viene ancora posto sotto stretto controllo: quest'anno si articola nel monitoraggio delle prescrizioni di off label di farmaci oncologici in setting ricorrenti, (ovvero prescrizioni identiche e per identico impiego clinico di farmaci o combinazioni di farmaci al di fuori delle indicazioni registrate e per più pazienti) e nella sorveglianza sui farmaci innovativi o quantomeno sottoposti a monitoraggio AIFA.

#### Nell'ambito e)

##### Qualità Percepita dall'utenza

trovano espressione due importanti novità introdotte

nel sistema toscano sul finire del 2018.

La qualità percepita sarà oggetto di misurazione diffusa, oltre che con le tradizionali metodiche, tramite due nuove indagini gestite dal Laboratorio Mes su metodologia web-service:

- **Proms** (Patient Reported Outcome Measures) dove vengono catturati gli outcomes (come sintomi, dolore, funzionalità, condizioni psico-fisiche) che sono realmente rilevanti per il paziente;
- **Premis** (Patient Reported Experience Measures) tramite i quali viene raccolta l'esperienza vissuta dai pazienti nel servizio di ricovero ospedaliero

Tali questionari sono stati già sperimentati con successo negli ultimi mesi del 2018 in alcuni reparti dell'Azienda. Quindi nell'anno 2019 si vuole un'attivazione estesa dei progetti e si chiede alle strutture, mano a mano coinvolte, di sostenerne la diffusione, favorendo l'adesione dei pazienti. Il sistema costituito da questionari e sezioni narrative aperte - per consentire ai pazienti di raccontare la loro esperienza on-line - compilabili on line e proposte subito dopo la dimissione, garantisce un ritorno immediato per l'Azienda. La metodologia quindi non si rivolge ad un campione di utenti ma ha la potenzialità di raccogliere le risposte di tutti i pazienti che hanno fruito del servizio e permette di superare il gap temporale tra raccolta dei dati e messa a punto della reportistica sui risultati, fornendo in tempo reale il resoconto sui dati quantitativi e qualitativi corredati dai commenti degli utenti su piattaforma web. L'accesso alla piattaforma da parte della Direzione Aziendale e del singolo reparto offre la possibilità di monitorare giornalmente e impiegare tempestivamente i dati per migliorare i servizi.

Ulteriore indicatore assunto come proxy della qualità percepita è stata la percentuale di **dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ordinario**. E' stato osservato infatti che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 37 di 49</b>
------------------------------------	---	---

Infine, come misura ulteriore della soddisfazione degli utenti, vengono controllati e monitorati gli **abbandoni al Pronto Soccorso**. L'indicatore introdotto nel panel degli indicatori per il 2019, valuta sia il dato relativo al numero di accessi dei pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage) senza informarne il personale e prima di essere visti dal medico, sia il dato relativo a quelli che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica senza aver terminato il percorso assistenziale.

### 7.1.3 OBIETTIVI SANITARI: PERFORMANCE DI SISTEMA

**Nell'area Performance di sistema** sono stati sistematizzati i principali indicatori riferiti all'efficienza ed all'appropriatezza organizzativa esaminate rispetto alle principali linee di attività ospedaliera ed ai correlati servizi intermedi (accessi ambulatoriali, degenze ordinarie, degenze intensive, utilizzo delle sale operatorie e poli operativi specialistici multidisciplinari, percorsi chirurgici oncologici e processi correlati alle donazioni).

L'area, che esamina la parte *core* dell'attività ospedaliera, è stata organizzata in un due ambiti:

- a) Appropriatelyzza/ Efficienza Clinica dei processi
- b) Trapianti e Donazioni d'organo e di tessuto  
L'ambito a)

