

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 1 di 56</b>
------------------------------------	---	--

## PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022

### ANNO 2020

#### SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1. CONTENUTI DEL PIANO.....	3
2. L'AOUP: CHI È E CHE COSA FA.....	4
3. COME È ORGANIZZATA.....	5
3.1 I CENTRI CLINICI ED I PERCORSI IN AOUP.....	5
3.2 BIOBANCA MULTISPECIALISTICA BMS.....	21
4. L'AOUP: DOVE SI TROVA.....	23
5. I SUOI NUMERI.....	23
6. L'ANALISI DEL CONTESTO.....	28
6.1 IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	28
6.2 GLI STUDI DI SETTORE DEI SERVIZI SANITARI.....	31
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).....	31
Programma Regionale Osservazione Livelli Essenziali di Assistenza (PROLEA).....	33
Valutazione della performance della sanità toscana (il bersaglio).....	33
Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti (PNE Edizione 2018: dati 2017).....	33
PNE (treemap).....	34
Programma di osservazione degli esiti in Toscana (PrOsE).....	34
Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA).....	35
7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI.....	36
7.1 GLI OBIETTIVI AZIENDALI.....	36
7.1.1 OBIETTIVI SANITARI: AREA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA (FARMACI E DISPOSITIVI).....	38
7.1.2 OBIETTIVI SANITARI: AREA QUALITÀ DELLE CURE.....	39
Appropriatezza prescrittiva.....	39
Appropriatezza Clinico-Organizzativa.....	40
Tempi di attesa prestazioni di ricovero.....	40
Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale.....	41
Ottimizzazione tempi di refertazione esami istologici.....	43
Esiti/Gestione delle criticità,.....	43
Rischio Clinico.....	45
Qualità Percepita dall'utenza.....	46
7.1.3 OBIETTIVI SANITARI: AREA GOVERNO DELL'ONCOLOGIA.....	47
7.1.4 OBIETTIVI SANITARI: AREA PERFORMANCE DI SISTEMA.....	47
7.1.5 OBIETTIVI SANITARI: AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI E AZIENDALI.....	48
correttezza e la completezza del flusso di informazioni che alimentano i sistemi informativi aziendali.....	48
Qualità ed Accredimento.....	50

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 2 di 56</p>
---	--	---

8 . LA LEGALITÀ DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA E LA CONSEQUENTE RELATIVA  
IMPLEMENTAZIONE DELLA TRASPARENZA ..... 50

9. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE (SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE) .... 54

[ALLEGATO – TABELLA DEGLI OBIETTIVI](#)

---

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 3 di 56
------------------------------------	---	--

## 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 2020-2022**, 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 2020 viene raccordato alle misure contenute Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza PTPCT 2020-2022.

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 4 di 56</p>
---	--	---

## 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:**

- 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.

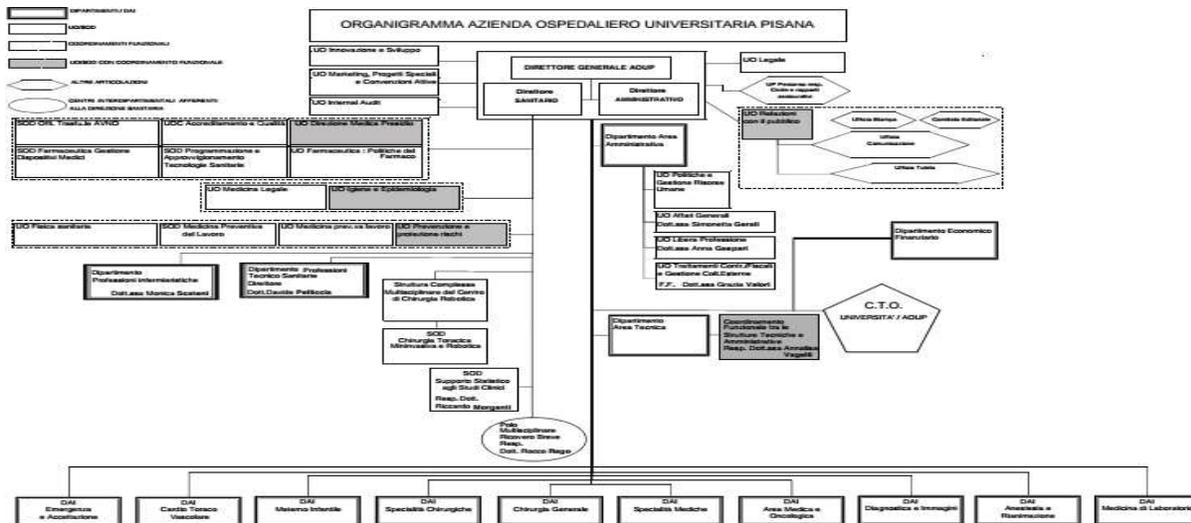
Il suo sito internet è <http://www.ao-pisa.toscana.it>

### 3. COME È ORGANIZZATA

L'Azienda, come disciplinato nel proprio statuto<sup>1</sup>, è organizzata in Dipartimenti e risulta articolata in

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

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



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

#### 3.1 I CENTRI CLINICI ED I PERCORSI IN AOUP

La legge n. 84/2015, con cui il legislatore regionale individua i criteri di riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale, laddove rafforza il principio di autonomia organizzativa alle

<sup>1</sup> Il 01 Marzo 2016 è stato adottato il [nuovo statuto aziendale](#) (delibera n°. 228), da ultimo integrato con la delibera n°877 del 26/11/2016.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 6 di 56</b>
------------------------------------	---	--

aziende, richiama i centri ed i percorsi tra le strutture organizzative funzionali, di cui le stesse possono avvalersi per orientare il proprio funzionamento alla ricerca della centralità del paziente, nell'organizzazione dei servizi di assistenza e di cura che prestano.

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

Nell'esperienza di AOUP la norma richiamata, tuttavia, ha solo sancito la formalizzazione di un modello organizzativo già avviato da tempo. Già presenti in nuce nello statuto del 2011, i principi che hanno orientato il disegno organizzativo originario hanno trovato conferma nelle successive integrazioni e modificazioni dell'atto istitutivo. I **centri clinici ed i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA)** che hanno trovato progressiva formalizzazione ad oggi sono:

- 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
- 6) Il Centro Proctologico e pavimento pelvico

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 Interstiziopatie polmonari
- 7) PDTA Melanoma oculare
- 8) PDTA Disforia di genere
- 9) PDTA Chirurgia epatica
- 10) PDTA Melanoma cutaneo
- 11) PDTA Malattie infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)

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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 7 di 56</b>
------------------------------------	---	--

## **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.

## **I PDTA**

### **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 anestesi personalizzate e trattamento delle crisi miasteniche)
- un percorso oncologico (nei casi in cui il timo è portatore di un timoma),
- un percorso pneumologico (quando è presente insufficienza respiratoria).

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

- a) il potenziamento dell'offerta di ambulatori dedicati alla Miastenia Gravis,
- b) il miglioramento del collegamento tra gli specialisti delle diverse branche coinvolte nella cura di questa patologia e delle sue complicanze,
- 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,

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 8 di 56
------------------------------------	---	--

- 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.

### **PDTA SLA (pazienti in fase avanzata)**

*(approvato con delibera del Direttore Generale n. 778 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 USLToscana Nordovest 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,
- 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;

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 9 di 56</p>
---	--	---

- 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.

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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 10 di 56</b>
------------------------------------	---	---

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

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 11 di 56</p>
---	--	--

- 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 ed oggi viene portata avanti dai chirurghi oculisti che hanno maturato una lunga casistica con un' ultradecennale 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 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 resecabilità 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

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 12 di 56</p>
---	--	--

Interventistica, UO Epatologia, UO Malattie Infettive, UO Medicina Nucleare, UO Radioterapia, S.D. Edoscopia Interventistica e Pediatrica.

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 presso la 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 eventuale trattamento chemio/ radioterapico (Oncologia/Radioterapia).

#### **PDTA MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI**

*(approvato con delibera del Direttore Generale n. 542 del 24/07/2019)*

Percorso diagnostico terapeutico istituito per integrare le competenze mediche e chirurgiche per la gestione di pazienti affetti da malattie infiammatorie intestinali croniche, come il Morbo di Crohn e Rettocolite Ulcerosa, patologie spesso invalidanti e complesse, frequentemente associate a manifestazioni extraintestinali. La necessità di interventi chirurgici e di terapie biotecnologiche rendono indispensabile la gestione in ambito multidisciplinare con la possibilità di seguire i pazienti in tutti i setting che vanno dalla terapia sub intensiva, alla degenza in area chirurgica, alla degenza ordinaria ad alta intensità in area medica e ai servizi di Day Service. Il team multidisciplinare e multi professionale è composto dalle figure specialistiche essenziali operanti nelle seguenti strutture: UO Gastroenterologia Universitaria, UO Gastroenterologia e Malattie del Ricambio, SD

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 13 di 56</p>
---	--	--

Chirurgia delle Malattie Infiammatorie Intestinali, UO Chirurgia Generale (compreso Ambulatorio Specialistico Stomie), SD Chirurgia Proctologica e Perianale, SD Endoscopia Digestiva.

Obiettivi per i quali il percorso è stato costituito sono :

- diagnosi precoce della patologia, con riduzione del dannoso ritardo diagnostico;
- corretto inquadramento clinico, compreso lo studio delle frequenti comorbidità associate;
- appropriatezza terapeutica, nella migliore combinazione tra le numerose terapie farmacologiche (compresi i farmaci biologici) e la gestione chirurgica della malattia e delle sue complicanze;
- prevenzione delle riacutizzazioni della patologia;
- informazione ed educazione del paziente alla gestione della cronicità, compreso il self-management e l'autonomia decisionale;
- collegamento con i Medici di Medicina Generale per la gestione della cronicità della patologia sul territorio, il rapido riconoscimento dei nuovi casi e/o lo svilupparsi di complicanze che necessitano di rapida rivalutazione specialistica;
- transazione con la UO di Pediatria e con i Gastroenterologi dell'Ospedale Pediatrico Mayer;
- ridurre l'ospedalizzazione dei pazienti affetti da MICI;
- ridurre gli interventi in urgenza/emergenza (che hanno un impatto negativo sulla storia naturale di questi pazienti).

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 14 di 56</b>
------------------------------------	---	---

## *I Centri Clinici*

### **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 console 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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 15 di 56</b>
------------------------------------	---	---

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><i>Specialità chirurgiche che utilizzano tecniche robotiche di intervento :</i></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,

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 16 di 56
------------------------------------	---	---

dislocate sui due presidi, destinate al trattamento chirurgico di patologie di bassa - media complessità da eseguirsi nei regimi:

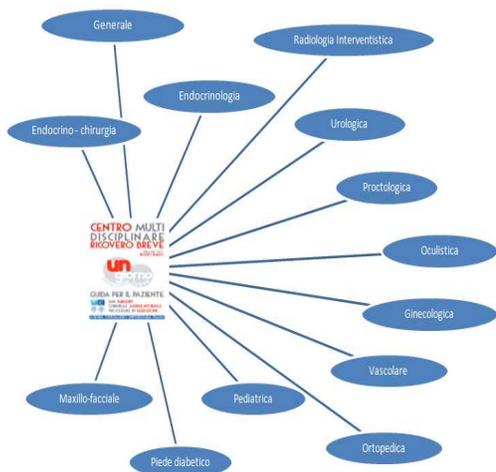
Chirurgia a rapida turnazione (ChRT),  
Chirurgia Ambulatoriale complessa (ChAC),  
Chirurgia Ambulatoriale minore (ChAM),  
Day Surgery (DS),  
One Day Surgery (ODS).

