



PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021

(con pianificazione anno 2019)

31 gennaio 2019

INDICE

1. INTRODUZIONE	2
2. INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER	2
2.1. CHI SIAMO.....	2
2.2. COSA FACCIAMO	5
2.3. COME OPERIAMO	5
2.3.1. <i>Come operiamo</i>	6
2.4. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO	7
2.4.1. <i>L'azienda in "cifre"</i>	7
2.4.2. <i>Il contesto interno</i>	12
2.4.3. <i>Il contesto esterno</i>	14
2.4.4. <i>Analisi della Performance 2017</i>	14
3. AREE ED OBIETTIVI STRATEGICI 2018-2020	15
3.1. ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	15
3.2. GLI OBIETTIVI STRATEGICI 2019-2020	17
3.2.1. <i>Il Piano di Area Vasta</i>	18
3.2.2. <i>Principali linee di indirizzo strategico aziendali</i>	19
4. PROCESSO DI GESTIONE DEL CICLO DELLE PERFORMANCE	21
4.1. GLI INDIRIZZI REGIONALI PER L'ANNO 2019	22
4.1.1. <i>Indicatori di sistema</i>	22
4.1.2. <i>Cronicità</i>	24
4.1.3. <i>Oncologia</i>	25
4.1.4. <i>Tempi di attesa</i>	25
4.1.5. <i>Salute mentale</i>	25
4.1.6. <i>Farmaceutica</i>	26
4.1.7. <i>Esiti</i>	26
4.1.8. <i>Ricerca</i>	26
4.1.9. <i>Fine vita</i>	27
4.2. IL PROGRAMMA OPERATIVO 2019: DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI	27
4.3. OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE. OBIETTIVI INDIVIDUALI	31
4.4. INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	33

1. INTRODUZIONE

L'art. 10 comma 1 del d.lgs 150/2009 *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni."* ha disposto che al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale è necessario predisporre un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance tramite il quale presentare gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi con i relativi indicatori di misurazione.

Trattasi di uno strumento di "trasparenza" dell'ente in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, in coerenza a quanto previsto dal D.Lgs 150/2009, dal DPR 105/2016 e dal D.Lgs 74/2017.

Il Piano viene redatto di concerto con gli altri atti di programmazione quali il Bilancio di Previsione annuale e pluriennale e il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Questo Piano della Performance è un atto di programmazione triennale con pianificazione delle attività per l'anno 2019.

2. INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER

2.1. Chi siamo

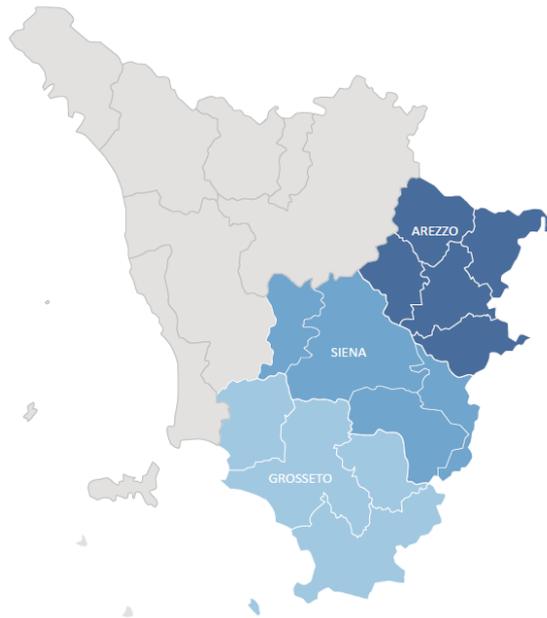
L'Azienda Usl Toscana Sud Est è nata a partire dal 01/01/2016 dalla fusione di 3 Asl della Toscana, ovvero quelle di Arezzo, Siena e Grosseto, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015 *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40 /2005"*.

L'azienda assume la denominazione di "Azienda Unità sanitaria Locale Toscana Sud Est", ha sede legale in Arezzo, in Via Curtatone n. 54, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Le sedi operative dell'Azienda sono stabilite come segue:

- Sede Operativa Arezzo Via Curtatone 54 – Arezzo
- Sede Operativa Siena Piazza Rosselli 26 – Siena

- Sede Operativa Grosseto Via Cimabue 109 – Grosseto



Sono Organi dell’Azienda USL Toscana Sud Est il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell’Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell’Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell’Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Sociali, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell’attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l’apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all’appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione.

Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell’attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell’adozione degli atti di governo clinico dell’Azienda.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore sanitario con periodicità, di norma, mensile ed è composto da: - il Direttore sanitario, che lo presiede; - i Vice Presidenti del Consiglio dei sanitari; - i Direttori dei dipartimenti; - i Direttori infermieristico e tecnico sanitario; - un Medico di medicina generale eletto fra i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali e un pediatra di libera scelta eletto dal Comitato aziendale della Pediatria di libera scelta. - i Direttori delle Società della Salute o delle Zone-Distretto, coadiuvati da un Coordinatore sanitario e da un Coordinatore socio-sanitario;- i Direttori dei presidi ospedalieri.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Sociali, i Direttori di Zona-Distretto, il Direttore di Rete Ospedaliera compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza con quanto previsto dal piano di area vasta elaborato d'intesa con la Direzione della Programmazione di Area Vasta e dalla pianificazione regionale in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda.

L'Azienda, per una costante verifica e monitoraggio della propria attività complessiva, si dota di idonei strumenti di controllo avvalendosi allo scopo delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di verifica del raggiungimento degli obiettivi strategici anche in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali.

Il Sistema di budget e Controllo di Gestione è deputato alla verifica dell'attuazione della programmazione operativa di breve periodo ed annuale e dell'efficacia, efficienza ed economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti.

Il sistema, in particolare: - supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi strategici definiti dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale; supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi annuali definiti dalla programmazione operativa; - supporta i Direttori delle strutture organizzative funzionali di livello generale nella gestione del processo di budget; - fornisce le informazioni di base necessarie ai Dirigenti responsabili per valutare la compatibilità e congruenza tra piani di attività finalizzati agli obiettivi di salute e risorse richieste, al fine di permettere interventi di correzione.

2.2. Cosa facciamo

Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Sud Est si articolano in 3 Livelli di Assistenza: Prevenzione Collettiva, Territoriale ed Ospedaliera.

I tre livelli sono gestiti dal punto di vista delle Performance con la declinazione degli Obiettivi strategici in Obiettivi operativi ed Indicatori, assegnati nel budget annuale, attraverso i quali l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

2.3. Come operiamo

L'Azienda garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale.

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali in cui si concentrano le competenze professionali e le risorse finalizzate all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari mediante produzione di prestazioni e allo svolgimento di funzioni tecnico amministrative e di committenza.

Le strutture organizzative professionali sono strutture monoprofessionali che si identificano nelle Aree Omogenee dipartimentali e nelle Reti professionali che si caratterizzano come strutture di coordinamento tecnico – professionale delle unità organizzative afferenti e nei Dipartimenti di coordinamento tecnico-scientifico.

Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività. Sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi. Sono strutture organizzative funzionali:

- Zone Distretto
- Presidi Ospedalieri
- Staff delle Direzione Aziendale e Sanitaria
- Aree di Staff
- Dipartimenti ospedalieri e delle professioni
- Dipartimento della Prevenzione
- Aree Funzionali Dipartimentali
- Unità Funzionali
- Dipartimenti amministrativi e tecnico

2.3.1. Come operiamo

La missione strategica si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale;

al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività socio-sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

L'Azienda concorre, nell'ambito della specificità del proprio ruolo e delle proprie competenze, allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale e a tale scopo opera a livello interaziendale nell'ambito del proprio territorio, sulla base dei piani elaborati d'intesa con la Direzione della Programmazione dell'Area Vasta Sud Est ed in costante relazione con l'Azienda Ospedaliera di riferimento. L'Area Vasta rappresenta la dimensione territoriale ottimale per la realizzazione della programmazione strategica regionale al fine di perseguire

l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

L'Azienda concorre alla dimensione di rete anche per le funzioni tecniche, amministrative e di supporto attivando le necessarie relazioni con l'Ente regionale amministrativo competente.

Nel rispetto del quadro normativo di riferimento e in coerenza con gli indirizzi regionali, l'Azienda riconosce nella Società della Salute uno strumento utile ad esercitare l'indirizzo o il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale con criteri di prossimità.

2.4. Analisi del contesto interno ed esterno

2.4.1. L'azienda in "cifre"

L'Area Vasta Sud Est si estende per una superficie di 11.557 Km², pari alla metà della superficie regionale.

L'ambito territoriale dell'Azienda comprende i territori dei 103 comuni delle ex Aziende di Arezzo, Siena e Grosseto ed è articolato in Zone Distretto .

La popolazione residente al 01/01/2018, fonte Istat, è 833.634 unità, così ripartita:

Ambito Res	Zona Res	Femmina	Maschio	Totale complessivo
Prov. Siena	Zona dell'Alta Val d'Elsa	32.389	30.854	63.243
	Zona Senese	66.076	60.472	126.548
	Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	40.710	37.509	78.219
Prov. Siena Totale		139.175	128.835	268.010
Prov. Arezzo	Zona della Val di Chiana Aretina	26.578	25.162	51.740
	Zona del Valdarno	48.894	46.534	95.428
	Zona Aretina - Casentino - Valtiberina	100.878	95.403	196.281
Prov. Arezzo Totale		176.350	167.099	343.449
Prov. Grosseto	Zona delle Colline dell'Albegna	26.225	24.417	50.642
	Zona Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	88.819	82.714	171.533
Prov. Grosseto Totale		115.044	107.131	222.175
Totale complessivo		430.569	403.065	833.634

La densità abitativa dell'Area è molto inferiore alla media regionale: 72 abitanti per Km² rispetto ai 163 del valore medio regionale.

Complessivamente la popolazione della USL Toscana sud est fa registrare, per il quarto anno consecutivo, un saldo totale (saldo naturale+saldo migratorio) negativo: negli ultimi quattro anni nonostante i flussi migratori è come se si fosse completamente spopolato un comune di 9.000 abitanti.

Se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età superiore a 64 anni, superiore alla media regionale: una persona su quattro ha più di sessantacinque anni e il 4% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre). All'interno della USL Sud Est, le Zone dove la proporzione di popolazione anziana è maggiore sono l'Amiata Grossetana (30%), l'Amiata Senese e Val d'Orcia, le Colline Metallifere, le Colline dell'Albegna e la Val Tiberina (28%).

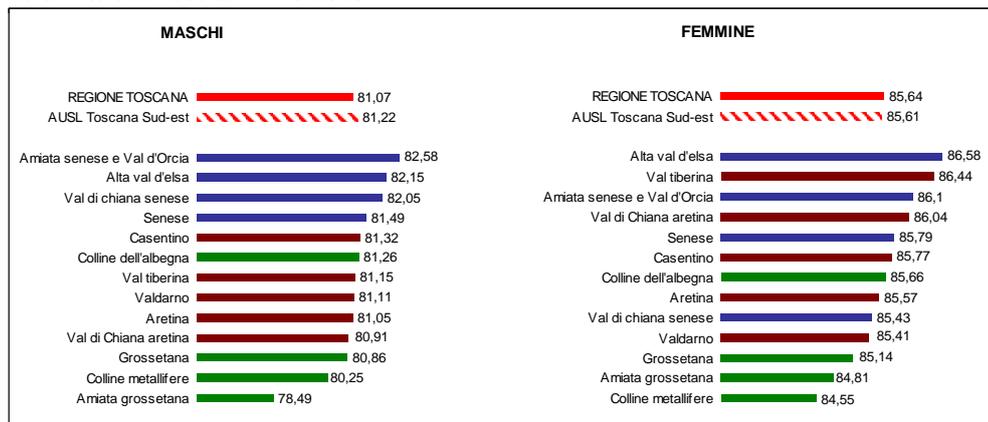
Molto marcato in questa USL, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2017 il tasso di natalità è sceso a 6,8 nati per 1.000 abitanti; valori particolarmente bassi si osservano nelle zone della provincia grossetana, in particolare nell'Amiata Grossetana (4,7) e nelle Colline dell'Albegna (5,5), i più elevati nell'Alta Val d'Elsa (7,5), nella Valdichiana Aretina e nel Valdarno (7,4).

Il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante (nel 2017 i residenti di cittadinanza estera sono il 10,7% della popolazione), tra i residenti nella AUSL Toscana sud est infatti il 19% nei nati ha entrambi i genitori di cittadinanza estera e in una zona a bassissima natalità come l'Amiata Grossetana raggiungono il 34%.

Per i principali indicatori dello stato di salute, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la USL Sud Est, si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale). Tuttavia, all'interno dell'area, le differenze intra territoriali non sono trascurabili: i residenti nelle Zone senesi e aretine godono mediamente di parametri di salute migliori della media regionale, mentre quelli delle zone grossetane hanno parametri di salute peggiori.

Queste differenze sono ben sintetizzate dalla speranza di vita alla nascita (Figura1): le zone in cui i parametri di salute sono mediamente peggiori (Colline dell'Albegna e Colline Metallifere), in entrambi i sessi, fanno registrare un'attesa di vita alla nascita inferiore di oltre due anni rispetto alle zone con i parametri di salute migliori.

Figura 1 – Speranza di vita alla nascita. Anno 2015



Nell'Azienda sono presenti **13 stabilimenti ospedalieri** accorpati in **6 P.O.**:

Presidio Ospedaliero "Ospedali riuniti di Arezzo":

- Ospedale San Donato Arezzo - Arezzo
- Ospedale Civile del Casentino - Bibbiena
- Ospedale Val Tiberina - Sansepolcro

Presidio Ospedaliero "Valdarno":

- Ospedale del Valdarno - Montevarchi

Presidio Ospedaliero "Valdichiana ed Amiata Senese":

- Ospedale Riuniti della Valdichiana Senese - Montepulciano
- Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita - Cortona
- Ospedale Amiata Senese – Abbadia S.Salvatore

Presidio Ospedaliero "Colline dell'Albegna":

- Ospedale San Giovanni di Dio - Orbetello
- Ospedale Petruccioli - Pitigliano

Presidio Ospedaliero "Area Grossetana, Colline Metallifere ed Amiata Grossetano":

- Ospedale Civile - Castel del Piano
- Ospedale Misericordia – Grosseto
- Ospedale S.Andrea - Massa Marittima