#### Appropriatelyzza/ Efficienza Clinica dei processi

racchiude, anche per l'anno 2019, oltre a quelli costruiti a livello aziendale, alcuni degli indicatori di sistema che fanno parte del bersaglio Mes e si traduce nel budget con l'introduzione di misure volte ad esplicitare sia la capacità dell'organizzazione aziendale di erogare assistenza nei regimi e nei setting assistenziali più appropriati per allocazione ed impiego ottimale delle risorse ( indicatori di monitoraggio dei **DRG a rischio di inappropriatelyzza**), sia la capacità di svolgere in modo efficiente i propri

processi di cura, esaminandoli nel complesso o concentrandosi su singole fasi di esso (indicatori di **performance della degenza media** per ricoveri ordinari acuti suddivisa per drg chirurgici e medici - indicatori Mes c2a.C e c2a.M; misurazione della degenza media preoperatoria dei ricoveri chirurgici indicatore Mes c3.1). Gli indicatori focalizzati sui volumi e tempi di attesa del percorso oncologico sono dettagliati nel capitolo 7.1.4.

In funzione dei risultati pregressi conseguiti negli anni in Azienda, saranno richieste, per questi indicatori, alle singole strutture, azioni di miglioramento o consolidamento.

Altro aspetto rilevante del 2019 sono gli obiettivi relativi ai **b)**

#### Trapianti e Donazioni d'organo e di tessuto

La carenza di organi rispetto alle necessità dei pazienti in attesa è stata individuata quale problema centrale delle attività di trapianto in molti paesi europei e per questa ragione il NSG lo include tra le dimensioni da valutare. In Toscana i risultati espressi negli ultimi anni in termini di volumi ottenuti sono apprezzabili e al di sopra della media nazionale, sia per quanto riguarda le donazioni che i trapianti. Al fine di rendere ancora più efficiente il sistema donazione e trapianto è importante monitorare le varie fasi del percorso per superare le difficoltà legate alla mancata identificazione dei potenziali donatori e alla conseguente attivazione delle procedure di accertamento di morte cerebrale. Da qui la necessità di una valutazione della qualità del processo di individuazione, donazione e prelievo di organi nell'intento di fare emergere l'effettivo potenziale di donazione delle singole strutture sanitarie e identificare i punti dell'intero processo della donazione sui quali poter intervenire. Conseguentemente, secondo le linee di indirizzo regionali, a completamento dell'analisi, sono stati assunti gli indicatori Mes sulla segnalazione di morti encefaliche (indicatore Mes B6.1.6), sulla percentuale di donatori procurati (indicatore Mes B6.1.2), sull'efficienza di segnalazione (Indicatore Mes B6.1.1a) e sul processo di procurement di tessuti

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 38 di 49</b>
------------------------------------	---	---

con particolare attenzione al miglioramento del tasso di donazioni da donatori a cuore fermo. La definizione degli standard attesi per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi generali misurati attraverso il pannello di indicatori così definito, tiene conto, ove richiamati nella delibera 1479/18, degli specifici standard regionali ivi assegnati

#### 7.1.4 OBIETTIVI SANITARI: AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI E DI AREA VASTA

**Per l'AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA** gli obiettivi sono stati classificati nei seguenti ambiti:

- Programmazione di Area Vasta
- Governo dell'Oncologia
- Tempi d'attesa della Specialistica ambulatoriale
- Appropriately prescrittiva area laboratorio
- Ricerca
- Sistemi Informativi
- Ricetta dematerializzata

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 i criteri propri dell'appropriata organizzativa interna 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 del documento che si evidenzia maggiormente **il ruolo di Aoup come soggetto attore e promotore di programmi**

**operativi, percorsi di cura e di iniziative di promozione della salute che opera anche avvalendosi dei risultati della ricerca e della sperimentazione clinica garantiti dalla presenza dell'Università,** favorendo sul territorio regionale e 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 riferimento.**

#### Programmazione di Area Vasta

Si riportano di seguito le principali tematiche richiamate dalla DGRT 1479/18 riconducibili alla programmazione regionale che per l'anno 2019 sono state ricomprese anche tra gli impegni di budget propri dell'azienda.