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) e in Urologia (edificio 30, 2° piano – Cisanello) con 6 posti letto e una sala operatoria. 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 in appropriatezza 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.

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 17 di 56</p>
---	--	--

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-eccezionali le competenze cliniche.

Alla luce dei risultati realizzati nell'anno 2019:

- aumento di circa 1.000 interventi rispetto al 2018;
- riduzione dei costi di beni sanitari a seguito delle azioni di razionalizzazione e omogeneizzazione degli ordini conseguenti alla centralizzazione;

per l'anno 2020 è stato previsto di potenziare i posti letto e le sale operatorie dedicate alle linee ginecologica urologica ed ortopedica, sulla base del modello consolidato, oltre ad incrementare gli interventi a rapida turnazione (<60min e con eventuale pernottamento) e il case mix: patologia di parete, colecistectomie videolaparoscopiche, artroscopie.

### **CENTRO CLINICO ENDOCRINOCHIRURGIA**

*(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.

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 18 di 56</p>
---	--	---

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 supporto del Servizio Nutrizionale** dell'Azienda
- **la medicina complementare integrata che comprende agopuntura, fito-micoterapia e omeopatia.** Non si tratta di un approccio alternativo ma complementare alle tecniche tradizionali, utile per attenuare i sintomi della malattia o gli effetti collaterali del trattamento, migliorando la qualità di vita delle persone.

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.

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 19 di 56</p>
---	--	--

## CENTRO TRAUMA

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



Il Centro è stato avviato a partire dal 2019 e fa parte della Rete Regionale Trauma Maggiore. Tale Rete è nata per garantire al paziente traumatizzato un percorso diagnostico clinico assistenziale altamente specialistico, omogeneo e standardizzato al fine di ridurre la mortalità e gli esiti permanenti legati a tali eventi.

Il Trauma Center 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 h24 un **trauma team** composto da un medico di medicina d'urgenza e pronto soccorso, un medico di anestesia e rianimazione, un chirurgo d'urgenza, un medico radiologo, infermieri e tecnici di radiologia (integrabile da altri specialisti in relazione alle necessità cliniche), coordinato da un **team leader** che, sulla base di protocolli definiti, è responsabile della gestione globale del paziente traumatizzato.

Tutti i medici facenti parte del trauma team hanno seguito un iter formativo certificato secondo la metodologia ATLS. Il team è destinatario di specifici interventi formativi per aumentare e consolidare le skills tecniche e non tecniche indispensabili per un miglior lavoro in team.

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

L'accesso e la presa in carico del paziente adulto al trauma center può avvenire

- dal pronto soccorso in qualità di primo presidio di accoglienza in emergenza-urgenza o come sede di centralizzazione secondaria in urgenza per il paziente già ammesso al PS da un ospedale spoke dell'Area Vasta Nord-Ovest o di ospedale di altra zona previo accordo di trasferimenti;
- in alcuni casi da strutture del Trauma Center o strutture ad esso collegate, come la radiologia interventistica, la neurochirurgia o la chirurgia maxillo facciale, in quanto sede di centralizzazione secondaria da altri ospedali "spoke" dell'Area Vasta Nord-Ovest o di ospedale di altra zona, sempre previo accordo di trasferimenti.

Già dalle prime fasi del ricovero, il paziente politraumatizzato afferente al Trauma Center, oltre al trattamento in urgenza delle lesioni traumatiche, sarà sottoposto ad un iniziale trattamento riabilitativo per garantire un più rapido recupero (tramite consulenze specialistiche appropriate, quali ad esempio consulenze neuroriabilitative, fisiatriche) e successivamente, laddove se ne ravvede la necessità, al trasferimento presso strutture riabilitative appropriate. E' previsto inoltre per i pazienti che hanno avuto una degenza presso un percorso UO Anestesia e Rianimazione PS un follow-up a 6 mesi e ad 1 anno, per valutare anche l'impatto emotivo del trattamento ricevuto e la qualità del percorso di cura percepito dal paziente.

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 20 di 56</p>
---	--	--

Presso quest'ultima struttura, inoltre, è in fase di implementazione un servizio di consulenza e supporto psicologico/psichiatrico sia per i pazienti che per i familiari degli stessi. al fine di prevenire i disturbi da stress correlato.

La governance aziendale del Trauma Center è affidata al "Comitato Trauma Center", un board multi professionale e multidisciplinare, con funzioni di coordinamento per l'elaborazione di protocolli e procedure, per la pianificazione del programma formativo, per l'analisi dei dati, monitoraggio e messa in atto di azioni di miglioramento.

### **CENTRO PROCTOLOGICO E DEL PAVIMENTO PELVICO**

*(nominato il Responsabile con delibera del Direttore Generale n.405 del 21.06.2019)*

Il primo Centro clinico in Italia interamente dedicato alle malattie proctologiche e alle disfunzioni del pavimento pelvico, con uno staff multidisciplinare e multiprofessionale ad alta specializzazione e l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, standardizzare le procedure, ottimizzare tempo e risorse, ridurre il rischio clinico e fare formazione anche internazionale.

Per patologie proctologiche si intende una vasta gamma di disturbi, non gravi, ma che pregiudicano notevolmente la qualità della vita, anche sociale, di chi ne è affetto e incidono molto sui costi del servizio sanitario nazionale: emorroidi, ragadi, prolapsi, stenosi, fistole, cisti pilonidali, malattie infiammatorie pelviche, tutte nel distretto anale e perianale, stitichezza ostinata, incapacità di trattenere le feci. Inoltre, spesso, a queste patologie si associano problemi urologici e uroginecologici: ritenzione e incontinenza urinaria, prolapsi genitali, dolore pelvico cronico, dolore ai rapporti sessuali: in una parola, le disfunzioni del pavimento pelvico di cui soffrono, in Italia, oltre 5,3 milioni di persone (il 10% della popolazione generale adulta) ma solo lo 0,4% cerca terapie specialistiche.

Il progetto che si sta realizzando in Aoup prevede la strutturazione di un centro dedicato a queste patologie, da trattare con i setting assistenziali più idonei (week surgery, day surgery e ambulatoriale), ambulatori multispecialistici (chirurgo proctologo, uroginecologo, urologo, gastroenterologo motilista e fisioterapista del pavimento pelvico) e multiprofessionali (medico, infermiere, ostetrico, fisioterapista). Parallelamente sta crescendo l'attività di ambulatorio delle malattie sessualmente trasmesse del pavimento pelvico, dove si aggiungono le figure dell'infettivologo, del dermatologo, del microbiologo e dell'otorinolaringoiatra.

**Per il 2020** 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
- Centro per le Malattie Neurodegenerative
- PDTA Oncologico- Patologie colon-rettali
- PDTA Piede Diabetico
- PDTA Procreazione Medicalmente Assistita
- PDTA malattie mieloproliferative croniche

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 21 di 56</p>
---	--	---

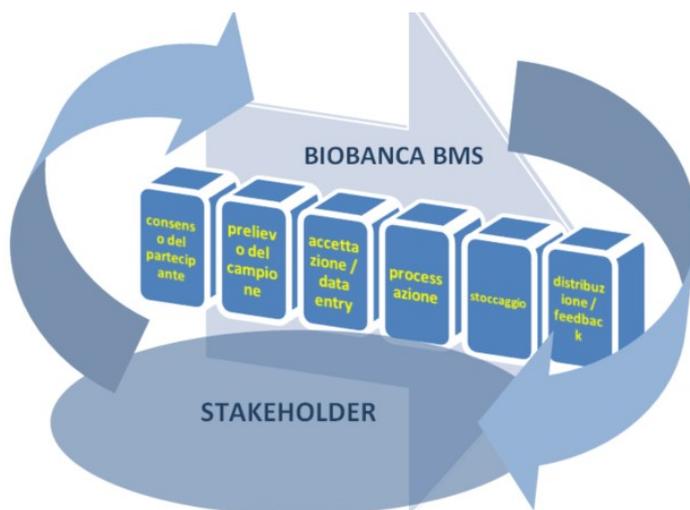
### 3.2 BIOBANCA MULTISPECIALISTICA BMS

Merita attenzione la volontà dell'azienda di istituire nel 2020 la biobanca BMS presso la Sezione Dipartimentale Biobanche.

Quest'ultima è presente in AOUP dal 2016, istituita con l'obiettivo di centralizzare, mantenere ed implementare le attività di biobanking interne ad AOUP.

La struttura fa parte di network regionali (OTT - Organizzazione Toscana Trapianti) e nazionali (CNT- Centro Nazionale Trapianti) ed è accreditata presso il Centro Nazionale Trapianti e certificata ISO9001-2015.

La **Biobanca Multispecialistica BMS** va ad integrare la *mission* della SOD Biobanche che si configura pertanto come un Centro Risorse Biologiche, costituito da una componente assistenziale (Istituto dei Tessuti e Archivio Biologico Regionale) e da una componente a supporto della ricerca, ponendosi come piattaforma trasversale integrata di servizio per le strutture presenti all'interno dell'AOUP e per altre istituzioni con finalità scientifiche e assistenziali. Ciò ha lo scopo di sviluppare una rete di afferenze multicentriche e multidisciplinari con l'obiettivo di biobancare materiale biologico relativo alle discipline di maggior rilievo in ambito sanitario. La biobanca BMS verrà formalmente istituita attraverso la deliberazione di un Documento Organizzativo Aziendale (DOA) in fase di approvazione (entro Giugno 2020).



La struttura è dotata di laboratori di accettazione/processamento materiale biologico, di un'area criogenica con contenitori di azoto liquido/vapori di azoto alimentati da una linea in continuo e di un area congelatori -80°C/-20°C; tutte le apparecchiature critiche sono monitorate da un sistema attivo h24 che rileva e segnala ogni valore fuori specifica (temperatura, livello azoto, fault alimentazione, timeout riempimento etc.). Afferisce inoltre alla struttura un'area classificata costituita da 2 clean room classe B e 1 clean room classe C, ovvero un ambiente a temperatura, umidità e contaminazione particellare e microbiologica controllate nel quale l'accesso avviene attraverso airlocks sia per il personale che per il materiale (pass box), in aderenza con le normative nazionali ed europee in materia di processamento di tessuti e cellule destinati a trapianto.