Presidio Ospedaliero “Val d’Elsa”:

- Ospedale Alta Val d’Elsa – Poggibonsi

La dotazione di posti letto (Ricovero Ordinario, Day Hospital e Day Surgery) è quella sotto riportata

Stabilimento	TOTALE (escluso nido)
OSPEDALE VALDICHIANA S.MARGHERITA	73
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	407
OSPEDALE DEL CASENTINO	61
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	150
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	59
TOTALE PROVINCIA AREZZO	750
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	150
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	148
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	26
SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA c/o AO Siena	8
TOTALE PROVINCIA SIENA	332
OSPEDALE MASSA MARITTIMA	64
OSPEDALE ORBETELLO	66
OSPEDALE PITIGLIANO	24
OSPEDALE CASTEL DEL PIANO	36
OSPEDALE GROSSETO	352
TOTALE PROVINCIA GROSSETO	542
TOTALE POSTI LETTO PUBBLICI	1.624

Fonte HSP12 2018

Nell’Area di competenza della Ausl sono presenti **3** Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di 228 ppII, più una struttura sede di un centro riabilitativo in partnership con 53 ppII (fonte HSP12 e 13).

Per quanto riguarda la **rete socio sanitaria Territoriale** nell'Azienda sono presenti 8 Distretti Zona/Società della Salute, con 20 Case della Salute, e 31 AFT - Aggregazioni funzionali territoriali.



E' attiva 1 Centrale della Cronicità e 13 ACOT -Agenzia per la continuità Ospedale Territorio, per garantire una funzionante rete fra ospedale e territorio.

Tale rete si avvale anche di 41 posti letto di MO.DI.CA, di 122 di Ospedale di Comunità, di 35 di Hospice e 29 di ex art. 26.

Sono inoltre presenti nel territorio aziendale 90 RSA con moduli base, motorio, cognitivo e stato vegetativo.

I dipendenti totali al 31/12/2018, suddivisi in tempo determinato e indeterminato, sono:

ambito	TD	TI	Totale complessivo
AR	126	3.589	3.715
GR	116	2.837	2.953
SI	84	2.250	2.334
Totale	326	8.677	9.003

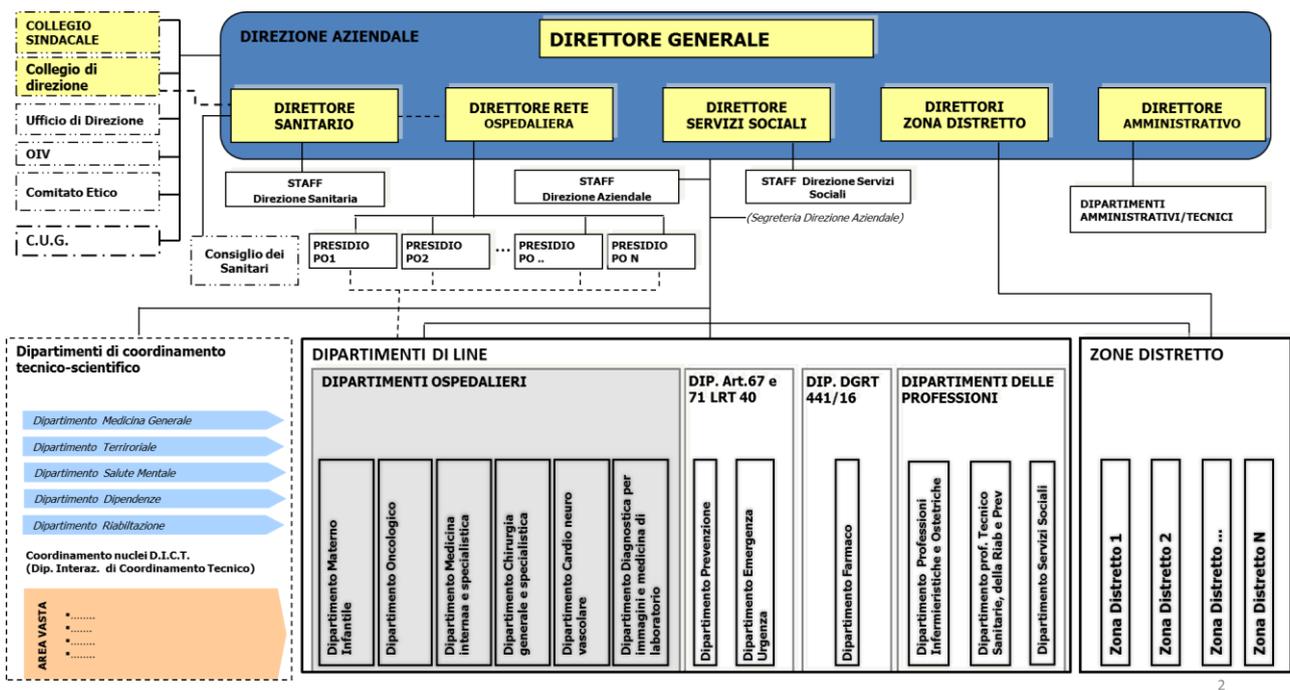
Relativamente al personale convenzionato, l'Azienda opera mediante:

- 597 medici di medicina generale
- 97 pediatri di libera scelta
- 185 medici titolari per la continuità assistenziale
- 79 medici titolari per l'emergenza sanitaria territoriale
- 346 specialisti ambulatoriali a tempo determinato e indeterminato

2.4.2. Il contesto interno

Nell'ottica del Piano delle Performance fondamentale è la dimensione "organizzazione" che comprende l'organigramma, cioè l'individuazione delle responsabilità (centri di responsabilità) ai quali affidare gli obiettivi per realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

L'azienda presenta il seguente organigramma:



L'Azienda USL Toscana Sud Est garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale.

Le strutture organizzative professionali sono strutture monoprofessionali che si identificano nelle Aree Omogenee dipartimentali e nelle Reti professionali che si caratterizzano come strutture di coordinamento

tecnico – professionale delle unità organizzative afferenti e nei Dipartimenti di coordinamento tecnico-scientifico.

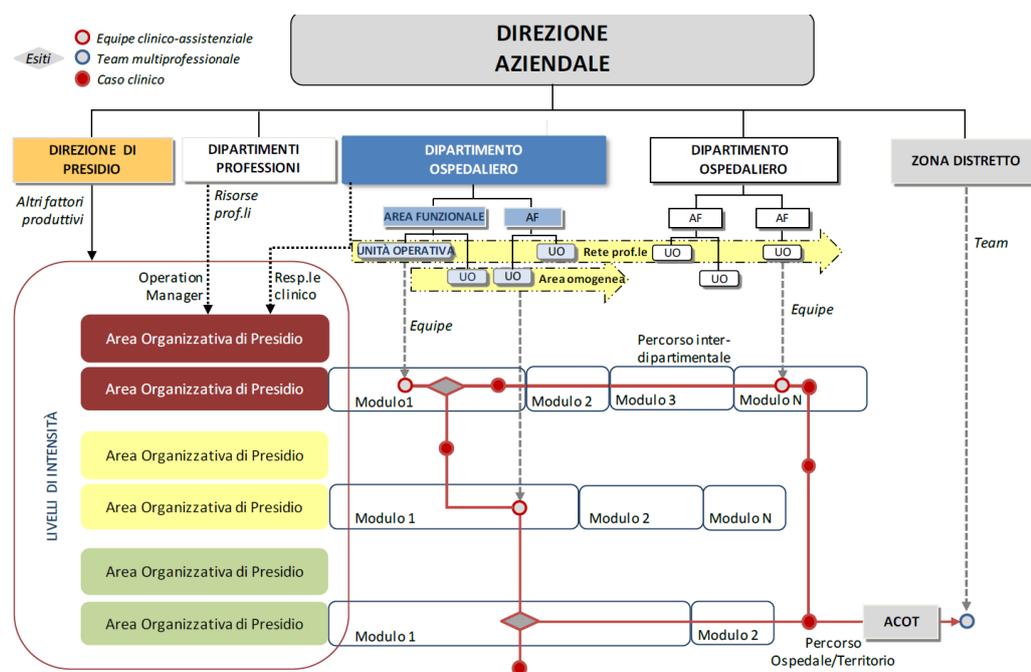
Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività. Sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi. *Sono strutture organizzative funzionali:*