Piani di Area Vasta			
2019	DIAB	AMBITO	OBIETTIVI
<b>GOVERNO ONCOLOGIA</b>			
GOVERNO ONCOLOGIA	Diav Percorso della Malattia Oncologica	Liste Attesa	Rispetto delle tempistiche previste per I FOLLOW UP nei manuali PDTA (PDTA06: Mammella; PDTA07,08, 09,10: Colon e retto) dei Tumori operati - Ministero della salute Indicatori Mes e Ars
	Diav Percorso della Malattia Oncologica	Tempi Attesa	Rispetto TEMPI DI ATTESA della Chirurgia Oncologica. Indicatori Mes
<b>QUALITA' DELLE CURE</b>			
QUALITA' DELLE CURE	DIAB Percorsi Assistenziali Chirurgici	Chirurgia Oncologica	Rispetto Soglie volumi DM70
	DIAB Percorsi Assistenziali Chirurgici	Liste Attesa	Rispetto delle % e delle tempistiche previste dal manuale PDTA del Tumori operati del colon e del retto- Ministero della salute Indicatore NSG
	DIAB Percorsi Assistenziali Medici e DIAB Percorso della Cronicità e della Continuità Assistenziale	Continuità Assistenziale	Individuazione di una modalità integrata di gestione del paziente (scompenso, BPCO, diabete) nell'ambito della Medicina di Iniziativa- RISPETTO del PDTA dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA 01,02: BPCO; PDTA 03,04: Scompenso; PDTA 05: Diabete)
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>			
STRATEGIE REGIONALI	DIAB Medicina Diagnostica per Immagini	Percorsi Ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa previsti in classe di priorità B,D,U

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 39 di 49</b>
------------------------------------	---	---

Tra gli argomenti di maggiore rilevanza, nella logica sopra richiamata, particolare attenzione anche nel 2019 viene riservata al tema del

### Governo dell'Oncologia

In applicazione del NSG e della pianificazione regionale viene infatti promossa la condivisione, la diffusione e l'aderenza alla tempistica dei principali percorsi oncologici relativi alle patologie a maggiore incidenza territoriale (mammella, colon e retto) esaminati in tutte le fasi (*presa in carico, gestione, cura, trattamento, follow up*) in cui si articolano i correlati percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) sviluppati o in via di sistematizzazione e coordinamento a livello regionale.

Sempre nello stesso ambito, particolare rilievo poi ha assunto anche l'indicatore per la misurazione dei **Tempi di Attesa per interventi chirurgici su tumori maligni**. La misura, già presente nel bersaglio Mes negli anni precedenti, a partire da quest'anno ha assunto rilievo autonomo nell'allegato B della Delibera 1479/18, unitamente ad alcuni specifici indicatori relativi agli interventi chirurgici sulla mammella e all'utilizzo dei biomarcatori tumorali.

Stralcio dell' allegato B - Delibera 1479/18:

CODICE	INDICATORE	SOGLIA INDICATIVA
<b>C10.2.1</b>	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	75
<b>C10.2.2</b>	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	57
<b>C10.5</b>	Utilizzo dei biomarcatori tumorali in soggetti non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica	352
<b>C10c</b>	Tempi di attesa chirurgia Oncologica	>30gg

La Programmazione di Area Vasta anche per il 2019 si intende integralmente richiamata nelle linee strategiche ed operative delineate negli atti di partecipazione ai gruppi ed ai coordinamenti attivati nelle pianificazioni avviate a livello territoriale. ([Vedi Allegato Piani d'area vasta](#))

Infine, in relazione ai principi di tempestività ed equità di accesso, l'azienda, riconoscendo il crescente peso delle prestazioni ambulatoriali anche in ambito ospedaliero, ha ritenuto di voler dedicare un apposito spazio ai

### Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

coerentemente alle disposizioni della delibera GRT 750/18, che auspica la gestione del paziente in setting assistenziali non di ricovero.

La ragione della scelta risiede nella costante ricerca di una maggiore appropriatezza organizzativa, supportata da approcci terapeutici e diagnostici che ne consentano la realizzazione in condizioni di sicurezza a livello ambulatoriale.

L'ulteriore obiettivo da perseguire, disposto dalla stessa delibera, è la garanzia di erogazione delle prestazioni ambulatoriali entro un tempo massimo prestabilito, come parte integrante dei principi di accessibilità alle cure, di universalità ed equità del sistema e di parità di trattamento.