Il valore delle biobanche è insito nella centralizzazione in un'unica struttura di campioni biologici e relativi dati associati, che fornisce al clinico l'opportunità di utilizzare una massa critica di materiale biologico immediatamente disponibile, standardizzato, indispensabile ai fini di una riduzione dei bias e di una inferenza statisticamente valida.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 22 di 56</b>
------------------------------------	---	---

La Biobanca BMS raccoglie, conserva, processa e distribuisce campioni alla comunità scientifica (Aziende Ospedaliero Universitarie, Istituti di ricerca, Università, industrie farmaceutiche e biotecnologiche etc.) per sviluppare studi in base a quanto convenuto nel consenso informato.

Tutti i ricercatori/clinici appartenenti ad enti di ricerca istituzionalmente riconosciuti possono chiedere di utilizzare i campioni biologici custoditi "a catalogo" presso la Biobanca BMS, ovvero tutti quei campioni resi disponibili per la comunità scientifica.

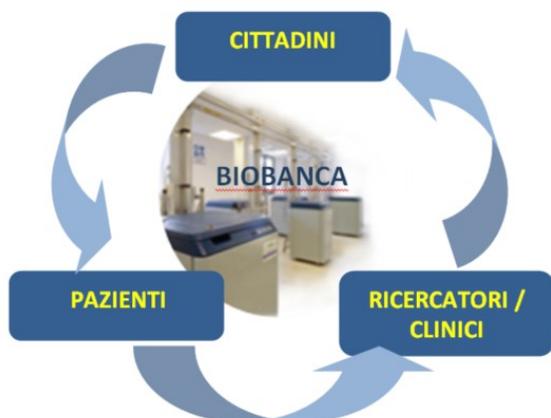
Il progetto/studio in base al quale viene inoltrata richiesta di campioni biologici prima di essere presentato alla biobanca deve essere già stato valutato dal competente Comitato Etico ( o dai competenti Comitati Etici se sono coinvolti più centri) e deve indicare chiaramente quale potrà essere il beneficio clinico assistenziale che esso potrà offrire (es. individuazione di nuovi marcatori diagnostici, determinazione di nuovi target terapeutici etc.).

In funzione delle diverse afferenze e progettualità possono essere oggetto di raccolta, processazione, conservazione, distribuzione, differenti tipologie di materiale biologico :

<b>Biobanca BMS -Tipologie di materiale biologico</b>
<i>Tessuti umani sani e patologici</i>
<i>Campioni citologici</i>
<i>Sangue, plasma, siero</i>
<i>Urine</i>
<i>Liquido cefalo-rachidiano o altri liquidi biologici</i>
<i>Acidi nucleici</i>
<i>Microbiota</i>

La biobanca è un ente terzo che si colloca in una posizione intermedia tra le parti garantendo i diritti dei singoli e delle famiglie e assicurando ai ricercatori una elevata qualità dei dati biobancati.

Il patto di partecipazione che si pone in essere tra cittadini, pazienti e ricercatori/clinici, mediato dai professionisti della sanità e tutelato dal Comitato Etico e dalla biobanca, rappresenta un patto di responsabilità tra tutti gli attori coinvolti, fondamentali per lo sviluppo della medicina personalizzata.



La Biobanca BMS processa e custodisce ciascun campione biologico secondo le linee guida nazionali e internazionali per uniformare le variabili legate alla custodia e alla lavorazione dei campioni biologici.

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 23 di 56</p>
---	--	--

La raccolta e la conservazione di materiale biologico in aderenza a specifici standard qualitativi a garanzia della completa tracciabilità delle attività a cui il campione è sottoposto e delle informazioni cliniche/scientifiche ad esso collegate, rappresenta una risorsa fondamentale per la ricerca biomedica: il materiale biologico conservato nelle biobanche svolge un ruolo essenziale nella traslazione dalla medicina convenzionale alla medicina personalizzata, ovvero nella comprensione dei meccanismi eziopatogenetici, dei fattori prognostici/predittivi e dei parametri diagnostici, della suscettibilità alla terapia (es. variabilità alla risposta dei farmaci), in funzione delle potenzialità in divenire delle metodiche “omiche” (trascrittomica, proteomica, metabolomica, genomica), della ricerca oncologica e immunologica.

**Obiettivi :**

- Valorizzazione delle potenzialità della biobanca BMS nei confronti di stakeholder istituzionali.
- Accredimento della biobanca BMS presso il nodo italiano di BBMRI-ERIC e inserimento all'interno del network BBMRI.
- Incremento e diversificazione delle attività di biobancaggio:
  1. attivazione di percorsi di biobanking tissutale (Istituti dei Tessuti) e/o di supporto ad attività cliniche
  2. attivazione di percorsi a supporto della ricerca

## 4. L'AOUP: DOVE SI TROVA

---

Sebbene sia 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 2024, 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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 24 di 56</b>
------------------------------------	---	---

## L'ATTIVITÀ SANITARIA: (COSA)

AOUP- Attività/Anno	2017	2018	2019 non definitivo
Ricoveri totali	59.789	58.849	57.196
-chirurgici	32.077	32.184	31.820
-medici	27.712	26.665	25.376
Ricoveri ordinari	48.506	47.214	46.189
-chirurgici	25.209	24.878	24.696
-medici	23.297	22.336	21.493
Ricoveri in DH	11.283	11.635	11.007
-chirurgici	6.868	7.306	7.124
-medici	4.415	4.329	3.883
Giornate di degenza	315.619	311.314	306.269
Peso medio acuti ex delibera GRT 947/2016	1,17	1,18	1,22
ALTA COMPLESSITA' alla luce della Delibera GRT 947/2016	6.678	6.651	6.651
Importo totale ricoveri (k€)	239.938	239.493	237.518
Remunerazione media di un ricovero ordinario acuto (€)	4.754	4.833	4.903
Volume interventi chirurgici	36.753	36.481	36.333
Pronto soccorso (accessi)	90.259	92.001	94.766
Numero neonati	2.041	1.796	1.730
Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	4.487.091	4.716.485	4.756.558
Numero prestazioni ambulatoriali per interni	3.833.875	3.607.534	3.509.834
Numero visite	540.692	560.297	565.468
Numero prestazioni di Laboratorio	6.928.687	6.903.875	6.839.398
Numero prestazioni di Diagnostica per Immagini	242.165	255.431	257.445
Numero prestazioni ambulatoriali altre	1.150.114	1.164.713	1.169.549

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

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

TREND	triennio	anno precedente
	2019 vs 2017	2019 vs 2018
Ricoveri totali	-4%	-3%
Ricoveri ordinari	-5%	-2%
Ricoveri in DH	-2%	-5%

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 25 di 56</b>
------------------------------------	---	---

Se analizziamo infatti il trend provvisorio 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 2019 evidenziano una riduzione media del -3% rispetto all'anno precedente (confermando il trend di progressiva decrescita che nell'ultimo triennio si è assestato attorno al -4%). Percentuali che oscillano tra il -2% ed il -5% rispettivamente per i ricoveri ordinari e per i day hospital rispetto all'anno precedente e in decrescita tra il -5% ed il -2% rispetto alle medesime componenti esaminate nel triennio.

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.

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 ha portato all'ideazione ed applicazione **dell'approccio Open Access**, un modello innovativo di gestione delle prenotazioni inizialmente avviato in via sperimentale sulla zona pisana, attraverso il 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, mediante l'utilizzo ottimale dei setting assistenziali correlati agli specifici bisogni, trova conferma nelle dinamiche che emergono dai 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 dei casi trattati evidenzia infatti un trend in crescita che si attesta all'1,22 nel 2019 (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 2019 chiude le attività con il 55,63% dei ricoveri per acuti (in regime ordinario e day surgery) sfocianti in DRG chirurgici.

Da qui la volontà di consolidare l'attività chirurgica dell'Aoup per il 2020, tenuto conto della necessità di perseguire la riduzione delle liste di attesa degli interventi chirurgici, attraverso azioni di coordinamento per bilanciare la domanda di sale operatorie con l'offerta dei posti letto intensivi, la disponibilità degli infermieri ed i dispositivi necessari.

### **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.

SSN	SSN	maschi	femmine	età media
				
MEDICI	826	406	420	50
SANITARI	83	20	63	50
TECNICO - AMM.VO -PROF.LE	21	8	13	52
INFERMIERI	2.022	472	1.550	47
<b>totale</b>	<b>2.952</b>	<b>906</b>	<b>2.046</b>	<b>50</b>

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 26 di 56
------------------------------------	---	---

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 69% del totale).

#### Evoluzione del personale dell' AUOP dal 2012 al 2019

AOU-PERSONALE		DIRIGENZA			COMPARTO	TOTALE
infezione al 31/12	Ente di appartenenza	MEDICI	SANTARI	TECNICO-AMM.VO+PROF.LIE		Totale personale di cui:
2019	SSN	826	83	21	3.708	4.638
	UNIV	187	25	48		260
	<b>TOTALE</b>	<b>1013</b>	<b>108</b>	<b>69</b>	<b>3708</b>	<b>4.898</b>
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>
2012	SSN	773	72	20	3.639	4.504
	UNIV	197	20	-	93	310
	<b>TOTALE</b>	<b>970</b>	<b>92</b>	<b>20</b>	<b>3.732</b>	<b>4.814</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 cardio-polmonare, 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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 27 di 56</b>
------------------------------------	---	---

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	Anno 2018
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	561.404.359
<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>	<b>+0,009</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	542.259.906
<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>	<b>+0,027</b>
<b>Differenza fra valore e costi della produzione</b>	<b>9.396.726</b>	<b>9.241.674</b>	<b>15.587.955</b>	<b>15.535.906</b>	<b>17.952.585</b>	<b>18.656.226</b>	<b>25.373.790</b>	<b>28.430.967</b>	<b>19.144.453</b>
<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>	<b>-0,327</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	-2.868.492
Rettifiche di valore di attività finanziarie (saldo)	0	0	0	0	-38.535	0	0	-13.706	0
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	176.698
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	-16.088.920
<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>	<b>363.739</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, tenuto conto dei vincoli tipici del quasi mercato sanitario, l'effetto delle azioni di monitoraggio e governo dei costi agite nel tempo hanno sortito in AOUP i ricercati effetti di efficientizzazione del sistema.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 28 di 56</b>
------------------------------------	---	---

## 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> </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> <li>-Clima interno</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.**

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 29 di 56
------------------------------------	---	---

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.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	
Livello Nazionale	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)
	D.M. 2 novembre 2011 ("Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010")
	L. 17 dicembre 2012, n. 221 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese")
	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")
	Decreto n.9 del 9/12/2015 ("Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale")
	Leggi di Stabilità annuali e Manovre economiche nazionali ("Spending Review")
	DPR n.105 del 09.05.2016 recante il "Regolamento della disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni"
	Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016 "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici"
	D.M. del Ministero della Salute n.261/2016 ("Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera")
	Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza PNCAR) 2017-2020
	Decreto Legislativo n.97/2016, elaborato in attuazione della delega di cui all'art. 7 della Legge n.124/2015 in materia di pubblicità trasparenza e diffusione di informazione da parte della Pubblica Amministrazione, correttivo della L. 190/2012 e del D. Lgs. n.33 del 14.03.2013
	D.L.n.50/2017 convertito con modifiche nella Legge n.96/2017
	D.M. 5 giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale"
	Linea guida del Dipartimento della Funzione pubblica n.4/2019
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	
Patto per la Salute 2019-2021	
Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022. (19G00165)	

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 30 di 56</b>
------------------------------------	---	---

<b>Livello Regionale</b>	L.R. Toscana n.55/1994 ("Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
	L.R. Toscana n.56/1994 ("Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
	L.R. Toscana n.40/2005 ("Disciplina del Servizio Sanitario Regionale")
	L.R. Toscana n.8/2012 ("Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Legge Regione Toscana n.40/2005")
	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 2020
	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 188/2019: approvazione Piano Annuale dei Controlli di appropriatezza e qualità cartella clinica/SDO anni 2019-2020	
Delibera GRT 1280/18 ("Nuovo modello di Governance aziendale. Approvazione delle linee di indirizzo regionali")	
Piano Regionale Governo di Liste di Attesa 2019-2021	
DGRT 32/2019 ("Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) per le neoplasie dell'età adulta nell'ambito della rete oncologica regionale. Disciplina.")	