- Zone Distretto
- Presidi Ospedalieri
- Staff della Direzione Aziendale e Sanitaria
- Aree di Staff
- Dipartimenti ospedalieri
- Dipartimenti delle professioni
- Dipartimento della Prevenzione
- Aree funzionali Dipartimentali
- Unità Funzionali
- Dipartimenti amministrativi e tecnico

A completare l'organizzazione aziendale, nel mese di Novembre 2018 con Delib.1209/2018 sono state istituite le *Aree Organizzative di Presidio* che rappresentano una vera e propria innovazione organizzativa che andrà a regime nell'anno 2019.

Considerato che l'azienda governa 13 stabilimenti ospedalieri e che i Dipartimenti clinici raggruppano unità operative collocate nei diversi stabilimenti, si rende necessario allocare alcune funzioni di gestione operativa a livello di singolo stabilimento. Le infrastrutture e le risorse dello Stabilimento Ospedaliero sono quindi organizzate in Aree Organizzative di Presidio, che aggregano più Moduli Assistenziali al fine di assicurare una programmazione e gestione condivisa, coordinata e razionale delle risorse.

Le Aree Organizzative di Presidio sono titolari di scheda budget.



2.4.3. Il contesto esterno

La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione Toscana, in coerenza con gli strumenti della programmazione nazionale, è articolata su due livelli, regionale e locale.

Sono strumenti della programmazione regionale:

- il piano sanitario e sociale integrato regionale ed i relativi strumenti di attuazione (PSSIR);
- gli atti di programmazione di area vasta;
- gli atti della programmazione della rete pediatrica regionale;
- l'atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.

Sono strumenti della programmazione locale:

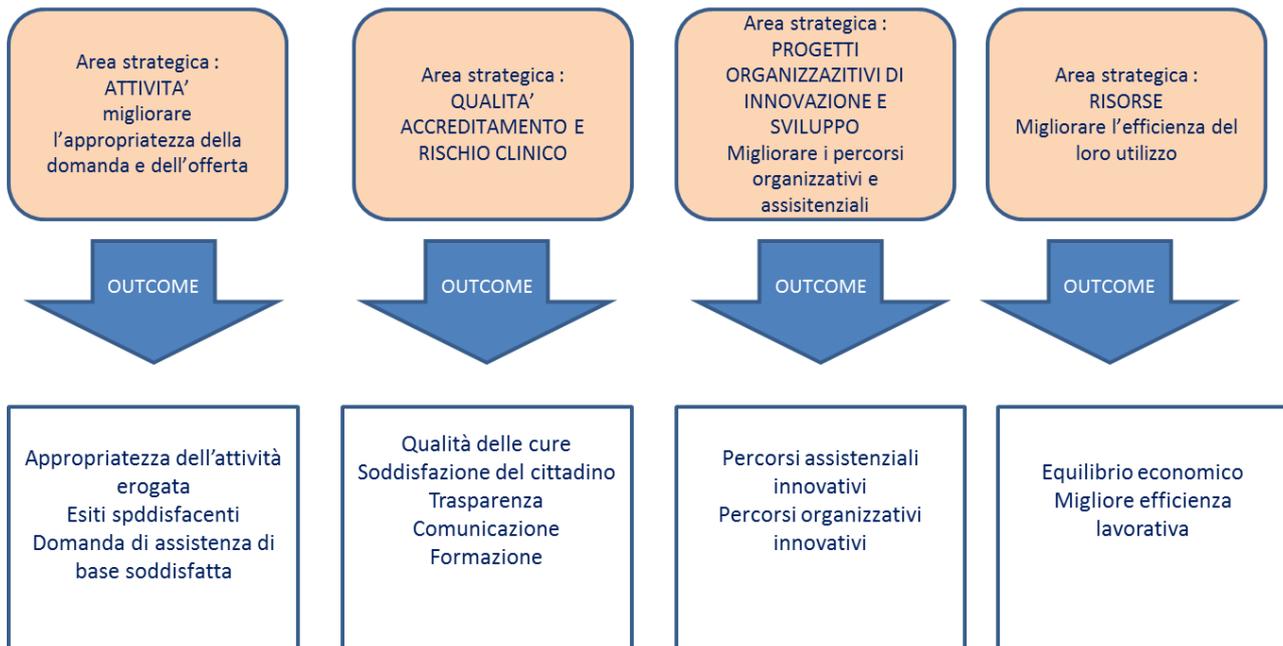
- i piani integrati di salute (PIS);
- i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali (PAL);
- i piani attuativi delle aziende ospedaliero – universitarie (PAO);
- i piani di inclusione zonale (PIZ)
- le intese e gli accordi stipulati in attuazione degli strumenti;
- il sistema annuale di budget aziendale, in linea con gli obiettivi definiti con l'atto regionale e gli altri documenti di programmazione.

2.4.4. Analisi della Performance 2017

Il contesto sanitario è per sua natura complesso e per poter monitorare e valutare i risultati ottenuti è oramai consolidata la necessità di disporre di un sistema multidimensionale di valutazione. Per misurare la capacità di ogni Azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita, il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato il Sistema di Valutazione della Performance ad oggi attivo in tutte le Aziende Sanitarie della Toscana (c.d. Bersaglio MeS). Gli obiettivi definiti a livello regionale, che vengono quindi rappresentati con il cosiddetto Bersaglio sono parte integrante della programmazione operativa aziendale. Qui di seguito gli ultimi risultati disponibili, non essendo ancora completata la valutazione della performance 2018

Mission: *tutelare e promuovere la salute dei cittadini presenti nel territorio di riferimento*