Coerentemente con il **Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2019-2021**, oggetto di attenzione è il rispetto dei tempi di attesa definiti per classi di priorità (Breve 10 giorni, Differita 30 giorni per le visite 60 per gli accertamenti diagnostici e Urgenti 3 giorni) volte a differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. Parallelamente, nell'ambito di una precisa richiesta regionale, sono in atto anche in AOUP misure per aumentare l'offerta ambulatoriale specialistica e di ricovero per specifici interventi chirurgici, allo scopo di contribuire all'abbattimento dei tempi di attesa.

In questo quadro si colloca appieno il modello organizzativo, da 3 anni attivato in AOUP, ideato per snellire le liste di attesa delle prime visite, **il 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:**

Rimodulando l'offerta sulla base dell'analisi della domanda, il modello gestisce in maniera centralizzata le prenotazioni di primo accesso mediante l'attivazione, **per un totale di ore sufficienti a coprire la domanda**, di un'unica agenda **su cui turnano più professionisti in contemporanea**.

L'operatività e l'autonomia professionale dell'operatore restano distinte dallo strumento utilizzato per smaltire le prenotazioni.

Ciascun professionista infatti al momento della visita definisce, effettua e prenota direttamente gli approfondimenti eventualmente necessari per la gestione clinica del caso, con conseguente riduzione ulteriore dei tempi di attesa e della domanda interna aggiuntiva; decide quando rivedere il paziente **gestendo direttamente il secondo accesso** mediante prenotazione successiva. In questo modo è il medico, e non il sistema, ad assegnare a ciascun paziente uno specifico timing d'accesso in base alle effettive necessità cliniche riscontrate.

In tal modo è il professionista che regola proattivamente i flussi dei pazienti con necessità

assistenziali diversificate e dal punto di vista organizzativo i flussi dei pazienti non si sovrappongono.

#### **Strumenti :**

-Logica di **bilanciamento fra domanda e offerta** (nella logica temporale JIT, fare oggi quello che viene chiesto oggi)

-**Separazione** flusso **prime visite** da flusso **follow up/ approfondimenti** diagnostici (due domande diverse, con esigenze e percorsi diversi)

#### **I risultati:**

Questa modalità operativa inizialmente testata nell'area cardiologica e poi ad oggi estesa su varie linee:

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

Di seguito la cronologia di attivazione ed i correlati volumi di prestazioni che operano in “open access”:

<b>Prestazione</b>	<b>Data di avvio</b>	<b>Offerta settiman.</b>
V. Cardiologica (ecocolor doppler cardiaco)	feb-15	222
TC Torace	set-16	17
Eco-addome	lug-16	304
Mix-Eco	gen-17	183
Eco-Tiroide	gen-17	75
Eco-Mammella	lug-17	96
V. dermatologica	lug-17	144
V. oculistica	ago-17	279
V. neurologica	ago-17	80
V. otorino	ago-17	147
V. Chirurgia vascol.	ago-18	50

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 41 di 49</b>
------------------------------------	---	---

### Le proposte:

Obiettivi 2019	Misurazione
Estensione del modello <b>open access</b> alle visite  -di chirurgia vascolare -di terapia antalgica	<b>Indicatori:</b> -erogazione prestazione entro 3 giorni dalla richiesta; -monitoraggio andamento dei tempi di attesa <b>Risultati attesi:</b> azzeramento code per gli utenti (senza limite di residenza) per le specialità individuate

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 2019 sono confermati volontà e impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana nel prefissarsi l'

#### 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 il dipartimento Medicina di Laboratorio tramite la predisposizione di azioni per favorire la sensibilizzazione all'applicazione delle linee guida nell'ambito della programmazione del gruppo infection control della Direzione Medica di presidio.

Con riferimento all'ambito

#### Ricerca

sono state fatte rientrare 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. Nell'ambito

#### Sistemi informativi

sono stati presi 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 e avente le caratteristiche della tempestività, della completezza e della qualità.