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

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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 31 di 56</b>
------------------------------------	---	---

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 2020 in maniera stringente la programmazione dell'AOUP.

#### Entità trasferimenti FSR

Anno	2010	2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Euro/MLN	141.800.000	138.800.000	129.200.000	121.709.000	121.799.000	121.628.490	119.818.536	113.224.468	113.772.180

## 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 annuale dell'assistenza sanitaria, finalizzati a valutare i risultati raggiunti dalle singole Regioni nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e a permettere loro 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 (NSG)** consente, con le numerose informazioni disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare (secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e dell'appropriatezza) che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Ove vengano evidenziate gravi criticità ovvero carenze di una Regione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo grandi variabilità infra-regionali, si apre un processo in cui viene richiesta alla Regione di intervenire e nel quale il Commissariamento rappresenta l'estrema misura.

Il NSG ha aggiornato metodologicamente il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000, la c.d. Griglia LEA.

Il NSG 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: Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia**

Il DM 12 marzo 2019 ha individuato 88 indicatori, in aggiornamento della Griglia LEA:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 32 di 56</p>
---	--	--

- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali - PDTA).

E' stato individuate un sottoinsieme di 22 indicatori, definiti CORE, che sostituiranno la Griglia Lea a partire dall'anno di valutazione 2020. Gli indicatori selezionati per le tre aree di assistenza sono i seguenti:

#### OSPEDALIERA

- H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
- H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
- H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario
- H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
- H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
- H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.

#### PREVENZIONE

- P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
- P14C - Indicatore composito sugli stili di vita
- P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella; Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina; Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.

#### DISTRETTUALE

- D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite
- D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
- D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
- D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
- D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 33 di 56
------------------------------------	---	---

- D33Z - Numero di anziani con età  $\geq 75$  anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.



-gli indicatori del

Programma Regionale Osservazione Livelli Essenziali di Assistenza (PROLEA)

Sviluppati dall'ARS con i quali viene misurata l'equità, qualità e appropriatezza dei LEA – ora anche sulla base delle indicazioni del Nuovo sistema di Garanzia (NSG) – sul territorio toscano.

Gli indicatori di salute, di consumo di risorse e di esiti delle cure, osservati misurano quanto siano effettivamente garantiti gli standard minimi di qualità del Sistema Sanitario nei diversi contesti locali (Aziende USL, zone-distretto) e misurano la variabilità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in ambito ospedaliero, di pronto soccorso, di ambulatorio e di farmaci. In particolare il PROLEA permette ai decisori attività di benchmark orientato alla valutazione finalizzata alla programmazione e al confronto.



-gli indicatori di

Valutazione della performance della sanità toscana (il bersaglio)

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 di debolezza.

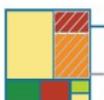
Esso rappresenta la modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti all'interno della Regione Toscana. Tale sistema è stato esteso ad altri sistemi regionali che hanno aderito (network delle regioni) con l'obiettivo di fornire a ciascuna una modalità di misurazione e raffronto comune, elaborato anche al livello delle aziende ospedaliero 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 2018: dati 2017)

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 della qualità delle cure. Il sistema permette anche di valutare il posizionamento a livello nazionale e regionale dei risultati **di output** (indicatori di volume e soglie operative) e **di outcome** (indicatori di esito) dell'Azienda. Infatti il valore assunto da ciascun indicatore, viene confrontato con la media nazionale. Questo set di indicatori per quanto molto importante risente di una latenza temporale nell'aggiornamento molto ampia (quasi 2 anni).



-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

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 34 di 56</p>
---	--	--

### PNE (treemap)

quali una delle condizioni da rispettare ai fine di non ricadere tra le Aziende in obbligo di elaborare i **piani di rientro**. Si tratta di uno strumento per rappresentare gli andamenti degli esiti in ambito sanitario.

Gli esiti e qualità delle cure, cioè la dimensione qualitativa delle attività sanitarie, da sempre rilevante per i clinici e i responsabili dell'organizzazione dei servizi, nel 2015 è entrata nel panorama normativo quale elemento di valutazione al pari di quello più tradizionale volto a verificare l'equilibrio economico dei sistemi organizzativi delle aziende.

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. L'efficacia dello strumento per mettere a fuoco punti di forza e criticità risente, come accennato, della mancanza di aggiornamento tempestivo.



-gli indicatori di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati con il SSR Toscana, così come definiti dal

### Programma di osservazione degli esiti in Toscana (PrOsE)

elaborati dall'ARS. Il portale web mette a disposizione indicatori scientificamente validi, leggibili e portatori di potenziale di miglioramento, relativi a :

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 35 di 56</p>
---	--	---

- l'organizzazione delle reti tempo-dipendenti per il trattamento delle patologie cardiovascolari sia con riferimento al trattamento dell'infarto miocardico acuto, che dell'ictus ischemico;
- la tempestività degli interventi per frattura di femore nell'anziano;
- alla qualità dei ricoveri per la chirurgia generale, la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare;
- la qualità del percorso nascita;
- l'assistenza medica: riattivazione di BPCO e scompenso cardiaco congestizio;
- la rete di assistenza oncologica;

-gli indicatori articolati nel

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 individuate di specialistica ambulatoriale, ben 69 (14 visite specialistiche e 55 prestazioni strumentali) e 17 prestazioni di ricovero. 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. La Regione Toscana, da ultimo con DGRT 604/2019 ha recepito le predette indicazioni definendo i tempi massimi e individuando elementi di tutela e garanzia dell'equità di accesso.

**FOCUS:** classi di priorità: sistema volto a differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico

Di seguito è riportata la tabella riassuntiva delle classi di priorità e dei tempi massimi dettati dal Piano Nazionale e Regionale.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 36 di 56
------------------------------------	---	---

classe priorità ambulatoriale	definizione	Regionale		Nazionale	
		tempi massimi (gg)	standard da raggiungere nel 2020	tempi massimi (gg)	standard da raggiungere nel 2020
<b>U Urgente</b>	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza)	<b>3 (72h)</b>	100%	<b>3 (72h)</b>	
<b>B Breve</b>	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. (situazione di attenzione)	<b>10</b>	100%	<b>10</b>	90%
<b>D Differibile</b>	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. (situazione di routine)	<b>15/30 - visite 30/60 - accertamenti</b>	95%	<b>30 - visite 60 - accertamenti</b>	90%
<b>P Programmata</b>	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. (situazione dilazionabile)	<b>120</b>	95%	<b>120</b>	
classe priorità ricovero	definizione	Regionale		Nazionale	
		tempi massimi (gg)	standard da raggiungere nel 2020	tempi massimi (gg)	standard da raggiungere nel 2020
<b>A</b>	ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi	<b>30</b>	% differenziata per ciascun intervento monitorato(2020) 90% (2021)	<b>30</b>	% differenziata per ciascun intervento monitorato(2020) 90% (2021)
<b>B</b>	ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi	<b>60</b>		<b>60</b>	
<b>C</b>	ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi	<b>180</b>		<b>180</b>	
<b>D</b>	ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi	<b>entro 12 mesi</b>		<b>entro 12 mesi</b>	

## 7. GLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI

Per il triennio 2020/2022 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 2020, sono stati tradotti in obiettivi specifici per articolazione organizzativa, come da tabella allegata.

### 7.1 GLI OBIETTIVI AZIENDALI

Le linee strategiche aziendali sulle quali l'AOU, valutate le proprie condizioni di vincolo, intende misurare la propria performance nell'anno 2020 sono definite:

- A) sulla base degli indirizzi di programmazione regionale. Questa annualità, diversamente dalle precedenti, non ha visto l'emanazione da parte della Regione Toscana, nel mese di dicembre dell'anno precedente, dell'atto di assegnazione degli obiettivi alle aziende. L'elaborato Aziendale tiene conto pertanto delle

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 37 di 56</p>
---	--	--

- indicazioni regionali, ancora in fase di proposta, che sostanzialmente si pongono in continuità con l'impostazione assunta nella DGRT 1479/2018 (assegnazione degli obiettivi alle Aziende sanitarie del SSR per la valutazione delle attività anno 2019);
- B) tenuto conto delle linee guida della Regione Toscana per la predisposizione del bilancio di previsione 2020 che prevedono il raggiungimento del pareggio di bilancio e forniscono indicazioni su specifiche voci di spesa:
- spesa del personale non superiore alla spesa dell'esercizio 2019 fatti salvi eventuali oneri derivanti dai rinnovi dei CC.CC.NN.LL.;
  - costi relativi agli acquisti diretti di farmaci con e senza A.I.C., al netto dei farmaci innovativi, inferiori dello 0,5% della spesa registrata nell'esercizio 2019;
  - spesa per dispositivi e altri beni sanitari non superiore alla spesa dell'esercizio 2019;
- C) sulla base dei risultati raggiunti nelle diverse dimensioni misurate dagli indicatori ritenuti più significativi e pertinenti rispetto a quelli contenuti nel vasto panorama degli studi sopra delineati;
- D) in attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza contenute nel PTPCT 2020-2022 di cui si tratta più diffusamente nell' apposita sezione del piano;

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) *GOVERNO DELL'ONCOLOGIA*
- 4) *PERFORMANCE DI SISTEMA*
- 5) *STRATEGIE REGIONALI E 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, al proprio interno, è stata articolata in specifici **ambiti di applicazione**, ciascuno dei quali ha accolto, sistematizzandola, la pluralità degli obiettivi che è stato ritenuto opportuno declinare per dare operatività e corpo alle linee strategiche di azione.

Le richiamate aree di intervento, la loro articolazione in ambiti e, infine, la loro declinazione in obiettivi, indicatori e standard per l'anno 2020 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;

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 38 di 56</p>
---	--	--

- 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.