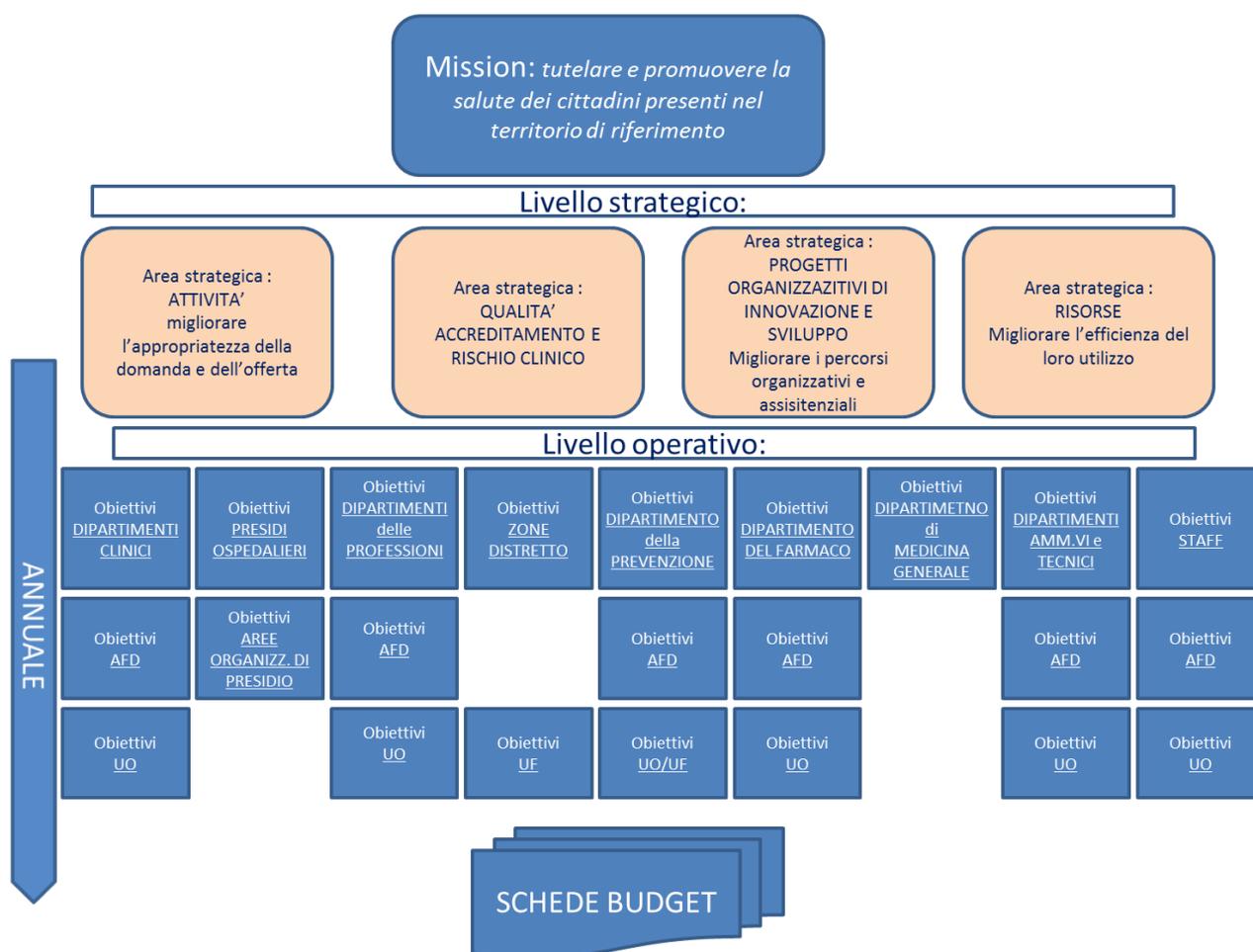
Livello strategico:



Attraverso la declinazione delle aree strategiche in obiettivi ed indicatori, assegnati nel budget annuale, l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

Le misure annuali di tali obiettivi sono definite nel budget e saranno rendicontate nell'ambito della Relazione sulla Performance.

Gli obiettivi aziendali, ovviamente, riprendono gli obiettivi regionali gli obiettivi di Area Vasta e tutti gli obiettivi degli altri atti di programmazione, declinandoli all'interno del sistema di budget per Centro di Responsabilità.



Attraverso l'albero della performance intendiamo rappresentare, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

Una delle aree strategiche, quella più direttamente di tipo economico-finanziario, comprende le principali dimensioni rappresentate nel Bilancio relative a consumi di beni e servizi, ed è quindi il naturale collegamento tra obiettivi di bilancio e le altre dimensioni strategiche ed operative aziendali.

3.2. Gli obiettivi strategici 2019-2020

In seguito al generale intervento di riordino del sistema sanitario regionale, avvenuto a successivamente all'approvazione della legge regionale n.28, 16 marzo 2015 e della successiva legge regionale del 29 dicembre 2015, n.84 che ha modificato sostanzialmente la legge regionale n.40/2005, nel sistema sanitario così nuovamente definito, in stretto rapporto con la figura del direttore generale delle aziende USL e del

direttore generale delle aziende ospedaliero-universitarie, è stata istituita a decorrere dal 1° gennaio 2016, al fine di garantire l'attuazione della programmazione strategica regionale, la nuova figura del Direttore per la Programmazione di Area Vasta.

La suddetta legge regionale n.40/2005 modificata, secondo quanto disposto dal comma 11 dell'articolo 9 bis e dal comma 7 bis dell'articolo 37, prevede che l'operato del direttore per la programmazione di area vasta e del direttore generale delle aziende sanitarie è valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione.

Inoltre è ormai consolidato e prosegue il sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane, disposto dalla deliberazione della Giunta regionale n.486 del 29.03.2005 e realizzato nell'ambito del protocollo d'intesa stipulato tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore S.Anna di Pisa, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n.713 del 20.07.2004, attraverso il quale è stato costituito il Laboratorio Management & Sanità.

3.2.1. Il Piano di Area Vasta

Il principale obiettivo della Programmazione di Area Vasta (DGR n.1047 del 25/10/2016), da perseguire nel triennio ed in particolare nell'anno 2019, è quello di creare un modello strutturato ed omogeneo di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale a livello di Area Vasta.

In particolare:

1. definire percorsi comuni ed integrati per professionisti ed utenti;
2. migliorare l'efficienza organizzativa a livello di area vasta;
3. garantire offerta adeguata ai fabbisogni;
4. organizzare percorsi integrati ed omogenei di assistenza territoriale.

Per il raggiungimento di tutto ciò, sono stati individuati i seguenti tre macro progetti:

1. Modello organizzativo ospedaliero:

- definizione dei livelli di attività per singolo ospedale;
- definizione dei modelli organizzativi per tipologia di ospedale;
- creazione principi guida per l'utilizzo delle risorse professionali per singola tipologia di ospedale;
- ottimizzazione risorse economiche;
- miglioramento dell'offerta di servizi agli utenti;
- ottimizzazione utilizzo risorse professionali, anche in ottica di accrescimento delle competenze e dell'esperienza.

2. Integrazione ospedale-territorio e implementazione della centrale per la gestione della cronicità:

- definizione degli indicatori e delle informazioni per sviluppare analisi predittive sul fabbisogno;
- definizione delle modalità di analisi dell'offerta rapportata al fabbisogno anche su base storica/statistica per fornire elementi per programmare la politica sanitaria e le scelte organizzative interne e/o convenzionamenti.

3. Analisi strutturata dei percorsi chirurgici con definizione di:

- tipologia degli obiettivi che si intende raggiungere;
- analisi del contesto ed individuazione delle criticità da risolvere per consentire il raggiungimento degli obiettivi stessi;
- definizione di un piano di attuazione delle azioni individuate secondo logiche di priorità di intervento e tenuto conto delle esigenze interne e dei contesti esterni.