Tra gli elementi imprescindibili per perseguire la qualità dei flussi informativi aziendali, che l'AOUP individua come obiettivo fondamentale anche per l'anno 2019, rientra la

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 42 di 49</b>
------------------------------------	---	---

**formazione di comportamenti corretti da parte degli operatori e degli addetti alla registrazione** dei dati, in modo da:

- avere dati certi e tempestivi per poter impostare le azioni e governare la gestione;
- fornire basamenti solidi e completi alla Regione;
- fornire, attraverso i dati inviati, una lettura dell'azienda aderente a ciò che realmente è e fa;
- non essere penalizzati sul piano legale od economico per errori o mancanze sui dati;

In ragione di ciò da diversi anni si richiamano i molteplici attori sulla necessità di lavorare per incrementare la completezza, la qualità e l'aderenza ai processi dei basamenti informativi.

Si conferma quindi per il 2019 l'attenzione, in continuità con gli anni precedenti:

- sulla compilazione della SDO, stante le continue sollecitazioni e novità introdotte sul fronte informativo ad essa ricondotto<sup>2</sup>;
- sulla corretta e completa compilazione della cartella clinica in tutte le sue componenti, stante la sua forte valenza medico legale;
- sulla esaustiva redazione del registro operatorio elettronico, per la trasparenza delle liste di attesa e per le forti interconnessioni con la SDO e la cartella clinica;
- sull'implementazione della cartella clinica elettronica;
- sulla dematerializzazione della ricetta medica cartacea, farmaceutica e

specialistica, per favorire l'appropriatezza prescrittiva e progressivamente eliminare i supporti cartacei;

A conferma dell'attenzione regionale sulla corretta e completa compilazione della cartella clinica e relativa SDO, è intervenuta la delibera regionale n.188 del 18-02-2019 ("DGR 1331/2016: approvazione Piano Annuale dei Controlli di appropriatezza e qualità cartella clinica/SDO anni 2019-2020"), la quale per l'anno 2019, nel quadro dei consueti controlli predisposti dalla Regione sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, e, nello specifico, sulla corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e registrato in cartella clinica e quanto segnalato e codificato nella SDO, ha introdotto significative penalizzazioni economiche (abbattimenti fino all'intero valore del DRG) laddove vengano accertate carenze di registrazione.

Considerato che una parte significativa dei 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, permangono prioritarie, come gli scorsi anni, le azioni 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 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

<sup>2</sup>Il Decreto Ministero della Salute 261/2016 concernente la scheda di dimissione ospedaliera, all'art.9 prevede che, a partire dal 1° gennaio 2018, la compilazione 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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 43 di 49</b>
------------------------------------	---	---

Obiettivi 2019	Misurazione
Utilizzo della <b>lista di attesa</b> su applicativo Ormaweb	<b>Indicatore:</b> n. degli interventi elettivi transitati in lista di attesa/ totale interventi elettivi (fonte ISAP) <b>Risultato atteso:</b> 95%
Inserimento <b>codice nosologico</b> su applicativo Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e DaySurgery	<b>Indicatore:</b> N. nosologici corretti /n. interventi in ricovero ordinario e Day Hospital <b>Risultato atteso:</b> 100%
Implementazione a regime utilizzo della <b>nota operatoria</b> in Ormaweb per linea elettiva	<b>Indicatore:</b> Presenza (SI/NO) della nota operatoria su registro ormaweb <b>Risultato atteso:</b> 100%
Inserimento codice intervento identificativo della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039)	<b>Indicatore:</b> N. interventi con corretto inserimento cod. robotica/ n. interventi effettuati in robotica <b>Risultato atteso:</b> 100%
Stampa <b>documento operatorio</b> valido	<b>Indicatore:</b> Interventi stampati/ totale interventi registrati (anche ambulatoriali) (fonte UO ISAP) <b>Risultato atteso:</b> 100%

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.