### 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:*

- a) Governo dei costi dei dispositivi
- b) Governo dei costi dei diagnostici
- c) Governo dei costi dei farmaci

In questa area, conformemente alle linee guida regionali che puntano ad una rimodulazione e contrazione della spesa farmaceutica a livello di Regione Toscana, sono stati articolati gli obiettivi finalizzati ad una sempre maggiore razionalizzazione nell'uso dei farmaci e dispositivi. In particolare, l'attenzione si è concentrata sulle 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. Più nel dettaglio, sono stati introdotti, anche per l'anno 2020:

- 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 l'utilizzo conformandone l'impiego alla programmazione delle attività, che è stata delineata dai professionisti 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;
- obiettivi di contenimento dei **consumi dei diagnostici**, tramite, da un lato, un monitoraggio centrale dei costi da parte dei gestori degli ordini e, dall'altro, un'attenzione all'appropriatezza dei consumi rispetto alla produzione delle prestazioni, come il monitoraggio dei volumi e della conformità alle linee guida delle richieste di prescrizione di PCT (procalcitonina) o l'incentivo a produrre linee di indirizzo condivise tra i professionisti delle anatomie patologiche per linea d'organo o patologiche e tra strutture diagnostiche e cliniche per razionalizzare le richieste di esami, evitando così un utilizzo di prestazioni e correlate risorse non necessarie;
- azioni volte alla riduzione dei consumi su specifiche **categorie di farmaci (gruppi ATC)**, 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;

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 39 di 56</b>
------------------------------------	---	---

- 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;
- modalità organizzative di razionalizzazione della spesa relativa ai farmaci oncologici ad alto costo attraverso una riduzione degli scarti di produzione. Viene introdotto il c.d **Drug Day** per concentrare nella stessa giornata i trattamenti di pazienti sottoposti alla somministrazione di determinati farmaci oncologici costosi. Questa modalità organizzativa che presuppone una forte cooperazione tra la Farmacia Ospedaliera e le strutture oncologiche, ha l'indubbio vantaggio di poter utilizzare i residui di produzione relativi ad un singolo paziente per l'allestimento della terapia di un altro paziente riducendo significativamente gli sprechi;
- 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.

Il governo dei costi dei beni sanitari è una necessità sempre più sentita in AOUP e le misure progressivamente adottabili sono diventate nel tempo sempre più mirate e volte all'individuazione di correttivi organizzativi e gestionali relativi a specifiche fasi del processo di formazione dei costi. Per l'anno 2020, in particolare, l'attenzione sarà focalizzata sulla **corretta gestione delle non conformità**: per quanto possibile, quindi, sarà posta attenzione all'ottimizzazione del sistema di approvvigionamento dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi. Le azioni previste riguarderanno da un lato, la revisione del processo di contabilizzazione dei prodotti ordinati ad ESTAR e consegnati mediante logistica dedicata, dall'altro, il processo di gestione delle scorte. Dall'analisi dei dati contabili è stata rilevata infatti come ricorrente la non tempestiva segnalazione delle difformità tra contenuto dell'ordine e bolla di consegna. Questo evento comporta, sotto il profilo contabile, l'errata iscrizione a giornale di costi in realtà insussistenti che a causa della segnalazione vengono invece trattati come poste soggette a rettifica ex-post e, sotto il profilo gestionale, alterano la corretta valutazione delle scorte.

### 7.1.2 OBIETTIVI SANITARI: AREA QUALITA' DELLE CURE

---

**Per l'AREA QUALITA' 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) *Appropriatezza prescrittiva*
- b) *Appropriatezza Clinico-Organizzativa*
- c) *Esiti/Gestione delle criticità*
- d) *Rischio Clinico*
- e) *Qualità Percepita dall'utenza*

Nell'ambito a)

#### Appropriatezza prescrittiva

---

trovano conferma gli obiettivi presenti nelle annualità precedenti:

- il corretto utilizzo dei **farmaci off label** ovvero l'impiego di farmaci, a carico del SSN, al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio (al di fuori cioè della scheda tecnica, o delle vie o modalità di somministrazione). Uso ammesso, in mancanza di valide alternative terapeutiche, previo rispetto di precise e rigorose regole legislative che ne definiscono limiti e rimborsabilità e che ha riflessi scientifici, etici ed economici.

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 40 di 56</p>
---	--	--

Sono stati quindi attivati meccanismi di controllo dell'appropriatezza prescrittiva che coinvolgono le modalità operative da adottare per la loro dispensazione e rendicontazione, su cui i professionisti sono misurati. Quest'anno è richiesta loro, in aggiunta, di uniformarsi alle regole con la puntuale restituzione alla Farmacia della relazione sugli esiti del trattamento off label;

- il monitoraggio e contenimento nell'utilizzo dei Fluorochinoloni e dei Carbapenemi, una categoria di farmaci Antibatterici ed Antinfettivi sulla quale l'Azienda ha già registrato importanti risultati in termini di riduzione delle prescrizioni (misurate in grammi) e su cui ritiene che ci siano ulteriori margini di miglioramento, da qui il rinnovo dell'obiettivo. Si tratta di una misura 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 correlate all'impiego primario non appropriato di farmaci di ultima generazione. Tale obiettivo viene rinnovato nell'ambito del Patto per la Salute 2019-2021 con l'impegno delle Regioni e del Governo di procedere al suo aggiornamento sulla base dei risultati che saranno conseguiti nel 2020;

- la condivisione di protocolli congiunti tra le strutture diagnostiche del dipartimento di laboratorio e quelle cliniche finalizzate all'introduzione di nuove metodologie diagnostiche. 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 dei criteri di appropriatezza individuati nelle varie 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.

All'interno della *b)*

#### Appropriatezza Clinico-Organizzativa

sono esplicitate le principali azioni necessarie a rispondere agli obiettivi posti nel Piano Nazionale del Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA 2019-2021) e nel Piano regionale, di cui alla DGRT 604/2019, riguardo alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, fermo restando che il quadro completo degli interventi è contenuto nel programma attuativo aziendale adottato nel corso del 2019.

#### Tempi di attesa prestazioni di ricovero

Per le prestazioni di ricovero viene assicurato un **monitoraggio continuo delle liste di attesa** attraverso una corretta gestione ed allocazione delle risorse infrastrutturali necessarie allo svolgimento delle attività, mediante la pianificazione degli asset ed il controllo costante del loro efficiente utilizzo da parte delle strutture che effettuano i 17 interventi oggetto di analisi. Per il 2020 la percentuale di casi da trattare chirurgicamente entro 30 giorni è differenziata per intervento e corrisponde al III quartile del valore mediano 2016. Nel 2021 la percentuale diventerà il 90% per tutta la casistica.

Per il raggiungimento degli standard richiesti sui tempi di attesa per gli interventi chirurgici è stata attuata anche una serie di azioni di supporto.

In primo luogo, il potenziamento del **centro multidisciplinare di ricovero breve** (già diffusamente descritto sopra), destinato al trattamento chirurgico delle patologie di bassa - media complessità da eseguirsi nei regimi di

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 41 di 56</p>
---	--	--

chirurgia a rapida turnazione, day surgery e chirurgia ambulatoriale complessa. L'ulteriore sviluppo del modello a sale diffuse a ciclo breve infatti permetterà sempre più una netta separazione dei flussi assistenziali (interventi ad alta complessità e medio-bassa) il che consentirà:

- lo scorrimento rapido delle liste di attesa per gli interventi sulle patologie minori, le più numerose in quanto l'ampia maggioranza della popolazione non necessita di interventi di chirurgia complessa, ma tuttavia ha problemi chirurgici che vanno affrontati poiché ne inficiano la qualità di vita;

- la liberazione di maggiori risorse per la chirurgia a maggior complessità, che resta il *core* dell'AOUN, permettendo di riorientare le relative piattaforme produttive - separate da quelle proprie del centro - ad una corretta e tempestiva risposta assistenziale;

Nel contesto descritto permane e assume sempre più attualità il controllo, anche quest'anno ribadito negli obiettivi, dell'**appropriatezza dei setting assistenziali adottati per i DRG chirurgici** e il correlato rispetto delle soglie di ammissibilità, espressione della capacità di erogare prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dei pazienti, impegnando le giuste risorse. La limitatezza delle risorse e l'erogazione di prestazioni di buona qualità, in quanto fornite nei modi e nei tempi adeguati, assegna all'appropriatezza organizzativa dei ricoveri un ruolo centrale per la sostenibilità del sistema e la sua equità.

Infine sempre nell'ottica di rafforzare il raggiungimento dell'obiettivo di cui al PNGLA, l'Azienda è intervenuta richiedendo l'ottimizzazione **tempi di risposta per le prestazioni Radiodiagnostica**, tassello fondamentale per velocizzare il percorso chirurgico e garantire la presa in carico del paziente.

#### Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

Anche la tempestività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali è una componente fondamentale della qualità clinica dei servizi sanitari. Il PNGLA e poi il Piano Regionale definiscono i tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata (Breve 10 giorni, Differita 15/30 giorni per le visite 60 per gli accertamenti diagnostici e Urgenti 3 giorni). Le Aziende devono assicurare i tempi massimi all'interno di precisi ambiti territoriali di erogazione (Zona distretto, ex-ASL, Area Vasta), che costituiscono riferimento per la programmazione e la valutazione dei tempi di attesa nel rispetto degli standard SSR ("Ambiti di garanzia"). L'ambito territoriale è di norma la Zona Distretto.

In tali ambiti i tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento (PRGLA 2019-2021). Pertanto l'AOUN concorre insieme a ATNO al soddisfacimento dei tempi di attesa per gli ambiti di garanzia zionali condivisi offrendo la quota di prestazioni necessarie al bilanciamento dell'offerta con la domanda.

Un contributo determinante fornito dall'Azienda al sistema risiede nel modello organizzativo dell'**open access** attivo da 4 anni e ideato per snellire le liste di attesa delle prime visite

**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 in territorio zonale.

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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 42 di 56</b>
------------------------------------	---	---

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:

a) **ha consentito di distinguere le vere liste di attesa (open access) dalle liste di prenotazione per i pazienti già in cura;**

b) **ha dimostrato come sia possibile operare in tempo reale sulle visite ambulatoriali di primo accesso a parità di risorse.**

Ad oggi le prestazioni offerte con la suddetta riorganizzazione riguardano sei delle visite oggetto di monitoraggio

1. Visita cardiologica (AG: zona pisana)
2. Visita dermatologica (AG: zona pisana) in collaborazione con Zona Distretto Pisana
3. Visita neurologica (AG: zona pisana)
4. Visita oculistica (AG: zona pisana) in collaborazione con Zona Distretto Pisana
5. Visita otorinolaringoiatrica (AG: zona pisana) in collaborazione con Zona Distretto Pisana
6. Visita chirurgia vascolare (AG: ATNO)

e cinque prestazioni radiologiche:

1. Ecocolordoppler cardiaco (AG: zona pisana)
2. Ecografia mammella (AG: ex USL5)
3. Ecografia tiroide (AG: ex USL5)
4. TC torace (AG: ex USL5)
5. Ecografia addome (AG: ex USL5) offerta interamente da strutture territoriali

**Le proposte:**

Obiettivi 2020	Misurazione
Estensione del modello <b>open access</b> alle visite -urologiche -ortopediche -ginecologiche (+ecotrasvaginale)	<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

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 43 di 56</p>
---	--	--

---

Ottimizzazione tempi di refertazione esami istologici

---

L'ottimizzazione dei tempi di refertazione nel 2020 è stato oggetto di attenzione particolare da parte della Direzione Aziendale. In particolare il suo processo:

- Accettazione
- Campionamento
- Processazione e Inclusione
- Taglio e Colorazione
- Smistamento
- Refertazione

è stato analizzato al fine di allineare real time domanda vs offerta ed evitare gli eventuali sprechi di tempo. Sono pertanto scaturiti gli obiettivi di standardizzare il tempo medio di refertazione degli esami istologici urgenti e di routine, incidendo anche attraverso l'assegnazione di specifici target ad alcune sottofasi del processo e mediante il monitoraggio e riduzione dei casi outlier.