3.2.2. Principali linee di indirizzo strategico aziendali

La programmazione prevista nel triennio veda l'Azienda, in continuità con gli anni precedenti, continuare a lavorare sui seguenti ambiti:

- Sviluppo reti cliniche integrate e strutturate
- Costruzione della rete fra gli ospedali
- Il Sistema informativo abilitante
- La rete dell'emergenza urgenza
- La prevenzione e promozione alla salute
- Attività specialistica e tempi di attesa
- Attenzione agli esiti (PNE)
- Il rispetto dei nuovi LEA
- La comunicazione ed il people management
- La Formazione
- Il nuovo ruolo del Sistema Amministrativo e tecnico

In particolare proseguirà il progetto denominato “**reti cliniche integrate e strutturate**”, in cui si sta delineando una nuova modalità di funzionamento dei rapporti tra ospedale e territorio. Partendo dal nucleo dell'AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) della Medicina Generale che rappresenta un'aggregazione monoprofessionale si crea una comunità di pratica che vede specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, professioni sanitarie e sociali, medici di comunità, identificati nominalmente, organizzati per prendere in cura cluster di pazienti cronici.

Per realizzare questo tipo di intervento, gli ospedali della rete stanno riorganizzando la propria offerta ambulatoriale, favorendo lo sviluppo dei day-services, soprattutto sulle patologie croniche scelte, e garantiscono, attraverso la centrale di cronicità aziendale e le ACOT Zonali la continuità delle cure sia mediante ammissioni programmate che dimissioni pianificate, in una logica di flusso bidirezionale tra ospedale e territorio.

Per far ciò, si utilizzano appropriatamente i diversi luoghi di cura, graduati secondo livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale.

All'interno della **rete ospedaliera**, si continueranno a portare avanti le azioni già programmate ed in parte avviate:

1. Garantire l'indice di copertura congruo rispetto il fabbisogno dei residenti eliminando i ricoveri potenzialmente inappropriati: nella quasi totalità degli ospedali di AV si raggiunge già un indice ottimale di copertura per l'area medica, soddisfacendo oltre l'80% dei ricoveri dei residenti. Per quanto concerne i ricoveri potenzialmente inappropriati (allegato B Patto Salute 2010-2012), la quasi totalità degli Ospedali di AV si attesta tra il 5 e il 15% di tutti i ricoveri medici, in linea con il valore medio Regionale (15%)
2. Rafforzare le medicine interne di tutti gli stabilimenti mediante il supporto degli specialisti in loco, sia sul singolo paziente che su casistiche omogenee
3. Definire il percorso geriatrico di AV con valorizzazione del percorso Acropolis
4. Trasferimenti dei pazienti secondo procedure codificate sulle caratteristiche cliniche in coerenza con gli standard organizzativi; da formalizzare procedure interdipartimentali che coinvolgano anche la AOUS.
5. Ridisegno delle funzioni dell'emergenza urgenza all'interno delle piastre ospedaliere e definizione degli standard per le guardie interdivisionali: sulla base della classificazione dei vari ospedali della rete, devono essere omogeneizzati anche gli standard clinico/assistenziali
6. Potenziamento continuità ospedale-territorio
7. Applicazione dei percorsi della chirurgia d'urgenza e di elezione nei vari stabilimenti della rete: nell'anno 2018 è stata emanata e condivisa la Procedura di Gestione delle Urgenze Chirurgiche in rete, che prevede, già dall'intervento sul territorio dell'equipe dell'Emergenza Urgenza oppure dal Pronto Soccorso Zonale in cui arriva il paziente, il trasferimento dello stesso all'ospedale della rete adibito a quel particolare tipo di urgenza (chirurgica/ortopedica)

8. Focus hospital/ Focus team, con rivalutazione delle progettualità scaturite dalla DGRT 1235 ed eventuali riprogettazione
9. Prosecuzione nell'introduzione della Cartella Clinica Informatizzata già presente in alcune strutture dell'Area Medica.

Per quanto riguarda tutto **il settore amministrativo e tecnico** l'obiettivo primario continuerà ad essere quello di completare l'omogeneizzazione delle modalità operative presenti nelle tre aree territoriali. Si continuerà quindi a lavorare sulla nuova identità aziendale, modificando, talvolta anche in maniera importante, il modo di lavorare della componente amministrativa e tecnica per proseguire l'omogeneizzazione delle regole e l'integrazione dei comportamenti all'interno della nuova Azienda.

4. PROCESSO DI GESTIONE DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

Il Piano della Performance è definito ad inizio anno ed aggiornato ogni qual volta si hanno delle modifiche significative in corso di anno conseguenti a riunioni budget e/o modifiche alle linee di indirizzo regionali e aziendali.

Con la stessa modalità e gli stessi tempi avviene la pubblicazione nel sito aziendale sezione trasparenza.

Il Processo per la Gestione della Performance, che prende avvio proprio dal Piano delle Performance, si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget
- Collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse
- Monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance.

4.1. Gli indirizzi regionali per l'anno 2019

Per l'anno 2019 la Regione Toscana, con delibera 1479 del 21/12/2019, ha definito gli obiettivi rispetto ai quali per ogni Azienda sarà valutata l'efficacia delle loro azioni.

Il sistema di obiettivi assegnati alle Aziende attinge alle seguenti fonti:

- Nuovo Sistema di Garanzia;
- Griglia Lea;
- Indicatori del Sistema di Valutazione della performance del Laboratorio MeS;
- Indicatori esito (Prose, PNE) e di percorso elaborati dall'ARS;
- Indicatori definiti dalla Direzione Regionale.

I singoli obiettivi ed indicatori 2019 sono classificati nelle seguenti categorie:

- Indicatori di sistema;
- Cronicità;
- Oncologia;
- Tempi di attesa;
- Salute mentale;
- Farmaceutica;
- Esiti;
- Ricerca;
- Fine vita.

4.1.1. Indicatori di sistema

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
INDICATORI DI SISTEMA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	x	95%
INDICATORI DI SISTEMA	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1ª dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	x	95%
INDICATORI DI SISTEMA	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	x	95%
INDICATORI DI SISTEMA	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	x	95%
INDICATORI DI SISTEMA	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	x	75%
INDICATORI DI SISTEMA	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	x	100%
INDICATORI DI SISTEMA	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	x	100%
INDICATORI DI SISTEMA	Indicatore composito sugli stili di vita	x	valutazione >3
INDICATORI DI SISTEMA	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	x	60% cervice; 80% mammella; 70% colon
INDICATORI DI SISTEMA	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina -(percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	x	100%
INDICATORI DI SISTEMA	5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 -(percentuale di allevamenti controllati,	x	100%
INDICATORI DI SISTEMA	5.3 ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale e d umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto.	x	100%
INDICATORI DI SISTEMA	4.Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	x	8,52%
INDICATORI DI SISTEMA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	x	40
INDICATORI DI SISTEMA	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	x	14
INDICATORI DI SISTEMA	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	x	3,5 per 1.000