In continuità con gli anni passati si punta pertanto all'implementazione della cartella clinica

elettronica, assumendo per l'anno 2019 il perseguimento dei seguenti obiettivi:

Obiettivi 2019	Misurazione
<b>Progetto "Pleiade":</b> A) Redazione ed invio della Lettera di dimissione Ospedaliera (LDO) in forma elettronica (RFC 250 )	<b>Indicatore:</b> nro LDO digitale/Nro Dimessi ricoveri ordinari (fonte UO IS e UO CdG) <b>Risultato Atteso:</b> >=95%
B) Order Entry su LIS: Utilizzo Pleiade per richiesta esami ematochimici tramite Order Entry LIS, per pazienti ricoverati interni.	<b>Indicatore:</b> N° esami richiesti su modulo orderentry_LIS Pleiade/ richieste_totali per pazienti ricoverati interni <b>Risultato Atteso:</b> incremento progressivo fino al 95%
C) Order Entry su RIS: Utilizzo Pleiade per richiesta esami di Radiodiagnostica tramite Order Entry RIS, per pazienti ricoverati interni.	<b>Indicatore:</b> N. richieste esami diagnostici order entry per ricoverati/N.richieste esami diagnostici per ricoverati <b>Risultato Atteso:</b> >=70%
C) Compilazione in formato elettronico della STU mediante modulo Pleiade	<b>Indicatore:</b> nro STU compilate elettronicamente /Nro Dimessi (per Struttura) <b>Risultato Atteso:</b> >=80%
<b>Tracciabilità pezzi operatori</b> di anatomia patologica	<b>Risultato atteso:</b> tracciabilità dei pezzi anatomici; invio alle Anatomie Patologiche del materiale biologico adeguatamente confezionato ed etichettato tramite stampe adesive prodotte dal gestionale Ormaweb.

La diffusione della

#### Ricetta Dematerializzata

è stata uno dei più importanti obiettivi del cambiamento della sanità verso il sistema digitale e rappresenta un grande passo in avanti per garantire vantaggi sia per il cittadino che per il sistema: il monitoraggio dei costi, il controllo

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 44 di 49</b>
------------------------------------	---	---

degli errori di prescrizione da parte dei medici (ricette incomplete, non leggibili, formalmente non valide), la riduzione delle prestazioni non giustificate e più in generale una migliore qualità dell'assistenza. Pertanto nel 2019 ad ogni Dipartimento e alle singole strutture correlate è stato assegnato l'obiettivo di aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata, sia nella specialistica che nella farmaceutica, per adeguarsi alle soglie del 90% fissata come standard di riferimento dalla legge 221/2012.

#### 7.1.5 OBIETTIVI SANITARI: AREA PROGETTI AZIENDALI

##### Per l'AREA PROGETTI AZIENDALI

gli obiettivi sono stati classificati nei seguenti ambiti:

- a) Qualità ed Accredimento
- b) Percorsi organizzativi di supporto ai processi sanitari

ove confluiscono obiettivi che interessano aspetti gestionali inerenti l'organizzazione interna.

Sebbene la maggior parte di essi tragga 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.

Per l'ambito a)

##### Qualità ed Accredimento

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.

#### **Focus: L'accreditamento istituzionale:**

*L'accreditamento 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 (LR n.51 del 5 agosto 2009 e conseguente regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016) orientato al sistematico processo autovalutativo da parte dei professionisti come pratica costante e fattore chiave per il miglioramento continuo della qualità, prevede una manutenzione incessante del sistema di qualità unitamente a verifiche campionarie da parte del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione.*

In tale contesto sono stati assegnati i seguenti obiettivi:

Obiettivi 2019	Misurazione
Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	<b>Indicatore:</b> Utilizzo di 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).
Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli	<b>Indicatori:</b> Presenza per ogni UO/SD del riesame dei dati e degli esiti (modulo

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 45 di 49</b>
------------------------------------	---	---

esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	RdE) con piano di miglioramento annuale (modulo PdM).
Monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica ai sensi della normativa inerente l'Accreditamento Istituzionale e quella inerente il Piano Annuale dei controlli (PAC)	<b>Indicatori:</b> Utilizzo di check list specifica relativa alla qualità della documentazione clinica campionata (le modalità di campionamento sono comunicate dalla UO Accreditamento e Qualità).

Nell'ambito b)

#### Percorsi organizzativi di supporto ai processi sanitari

Sono rappresentati prevalentemente obiettivi inerenti il percorso chirurgico, che oltre a sostanziare la prevalente vocazione operativa aziendale, per l'annualità in esame risulta destinatario di precise misure di monitoraggio e controllo.