Relativamente agli obiettivi fatti afferire all'ambito c)

Esiti/Gestione delle criticità,

---

il quadro di riferimento, come abbiamo già descritto, è molto ampio e composito. Si tratta di indicatori di *output* (indicatori di volume e soglie operative) e di *outcome* (indicatori di esito) elaborati dall'ARS (ProSe, ProLea) e dall'Agenas (PNE e Treemap) e nell'ambito del NSG.

In questo panorama articolato di strumenti di valutazione della qualità delle cure, l'Azienda ha tenuto conto degli indirizzi già forniti dalla Regione con la Delibera Regionale relativa all'anno 2019 (DGRT 1479/2018) e riaffermati dalle indicazioni, in fase di perfezionamento, relative al corrente anno che fanno sempre più propri gli indicatori del Programma Regionale di osservazione degli Esiti (PrOsE) e del Nuovo Sistema di garanzia. Ha pertanto inserito il miglioramento/mantenimento dei risultati raggiunti nelle aree ritenute più significative e/o meritevoli di monitoraggio. Tra queste, anche il consolidamento dei buoni risultati realizzati in settori un tempo critici per l'Azienda, come la percentuale di parti cesarei e la tempestività degli interventi per le fratture di femore che invece nell'ultimo biennio sono stati un vanto sia come performance raggiunta che come trend di miglioramento.

A seguire gli indicatori, relativi agli esiti delle cure, che saranno particolarmente monitorati, di cui si riporta lo standard indicativo atteso e l'andamento AOUP per il triennio 2016-2018 (fonte ARS)

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 44 di 56</b>
------------------------------------	---	---

OBBIETTIVO	SOGLIA INDICATIVA	DATI AOUP	NOTE
<b>Ictus Ischemico, rischio morte 30g (Prose)</b> quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 7.16 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata (NSG H24C)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 6.12 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
<b>Ictus Ischemico, rischio morte 30g (Prose)</b> quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 7.16 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
<b>IMA, rischio morte 30g (Prose)</b> quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 10.05 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata (NSG H24C)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 6.12 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC). (NSG H22C)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 3.13 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
Mortalità a 30 giorni dall'intervento a valvole cardiache	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 3.77 (fonte ARS)	Inserito a partire dal 2020
<b>Frattura Femore</b> , rischio morte 30g	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 2.50 (fonte ARS)	Inserito a partire dal 2020
Intervento K colon, % interventi in laparoscopia	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2018: <b>57,69%</b>	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
<b>Intervento K colon</b> , rischio morte 30g	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 1.79 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18
Parto cesareo, complicanze severe	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019	TRIENNIO 2016-2018: 0.39 (fonte ARS)	Inserito a partire dal 2020
Riduzione % parti cesarei primari (NSG H18C che vuole misurare la frequenza di ricorso ai parti cesarei in donne che non hanno effettuato un pregresso cesareo)	VALUTAZIONE STRUTTURE <20% (standard RT)	TRIENNIO 2016-2018: 30.61 (fonte ARS)	Già presente nella delibera DGRT 1479/18

### Aderenza PDTA

Il NSG ha introdotto, come già anticipato, una rilevante novità che la Regione Toscana ha trasposto nella delibera sugli obiettivi assegnati alle aziende, per l'anno 2019, e che l'AOUP ha coerentemente fatto propria da quell'anno.

#### FOCUS PDTA

sequenza predefinita, articolata, temporizzata 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

Quest'anno, 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, l'azienda persiste nel monitorare l'aderenza alle dimensioni cliniche, organizzative e tecnologiche dei PDTA sia con riferimento ai propri professionisti sia come azienda in quanto tale, seppur tale monitoraggio non è stato incluso nel processo di budgeting. Le motivazioni di tale scelta si legano all'inevitabile complessità e difficoltà di misurare le diverse fasi dei PDTA in maniera tempestiva; difficoltà tali da rendere impossibili, nell'anno solare del

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 45 di 56</p>
---	--	---

budget, realizzare momenti di monitoraggio e di rilevazione di eventuali scostamenti e quindi fornire ai professionisti il loro posizionamento. Molte valutazioni del percorso, inoltre, richiedono la disponibilità di dati a livello sovra aziendale, se non regionale, che rendono ancora più complesso il processo di controllo rimesso alla sola Azienda. La rispondenza di quanto implementato a livello aziendale rispetto ai modelli di riferimento e agli obiettivi posti dai livelli regionali e nazionali, costituisce pertanto oggetto di valutazione nell'ambito delle sedi aziendali, di area vasta e regionali.

Nell'ambito d)

### Rischio Clinico

troviamo declinate una delle linee strategiche prioritarie: la sicurezza dei pazienti come uno dei fattori determinanti la qualità delle cure. L'esecuzione di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

Le azioni, le pratiche concrete e le raccomandazioni su cui l'Azienda si è focalizzata sono diverse e tra esse è necessario concentrare l'attenzione sui comportamenti finalizzati alla **prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza**.

Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che è possibile contenere questa tipologia di infezioni solo sensibilizzando gli operatori, applicando un aggressivo protocollo di controllo infettivo con precoce individuazione dei casi e dei portatori, osservando strettamente le precauzioni igieniche e adottando misure stringenti di contenimento (isolamento dei pazienti, lavaggio delle mani, igiene ambientale, corretto utilizzo degli antibiotici, etc).

Pertanto per l'anno 2020 l'azienda rinnova l'attenzione alla sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari riproponendo, tra gli obiettivi di budget soggetti a valutazione:

- la pratica delle **igiene delle mani**, che sarà osservata in tutti i reparti unitamente, come indicatore indiretto, al consumo del gel alcolico e al posizionamento efficace dello stesso in tutti i reparti, in prossimità dei pazienti, con cartellonistica di segnalazione;
- il rispetto delle azioni previste nella procedura aziendale "**prevenzione e controllo della diffusione di enterobatteri produttori di carbapenemasi**" nella fase assistenziale, nel trattamento del paziente infetto, nell'uso dei dispositivi;

Quanto sopra, naturalmente, si lega strettamente all'assegnazione dell'altro obiettivo, già descritto nell'ambito della appropriatezza prescrittiva, di ridurre l'uso delle terapie antibiotiche in quanto il loro uso prolungato sviluppa la resistenza dei microorganismi patogeni agli antibiotici stessi, rendendo difficile il trattamento delle infezioni.

Sempre in questo ambito sono stati confermati gli obiettivi sull'applicazione delle buone pratiche cliniche per prevenire gli eventi avversi e garantire gli standard di sicurezza. Si tratta dell'implementazione della pratica clinica del passaggio di consegne tra operatori sanitari da un setting assistenziale all'altro (cosiddetto **Handover**), della **riconciliazione farmacologica** per l'area medica, quale strumento per prevenire gli errori derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie farmacologiche seguite dal paziente prima dell'ingresso in ospedale e dell'impiego della **check list** operatoria per la sicurezza in sala operatoria, quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli.

Sempre per proteggere la salute e aumentare la sicurezza dei pazienti viene confermato l'obiettivo della **farmaco vigilanza** che 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,

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 46 di 56</p>
---	--	--

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) e le industrie farmaceutiche.

Quest'anno è stata attenzionata anche la **dispositivo vigilanza**, cioè il sistema di Vigilanza sui Dispositivi Medici (DM) finalizzato ad aumentare la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutte le altre figure coinvolte nell'utilizzo dei dispositivi, cercando di ridurre la probabilità che lo stesso tipo di evento possa ripetersi in luoghi diversi ed in tempi successivi. Ciò si ottiene grazie alla valutazione degli incidenti segnalati ed alla diffusione capillare delle informazioni raccolte. Un DM può essere causa di un incidente, definendo incidente qualsiasi malfunzionamento o alterazione delle sue caratteristiche e prestazioni, nonché qualsiasi inadeguatezza nella etichettatura o nelle istruzioni per l'uso che possono essere causa di decesso o peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un utilizzatore. Si richiede quindi maggiore attenzione agli operatori sanitari nell'invio delle segnalazioni alla struttura dedicata che ha il compito di raccogliere e inviarle al Ministero della Salute.

Nell'ambito e)

#### Qualità Percepita dall'utenza

---

trovano conferma e collocazione due importanti progetti introdotti nel sistema toscano sul finire del 2018.

La qualità percepita, da sempre oggetto di rilevazione, viene misurata in maniera diffusa e tempestiva tramite due 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

Il sistema, costituito da questionari e sezioni narrative aperte - per consentire ai pazienti di raccontare la loro esperienza - compilabili on-line e proposti 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 usufruito 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.

Tali questionari sono stati già sperimentati con successo negli ultimi mesi del 2018 in alcuni reparti dell'Azienda e sono stati implementati nel 2019. Quindi nell'anno 2020 si vuole consolidare il loro impiego chiedendo alle strutture, mano a mano coinvolte, di sostenerne la diffusione, favorendo l'adesione dei pazienti.

L'utilizzo di questi strumenti, oltre ad essere uno specifico obiettivo individuato dalla Regione Toscana, si pone sulla scia delle indicazioni del **Patto per la Salute 2019-2021** che, tra i suoi impegni, afferma l'importanza che le strutture sanitarie si dotino di sistemi di gestione delle relazioni con il cittadino e di conoscenza dell'utente assistito e del suo percepito. Un passo ulteriore lo fa la **linea guida del Dipartimento della Funzione pubblica n.4/2019** che, in attuazione della previsione del D.Lgs 150/2009 che vuole la valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni partecipata dai cittadini e sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione, sposta l'attenzione dall'utente, oggetto di indagini, all'utente e alle sue rappresentanze, quale attore del processo di valutazione delle attività e dei servizi di cui beneficia, i cui esiti assumono rilevanza ai fini della programmazione e miglioramento dei servizi da erogare.

Alla fronte del quadro descritto l'Azienda intende nel futuro giungere all'implementazione di pratiche di partecipazione dei cittadini inclusive, su oggetti rilevanti, orientate ai risultati sia in termini di output sia in termini

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 47 di 56</p>
---	--	--

di outcome, utilizzandone i risultati per migliorare la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi.

L'esperienza clinica quotidiana ci suggerisce che, per la stragrande maggioranza i casi, le dimissioni volontarie sono dovute alla scelta di proseguire le cure presso altre strutture o di affidarsi a un clinico diverso dal primo con cui si viene a contatto. Solo una minima parte di dimissioni volontarie (soprattutto dai pronto soccorso) sono dovute a tempi di attesa ritenuti troppo lunghi (nel caso di codici bianchi o verdi) oppure alla consapevolezza di una refrattarietà alle terapie (nel caso di terminalità). E' stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. Per tali ragioni anche quest'anno è stato assunto l'indicatore, proxy della qualità percepita, della percentuale di **dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero ordinario**.