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
INDICATORI DI SISTEMA	13.Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	x	5,77
INDICATORI DI SISTEMA	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	x	<125
INDICATORI DI SISTEMA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	x	<15%
INDICATORI DI SISTEMA	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	x	>90%
INDICATORI DI SISTEMA	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.	x	<=2
INDICATORI DI SISTEMA	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.	x	<60
INDICATORI DI SISTEMA	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	x	40 per milione
INDICATORI DI SISTEMA	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	x	80 per milione
INDICATORI DI SISTEMA	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	x	>=65%
INDICATORI DI SISTEMA	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	x	>60%
INDICATORI DI SISTEMA	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.	x	< valore 2018
INDICATORI DI SISTEMA	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1,000 parti	x	<15
INDICATORI DI SISTEMA	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1,000 parti.	x	<20
INDICATORI DI SISTEMA	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	x	<15%
INDICATORI DI SISTEMA	% di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	x	30%
INDICATORI DI SISTEMA	Programmazione formazione ECM	x	> 3
INDICATORI DI SISTEMA	Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate (elenco errori da note questionario LEA)	x	<=1,2
INDICATORI DI SISTEMA	Estensione ed adesione PREMS	x	valutazione >3
INDICATORI DI SISTEMA	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura	x	0,11
INDICATORI DI SISTEMA	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura	x	>1,52
INDICATORI DI SISTEMA	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura	x	>0,23
INDICATORI DI SISTEMA	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura	x	>1,40

4.1.2. Cronicità

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
CRONICITA'	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	x	4
CRONICITA'	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	x	2,5
CRONICITA'	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	x	2,2
CRONICITA'	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in	x	0,7
CRONICITA'	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in	x	12,5
CRONICITA'	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in	x	15,5
CRONICITA'	Percentuale di anziani . 65 anni trattati in ADI	x	>3,11%
CRONICITA'	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani . 65 anni in strutture residenziali per 1,000	x	>9,44
CRONICITA'	Numero di posti per assistenza agli anziani . 65 anni in strutture residenziali per 1,000 anziani residenti	x	>13,38
CRONICITA'	Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1,000	x	0,41
CRONICITA'	Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1,000	x	0,28
CRONICITA'	Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1,000 residenti	x	0,56
CRONICITA'	Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1,000 residenti	x	0,61
CRONICITA'	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al	x	>35,49%
CRONICITA'	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono	x	>48,12%
CRONICITA'	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento	x	>57,82%
CRONICITA'	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento	x	>36,15%
CRONICITA'	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di	x	>31,93%
CRONICITA'	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo	x	>24,74%

4.1.3. Oncologia

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
ONCOLOGIA	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	x	>90
ONCOLOGIA	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)	x	>66,48%
ONCOLOGIA	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	x	>84%
ONCOLOGIA	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	x	>64,66%
ONCOLOGIA	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	x	>72,88%
ONCOLOGIA	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	x	>75,51%
ONCOLOGIA	Tempi di attesa chirurgia Oncologica	x	>30gg
ONCOLOGIA	Utilizzo dei biomarcatori tumorali in soggetti non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica	x	352
ONCOLOGIA	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	x	57
ONCOLOGIA	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	x	75

4.1.4. Tempi di attesa

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
TEMPI DI ATTESA	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	x	95%
TEMPI DI ATTESA	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D. Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	x	90%
TEMPI DI ATTESA	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità U in rapporto al totale di prestazioni di classe U. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	x	95%

4.1.5 Salute mentale

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
SALUTE MENTALE	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	x	5,5
SALUTE MENTALE	14. Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1,000 residenti	x	14,96
SALUTE MENTALE	Contatto entro 7 gg con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	x	59

4.1.6 Farmaceutica

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
FARMACEUTICA	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	x	16,5 ddd per 1000 abitanti die
FARMACEUTICA	12. Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	x	> 85%
FARMACEUTICA	Spesa farmaceutica	x	valutazione >3

4.1.7 Esiti

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
ESITI	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	x	22
ESITI	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	x	22
ESITI	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in eta adulta (. 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	x	343
ESITI	Mortalita a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).	x	<2,19
ESITI	Mortalita a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	x	<8,55
ESITI	Mortalita a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	x	<10,55
ESITI	Infarto Miocardico Acuto, rischio di morte a 30 giorni	x	mantenimento miglioramento
ESITI	Infarto Miocardico Acuto, rischio di riammissione a 30 giorni	x	mantenimento miglioramento
ESITI	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	x	mantenimento miglioramento
ESITI	Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30 giorni	x	mantenimento miglioramento
ESITI	Intervento per tumore al colon, rischio di morte a 30 giorni	x	mantenimento miglioramento
ESITI	Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia	x	mantenimento miglioramento

4.1.8 Ricerca

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
RICERCA	Sperimentazione clinica	x	valutazione >3

4.1.9 Fine vita

CATEGORIA PER DELIBERA	INDICATORE	AUSL	SOGLIA INDICATIVA
FINE VITA	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	x	55
FINE VITA	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	x	<25%
FINE VITA	11.Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	x	1,08
FINE VITA	Percentuale di ricoveri hospice con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg	x	valutazione >3

4.2 Il Programma Operativo 2019: dagli indirizzi regionali e di Area Vasta agli obiettivi operativi aziendali

Il programma operativo (Budget) è uno strumento della programmazione locale dell’Azienda Sanitaria, che definisce e articola il programma operativo dell’organizzazione relativo all’anno in corso.

Il programma operativo annuale esplicita dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, azioni, indicatori e target) che caratterizzano le priorità dell’Azienda per il 2019, su cui si baserà poi la misurazione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati, in coerenza con le linee strategiche individuate a livello regionale e di area vasta.

Gli obiettivi del programma operativo annuale possono essere così sintetizzati:

- Definire gli obiettivi aziendali in coerenza con gli indirizzi regionali e di area vasta;
- Individuare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi individuati;
- Identificare le strutture aziendali che concorrono al raggiungimento degli obiettivi;
- Essere uno strumento orientato ad una amministrazione che sia il più possibile trasparente;
- Costituire uno strumento di comunicazione per la cittadinanza e le istituzioni;
- Essere lo strumento operativo annuale funzionale al monitoraggio e alla verifica periodica della programmazione triennale prevista nel Piano della Performance.

L’azienda ha individuato nel sistema di budget lo strumento fondamentale che permette di calare gli indirizzi strategici con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale al singolo operatore, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in un percorso il più possibile condiviso.

E’ quindi nel processo di negoziazione del budget che si sostanzia la declinazione degli obiettivi strategici regionali e di area vasta verso l’azienda, nel suo complesso e in tutte le sue diverse articolazioni: l’azienda

infatti indirizza la propria attività, monitora e valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello globale, di Dipartimento, di unità organizzative e infine dei singoli dipendenti, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi che offre.

Al fine di rendere il Programma operativo annuale uno strumento integrato e coerente per la gestione aziendale è opportuno quindi prevedere uno stretto collegamento tra la programmazione strategica e la programmazione operativa, che si armonizzano, come già detto, nel processo di budget.

Premesso che l'anno 2019 sarà un anno particolare per l'Azienda, in quanto ci sarà il cambio della Direzione per fine del mandato del Direttore Generale, la programmazione aziendale inizialmente non potrà che essere in continuità con quanto già precedentemente programmato e in parte in via di costituzione.