Le principali azioni sviluppate in questo ambito per l'anno 2019 riguardano principalmente l'area della Gestione Operativa.

L'Area della Gestione Operativa (di seguito AGO) è una funzione strategica tecnico-organizzativa sviluppata operativamente in AOUP dal 2011 e identificata all'interno dell'Atto Aziendale AOUP, che richiede un approccio multi-professionale e multi disciplinare per il presidio delle seguenti aree:

- Gestione della produzione chirurgica
- Gestione dei posti letto/ ricoveri
- Programmazione degli spazi ambulatoriali

Attiva in AOUP già dal 2011, in recepimento alle indicazioni della delibera Regionale n.476 del 2/05/2018 "Linee di indirizzo per lo sviluppo della gestione operativa" le funzioni di GO sono

state formalizzate sul finire dell'anno 2018 all'interno dell'Atto aziendale

#### Obiettivi strategici per il 2019

- Adottare il documento di organizzazione della Gestione Operativa con l'individuazione di tutti i ruoli e funzioni richiesti come indicati nel documento tecnico.

- Realizzare un sistema di monitoraggio, attraverso l'attivazione di un cruscotto dedicato in raccordo con quelli aziendali, basato su flussi informativi ad hoc allo scopo di assicurare la raccolta dei dati aziendali sui tempi di attesa chirurgici, sull'utilizzo efficiente delle aree produttive e sul fenomeno del boarding in Pronto Soccorso.

- Creare uno specifico percorso formativo, le cui articolazioni saranno previste all'interno dei Piani formativi regionali annuali del Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas), soggetto deputato a realizzare i percorsi formativi di livello regionale così come previsto dalla DGR 538/2006 e dalla DGR 643/2008.

- Favorire la costituzione e il coordinamento, per un periodo di tre anni eventualmente rinnovabile, di un gruppo tecnico a supporto della redazione ed aggiornamento di criteri guida regionali per l'attribuzione delle classi di priorità per la chirurgia programmata.

Le azioni rivolte al completamento del **Polo Unico di Preospedalizzazione** avviato nel 2016 trovano accoglienza in continuità con quanto definito nelle annualità precedenti. Di seguito un prospetto di riepilogo delle principali finalità sottese all'attuazione del progetto originario.

**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*

## 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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021</b> <b>ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 47 di 49
------------------------------------	---	---

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.valutazioneasantatoscana.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 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 2019 – 2021 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

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 48 di 49</b></p>
---	--	--

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"](#);

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019-2021 ANNO 2019</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 49 di 49</b>
------------------------------------	---	---

### IL CICLO DELLA PERFORMANCE IN AOUP

<b>FASI</b>	<b>ATTORI</b>
<b>Programmazione sanitaria</b> regionale e le delibere annuali regionali di assegnazione degli obiettivi alle azienda	Regione Toscana
<b>Adozione piano della performance triennale a scorrimento</b> annuale e pubblicazione sulla pagina web sezione “amministrazione trasparente”	Direzione Generale
<b>Negoziazione di Budget</b> con i direttori di DAI	Direzione Generale e Direttori DAI con il supporto del CdG
<b>Diffusione degli obiettivi di budget</b> al personale di ogni articolazione organizzativa	Direttore DAI e CdG
<i>Validazione del processo</i> di assegnazione degli obiettivi	OIV
<b>Adozione delibera di Budget</b> con pubblicazione sul web	CdG
<b>Monitoraggio obiettivi budget</b> e recepimento di eventuali aggiustamenti /correttivi	CdG, Direttori DAI e Direzione Aziendale
<b>Valutazione performance organizzativa</b> DAI e confronto con i direttori DAI	Direzione Generale e Direttori DAI con il supporto del CdG
<i>Validazione dei risultati</i> performance organizzativa dei DAI da parte dell'OIV e pubblicazione sulla pagina web sezione “amministrazione trasparente”	CdG e OIV
<b>Valutazione annuale performance organizzativa dell'Azienda</b> 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
<b>Valutazione della performance individuale</b> 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"/> 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	Direzione AZIENDALE Direttori di Struttura, Personale del comparto con specifiche responsabilità secondo un 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