Coerentemente con le premesse assunte, misura ulteriore della soddisfazione degli utenti è il monitoraggio degli **abbandoni al Pronto Soccorso**. L'indicatore introdotto nel panel degli indicatori dal 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: AREA GOVERNO DELL'ONCOLOGIA

---

Centrale in questa area è la fruibilità, in tempi appropriati, delle prestazioni di intervento chirurgico su tumori maligni, già presente nel budget 2019. L'obiettivo quest'anno è stato invece accolto nell'ambito della categoria più ampia della qualità delle cure, considerando che la tempestività degli interventi è uno standard che deve rispettato per tutti i casi clinici, non solo per quelli oncologici.

Trova invece conferma l'obiettivo di monitorare i **volumi degli interventi per tumori maligni**, quale proxy della qualità e dell'efficacia dell'assistenza. Esistono numerose prove in letteratura sull'associazione tra volume di attività ed esito delle cure e lo stesso Agenas, nel PNE, inserisce questo indicatore tra quelli calcolati per singolo stabilimento. Pertanto sulla base delle sue schede tecniche, i volumi a livello di AOUP e di struttura vengono quantificati e raffrontati rispetto all'andamento degli anni pregressi consentendo un monitoraggio tempestivo rispetto a quello fornito dall'Agenas stesso, funzionale ad una programmazione delle attività.

Nell'ambito dell'area quest'anno è stata data centralità ai **Gruppi Oncologici Multidisciplinari**, come organismi strategici e garanti dell'approccio multidisciplinare alla patologia oncologica. La DGRT 32 del 14/01/19 ha ridefinito la composizione ed il funzionamento e l'Azienda sta per rivederne le caratteristiche al proprio interno per adeguarsi alle nuove indicazioni regionali. Diventa quindi importante, per dare effettività alla riorganizzazione dei GOM, avere le evidenze sulla sistematica calendarizzazione e partecipazione degli specialisti, sulle raccomandazioni e linee guida adottate e sulla rendicontazione delle attività svolte.

### 7.1.4 OBIETTIVI SANITARI: AREA PERFORMANCE DI SISTEMA

---

**Nell'area Performance di sistema** sono stati sistematizzati i principali indicatori riferiti all'efficienza ed all'appropriatezza organizzativa dei ricoveri e del processo di donazione.

Anche per quest'anno il budget racchiude le 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 inappropriatezza**), sia la capacità di svolgere in modo efficiente i propri processi di cura, esaminandoli nel complesso o concentrandosi su singole

<p><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 48 di 56</p>
---	--	---

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).

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 ancora rilevante nel 2020 sono gli obiettivi relativi ai [Trapianti e Donazioni d'organo](#).

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) e sull'efficienza di segnalazione (Indicatore Mes B6.1.1a).

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 proposta di obiettivi regionali per il 2020, degli specifici standard regionali ivi assegnati.

#### 7.1.5 OBIETTIVI SANITARI: AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI E AZIENDALI

**Nell'AREA ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e AZIENDALI** convergono diversi obiettivi per tradurre in azione ulteriori indirizzi regionali e aziendali, in una logica di continuità con quanto previsto e concretizzato nelle annualità precedenti.

Viene confermata la volontà e impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana di presidiare 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 2020, rientra la **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;

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 49 di 56</p>
---	--	--

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 2020 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;
- 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 a partire dal 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. In ragione di ciò la previsione nel budget è stata quella per cui i direttori delle strutture diventano responsabili della vigilanza sulla compilazione della documentazione clinica del reparto e, in caso di applicazione della penalizzazione sul valore del DRG di una cartella di pertinenza (a seguito di controlli esterni), diventano oggettivamente responsabili, soggiacendo alla decurtazione del premio di risultato nel caso in cui ciò non sia giustificato.

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 per 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, confermata nel 2020, all'**utilizzo di campi e moduli presenti nel registro operatorio**, fondanti sia la completezza del percorso chirurgico che l'alimentazione della nuova SDO.

In merito ad un miglioramento della tracciabilità sono stati inseriti nel budget gli obiettivi di revisione delle codifiche open lis, corsi formazione a supporto dell'utilizzo di nuovi programmi di registrazione (Winsap) e ottimizzazione dei processi di monitoraggio pezzi anatomici all'interno del laboratorio.

In continuità con gli anni passati si punta **all'implementazione generalizzata della cartella clinica elettronica**, assumendo per l'anno 2020 la verifica dell'utilizzo dei suoi moduli : LDO, diaria clinica, scheda anamnestica ed esame obiettivo

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 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 2020 ad ogni Dipartimento e alle singole strutture correlate è stato mantenuto l'obiettivo di aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata, sia nella specialistica che nella farmaceutica, per adeguarsi alle soglie rispettive del 90% e dell'80% fissate come standard di riferimento dalla legge 221/2012.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 50 di 56</b>
------------------------------------	---	---

In quest'area trovano anche nel 2020 spazio gli obiettivi correlati alla

#### Qualità ed Accredimento

In continuità con le azioni intraprese nelle annualità precedenti l'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 esiti ottenuti.

L'azienda, in merito, ha come obiettivo generale quello di costruire, mantenere e sviluppare un sistema di valutazione e di miglioramento della qualità delle attività aziendali. A tal fine promuove, supporta, diffonde la cultura del cambiamento organizzativo, del miglioramento continuo, contribuendo, al contempo, all'individuazione delle esigenze dei Clienti interni ed esterni.

#### **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 2020	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 esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	<b>Indicatori:</b> Presenza per ogni UO/SD del riesame dei dati e degli esiti (modulo 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 Accredimento e Qualità).

## 8 . 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.

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 51 di 56</b>
------------------------------------	---	---

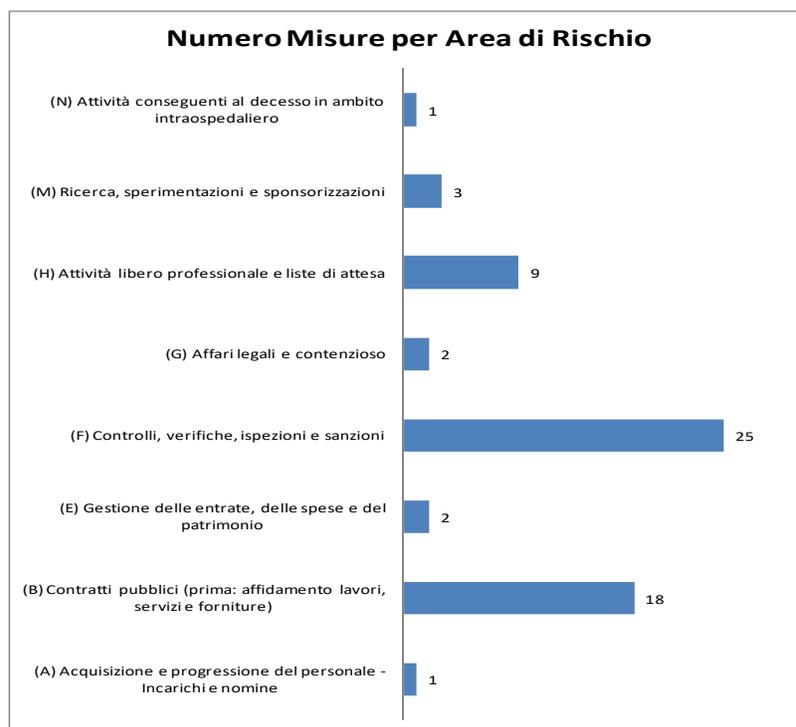
In tal senso l'Azienda ha provveduto progressivamente alla integrazione delle misure/attività/azioni di prevenzione della corruzione individuate nel PTPCT con il Piano della Performance, in qualità di obiettivi organizzativi ed individuali, correlati di indicatori, assegnati alle strutture ed ai loro 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 2020 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 2020 al quale è collegata parte della retribuzione di risultato.

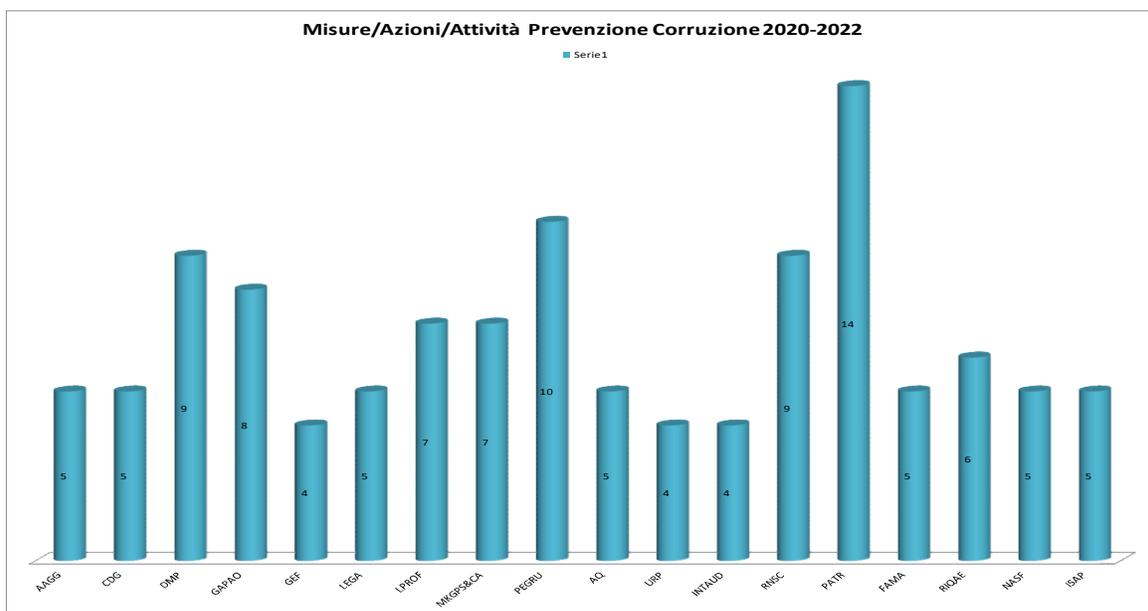
Con il PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) 2020 – 2022 l'AOUP ha programmato le azioni e misure di prevenzione per il triennio 2020-2022 nonché gli obiettivi per implementare la trasparenza.

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 2020 dall'Azienda trovano di seguito una rappresentazione di sintesi.

Area	Struttura/Soggetto Responsabile dell'Attuazione	Misure / Attività / Azioni	Scadenze	Scadenze	Target 2020
(A) Acquisizione e progressione e gestione del personale - incarichi e nomine	UO PEGRU - UPD	Inserimento nel format qualità del regolamento disciplinare per il Personale Dirigente		2020-12-31	SI
	UO RNSC	Flusso informativo sull'andamento lavori di realizzazione del Nuovo Santa Chiara	2020-06-30	2020-12-31	SI
(B) Contratti pubblici (prima affidamento lavori, servizi e forniture)	UO RNSC	Flusso informativo relativo al Protocollo di vigilanza con ANAC concernente la realizzazione Nuovo Santa Chiara	2020-06-30	2020-12-31	SI
	UO RNSC	Report relativo ai verbali negativi della direzione dei lavori non relativi ai lavori dell'appalto del "Nuovo Santa Chiara"		2020-12-31	SI
	UO RNSC	Report relativo ai verbali negativi del collaudatore non relativi ai lavori dell'appalto del "Nuovo Santa Chiara"		2020-12-31	SI
	UO RNSC	Monitoraggio sul rispetto dei tempi previsti per la consegna dei progetti con esito negativo al processo di validazione non relativi ai lavori dell'appalto del "Nuovo Santa Chiara"		2020-12-31	SI
	UO RIQAE	Report relativo alla % di compilazione del registro di contabilità in modo difforme dal contratto per gli interventi di ristrutturazione degli edifici		2020-12-31	SI
	UO RIQAE	Verifica sulla presenza di personale autorizzato nei cantieri attraverso la redazione di un verbale semestrale da inviare annualmente non relativo ai lavori dell'appalto del "Nuovo Santa Chiara"		2020-12-31	SI
	UO FAMA	Individuazione delle difformità rilevate e delle eventuali penali applicate nelle liquidazioni relative ai contratti di servizio superiori ad € 100.000,00		2020-12-31	SI
	UO PATR	Autocertificazione su idonea modulistica di insussistenza precedenti penali degli aggiudicatari e , a campione , degli iscritti all'elenco fornitori		2020-12-31	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		2020-12-31	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 data di scadenza		2020-12-31	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, CONSIP e centrali di committenza		2020-12-31	SI
	UO PATR	Favorire, 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		2020-12-31	SI
	UO PATR	Regolamento nel format qualità relativo all'Alienazione dei beni immobili		2020-12-31	SI
	UO PATR	Regolamento per la concessione di spazi per attività commerciali e pubblicitarie		2020-12-31	SI
UO PATR	Report delle riscossioni delle fatture relative a servizi attivi a fine anno		2020-12-31	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		2020-12-31	SI	
UO PATR	Regolamento per la vendita di beni fuori uso		2020-12-31	SI	
(E) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	UO GAPAO	Revisione della PA 127 : Riscossione e gestione incassi da prestazioni di Pronto Soccorso da prestazioni Branca "K"		2020-12-31	SI
	UO MKGPS&CA	Attestazione relativa a donazioni accettate dall'azienda con la distinzione tra accettazione di beni mobili e somme di denaro.		2020-12-31	SI
(F) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	TUTTI	Pubblicazione e aggiornamento dei dati di propria competenza oggetto di obbligo di pubblicazione ex dlgs 33/2013		2020-12-31	SI
	TUTTI	Diffusione all'interno della propria struttura del DOA n.09 "POLICY SULLA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI NELLE ATTIVITA' DELL'AOUP"		2020-12-31	SI
	TUTTI	Diffusione all'interno della propria struttura del Regolamento Aziendale RA 39 "CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO DELL'AOUP"		2020-12-31	SI
	UO GEF UO LPROF UO	Diffusione all'interno della propria struttura del Regolamento Aziendale RA 40 "CONTRASTO AI FENOMENI DI RICICLAGGIO E DI FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO"		2020-12-31	SI
	UO PEGRU	Rendicontazione delle eventuali rotazioni effettuate		2020-12-31	SI
	UO PEGRU	Inserimento della clausola Pantouflage , ex art. 53, comma 16-ter dlgs n. 165/01, nei contratti di attribuzione di incarichi conferiti a partire dall'anno 2020		2020-12-31	SI
	UO PEGRU	Sottoscrizione di un documento contenente la clausola Pantouflage da parte dei dipendenti cessati, a partire dai cessati nel 2020, ricompresi dall'ipotesi dell' art.53 comma 16		2020-12-31	SI
	UO PEGRU	Verifica svolgimento attività extraistituzionali al di fuori dell'orario di lavoro		2020-12-31	SI
	UO PEGRU	Operatività del "Regolamento per la disciplina incarichi esterni occasionali prestatati dal personale dipendente"		2020-12-31	SI
	UO AAGG	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità, incompatibilità per incarichi DA e DS		2020-12-31	SI
	UO URP	Trasmissione a RPCT di segnalazioni o reclami ricevuti aventi ad oggetto casi di corruzione, conflitto di interessi o illegalità		2020-12-31	SI
	UO CDG	Recepimento delle misure di prevenzione della corruzione del PTPTC nel Piano della Performance per la corresponsione della retribuzione di risultato		2020-12-31	SI
	UO CDG	Trasparenza degli esiti degli obiettivi di budget		2020-12-31	SI
	UO AQ	Richiamo all'aggiornamento documentazione amministrativa di prossima scadenza		2020-12-31	SI
	UO AQ	Resoconto a RPCT della documentazione da aggiornare nell'anno successivo		2020-10-31	SI
	UO DMP	Controlli nel settore dei Rifiuti Sanitari		2020-12-31	SI
	UO PEGRU	Controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio		2020-12-31	SI
UO IA INTAUD	Adozione modulo assenza conflitto di interessi su tutti gli audit		2019-12-31	SI	
UO GAPAO	Report contenente il numero di errori relativo alla procedura di accettazione al Pronto Soccorso	2020-06-30	2020-12-31	SI	
UO GAPAO	Relazione concernente verifiche a campione effettuate sulle anomalie riscontrate sull'attività di riscossione dei Ticket		2020-12-31	SI	
UO AAGG	Pubblicazione su apposita sezione del sito dell'elenco delle convenzioni sottoscritte dall'Azienda per formalizzare la propria partecipazione a bandi, programmi, progetti di ricerca		2020-12-31	SI	
NASF	Predisposizione in format qualità della procedura aziendale Acquisizione farmaci, Dispositivi medici,Diagnostici: Gestione Diretta e Gestione a MAV / ESTAR		2020-12-31	SI	
NASF	Predisposizione in format qualità della procedura aziendale relativa alla Gestione Forniture in Service		2020-12-31	SI	
NASF	Acquisizione della modulistica di assenza di conflitto di interessi dei RES e dei DEC (ove presenti) per ciascun contratto		2020-12-31	SI	
NASF	Pubblicazione dei Comodati gratuiti		2020-12-31	SI	
(G) Affari legali e contenzioso	UO LEGA	Resoconto sugli affidamenti di incarichi a legali esterni		2020-12-31	SI
	UO LEGA	Formazione albo aziendale contenente nominativi di legali esterni per affidamento incarichi professionali		2020-12-31	SI
(H) Attività libero professionale e liste di attesa	UO GAPAO	Predisposizione di procedura aziendale relativa alle prenotazioni di prestazioni ambulatoriali in Regime Istituzionale		2020-12-31	SI
	UO GAPAO	Relazione concernente il numero di prenotazioni ambulatoriali in regime istituzionale mancanti di relativa impegnativa	2020-06-30	2020-12-31	SI
	UO LPROF	Monitoraggio, anche a campione, anomalie tra agenda prenotazioni libera professione ambulatoriale/prestazioni erogate/pagamenti		2020-12-31	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		2020-12-31	SI
	UO LPROF	Verifica della corrispondenza degli incassi comunicati dalla U.O. GEF con lo svolgimento di attività libero professionale autorizzata		2020-12-31	SI
	DMP	Formalizzazione nel format qualità della procedura relativa alle modalità organizzative ed operative per la richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie presso altra azienda in favore di patient		2020-12-31	SI
	DMP	Predisposizione in bozza di documento in manuale qualità relativo alla richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie da parte di AOUP a favore di out patient		2020-12-31	SI
UO ISAP	Report per la segnalazione delle non conformità riscontrate sul rispetto dei tempi d'attesa nell'erogazione delle prestazioni relative alle casistiche delle patologie ricomprese nel PNGLA (Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa)		2020-12-31	SI	
UO ISAP	Segnalazioni sull'esistenza di anomalie sul corretto utilizzo dei percorsi preoperatori per pazienti che si sottopongono a prestazioni sanitarie di chirurgia elettiva		2020-12-31	SI	
(M) Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	UO MKGPS&CA	Regolamento per sperimentazioni cliniche in AOUP nel format qualità		2021-12-31	NO
	UO	Pubblicazione relativa a sponsorizzazioni ricevute		2020-12-31	SI
	UO DMP	Attuazione regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dei dispositivi medici		2020-12-31	SI
(N) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	UO DMP	Trasmissione a RPC di reportistica sulle eventuali anomalie riscontrate nell'ambito della T. 07/P.A. 39 "Gestione del decesso nosocomiale"		2020-12-31	SI

Nota: Le tabelle esposte rappresentano un estratto del documento DPA1 e fanno riferimento alla sola annualità 2020

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00  Pag. 54 di 56</p>
---	--	---

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

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

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

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

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

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

I risultati della valutazione della performance organizzativa aziendale sono riportati:

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

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

<p style="text-align: center;"><b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE</b> <b>PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022</b> <b>ANNO 2020</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>D.P.A. 02</b> Rev 00 Pag. 55 di 56</p>
---	--	--

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 "[Disposizioni Generali](#)" 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 2020 – 2022 dell'AOUP è scaricabile nella sottosezione "[Piano Triennale per prevenzione della corruzione e della trasparenza](#)";
- gli esiti del processo di valutazione della performance organizzativa dell'azienda nel suo complesso risultanti nella relazione sulla performance, validata dall'OIV, e nel bersaglio, un sistema di rappresentazione dei risultati raggiunti su una serie di indicatori elaborati dal MES (Laboratorio management e sanità della Scuola Superiore S.Anna), entrambi pubblicati nella sottosezione "[Relazione sulla Performance](#)";
- gli esiti del processo di valutazione della performance organizzativa delle articolazioni organizzative aziendali, validato dall'OIV, ovvero i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati in sede di budget, pubblicati anch'essi nella sottosezione [Relazione sulla Performance](#);
- i regolamenti sui sistemi di valutazione della performance del personale che sono reperibili nella sottosezione "[Sistemi di valutazione e misurazione della performance](#)" e, i dati, aggregati per categorie di personale, relativi alla distribuzione dei premi di produttività, visibili nella sottosezione "[Dati e premi](#)";

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE AZIENDALE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020-2022 ANNO 2020</b>	<b>D.P.A. 02 Rev 00 Pag. 56 di 56</b>
------------------------------------	---	---

### IL CICLO DELLA PERFORMANCE IN AOUP

FASI	ATTORI
<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>Negoziare 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 □ Direzione Scheda valutazione Direttori di UO e SOD □ Direttore DAI Scheda valutazione dirigenti □ Direttore UO/SOD di afferenza Scheda valutazione coordinatori □ Referenti Dipartimento Scheda valutazione personale sanitario □ Coordinatori Scheda Valutazione personale amministrativo □ Referenti Dipartimento Scheda Valutazione personale amministrativo nei DAI □ 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