Dipartimenti Clinici e Rete ospedaliera:

In seguito alla creazione della rete ospedaliera avviata nell'anno 2016 e ai progetti di organizzazione realizzati nel 2017 e 2018, per l'anno 2019 le principali aree di intervento saranno:

- La prosecuzione nell'integrazione con l'AOU Senese, perseguendo prioritariamente, gli obiettivi definiti nel Piano di Area Vasta e gli accordi con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese;
- Il consolidamento delle reti tempo dipendenti (Trauma maggiore, IMA, ICTUS) secondo le direttive regionali;
- La gestione del maxi afflusso in PS in base alla DGRT 97/2017 - Piani aziendali per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (PGSA). Linee di indirizzo;
- L'applicazione della DGRT 476/2018 - Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa;
- Lo smaltimento dei tempi di attesa secondo la DGRT 1457/2018;
- Il miglioramento dell'efficienza dell'attività chirurgica a partire dalla preospedalizzazione, ai percorsi di sala operatoria, fino alla dimissione con prosecuzione dell'unificazione del percorso chirurgico e liste operatorie;
- Il riassetto della rete delle terapie intensive;
- La prosecuzione dei lavori nell'ambito della chirurgia d'urgenza, della chirurgia robotica, della chirurgia oncologica e del ridisegno della chirurgia ambulatoriale;

- Il mantenimento dei livelli raggiunti sulla traumatologia operata entro le 48 ore, la creazione di focus per segmenti corporei nei diversi stabilimenti ospedalieri e il ridisegno dell'offerta protesica a garanzia della sostenibilità economica;
- Il supporto alla predisposizione del piano di fabbisogno del personale in linea con le indicazioni regionali;
- La prosecuzione dell'informatizzazione dei moduli assistenziali: implementazione della cartella clinica in tutte le medicine interne; attivazione modulo consulenze per tutte le Unità Operative; attivazione modulo ACOT per tutte le Unità Operative.

Zone Distretto

L'aumento della età media della popolazione unita ad uno "sbalorditivo" incremento della prevalenza delle malattie croniche, richiede un cambiamento di clinical governance: la gestione del paziente cronico obbliga il sistema ad una inversione di tendenza culturale; la storia della medicina nel XX secolo è infatti caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbidità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

Per presidiare i bisogni correlati alla cronicità, è stato già da anni intrapresa una rimodulazione dell'intera filiera dei servizi territoriali, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con il sistema della domiciliarità e residenzialità e con l'assistenza ospedaliera.

Le aree di programmazione prioritarie su cui lavorare nel 2019 saranno:

Per le Cure primarie:

- La presa in cura dei malati cronici con bisogni socio- sanitari complessi tramite lo sviluppo dei progetti della nuova Sanità d'Iniziativa (Chronic Care Model) e Reti cliniche Integrate Strutturate;
- L'implementazione del Sistema delle Cure intermedie con la realizzazione in ogni Zona Distretto di vari setting di residenzialità territoriale (Ospedale di Comunità, ModiCA, ppII ex art. 26, ppII di Cure Intermedie in RRSSAA, Moduli specialistici in RRSSAA...);
- L'implementazione della " Specialistica Territoriale " con il consolidamento delle reti di Pneumologia, Nutrizione Clinica e Cure Palliative;
- L'omogeneizzazione delle procedure e dei protocolli per le diverse attività territoriali: cure palliative, Hospice, Ospedale di Comunità, ModiCa, ppII di riabilitazione ex art. 26, Assistenza domiciliare Integrata;

- La promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale, in attuazione della DGRT 903/17;
- Il miglioramento della Continuità Ospedale Territorio mediante il pieno funzionamento della Centrale della Cronicità e delle 13 Agenzie per la continuità ospedale territorio (ACOT).

Per la Salute Mentale Adulti e Infanzia:

- Miglioramento dell'assistenza in ospedale attraverso il Piano di Riorganizzazione della rete SPDC;
- Omogeneizzazione tra i territori della disponibilità quali-quantitativa dei servizi;
- Miglioramento dell' Intergrazione con servizio Dipendenze.

Per l'area Dipendenze:

- Rafforzamento della rete per la presa in carico precoce con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nella costruzione di una rete clinica integrata per l'intervento tempestivo sugli esordi, la continuità e aderenza alla cura, la minimizzazione delle patologie correlate agli stili di vita di Dipendenza;
- Omogeneizzazione tra i territori della disponibilità quali-quantitativa dei servizi;
- Integrazione della programmazione sociale con quella sanitaria e ottimizzazione delle risorse per il reinserimento sociale e la stabilizzazione dei pazienti.

Nell'ambito del settore Sociosanitario si opererà per portare a completamente le seguenti innovazioni:

- Sperimentazione e formazione sul Regolamento Liste per ingresso in RSA (liste di priorità);
- Progettazione e sviluppo di un sistema informativo sociosanitario integrato con il settore sanitario e amministrativo;
- Omogeneizzazione procedura in particolar modo UVM Handicap.

Prevenzione

Il dipartimento della prevenzione ha completato nell'anno 2018 il processo di riorganizzazione che andrà a regime nel corso del 2019.

In quest'ottica il Dipartimento si concentrerà sullo sviluppo delle seguenti azioni:

- Il raggiungimento degli obiettivi del piano regionale della prevenzione;

- La migliore organizzazione dell' offerta di prestazioni al fine di garantire i LEA senza liste di attesa;
- Il coordinamento con le altre strutture aziendali per le iniziative di promozione della salute;
- Particolare attenzione verrà dedicato alle esigenze dei servizi e prestazioni che sono necessari al comparto produttivo agrozootecnico e delle industrie alimentari correlate che si concentrano nell'Area Vasta Sud Est;
- La ridefinizione delle strategie per la promozione della sicurezza sui luoghi di lavoro che nell'Area Vasta Sud Est incontra criticità per l'importante quota che è rappresentata dal lavoro stagionale in agricoltura, che occupa maestranze con percentuali di precariato e mobilità importanti;
- L'ulteriore sviluppo della rete territoriale che coordina l'impegno sul fronte delle vaccinazioni con l'implementazione di un importante sistema di gestione integrata dei data base con i soggetti esterni che collaborano al conseguimento degli obiettivi nazionali di copertura vaccinale;
- L'impegno del laboratorio di sanità pubblica di Area Vasta Sud Est per la Direzione della Rete Regionale dei Laboratori di Sanità Pubblica delle altre Aree vaste.

Gli **Staff** gestiscono e/o presidiano funzioni trasversali e comuni a tutta l'organizzazione con il compito di indirizzare e coordinare la definizione degli obiettivi, fornire linee guida ed indirizzi, supportare le funzioni di programmazione, monitoraggio e controllo delle attività aziendali, garantire il necessario supporto alle scelte ed alle azioni intraprese, supportare i Dipartimenti di "line" le Zone Distretto.

Per le strutture afferenti ai **Dipartimenti Amministrativi e Tecnici** prioritario per il 2019 sarà completare l'omogeneizzazione delle procedure tecnico amministrative di una Azienda di così vaste ed eterogenee dimensioni nell'ottica del miglioramento dell'efficienza delle attività proprie e di supporto alle strutture sanitarie.

Per i tempi e modi della negoziazione di budget si rimanda ad apposito Regolamento di applicazione del Sistema di Valutazione di Struttura pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance" del sito aziendale.

4.3 Obiettivi assegnati al personale. Obiettivi individuali

Il sistema di valutazione è integrato con il sistema di budget prevedendo la declinazione di obiettivi chiari e misurabili che rendano possibile indirizzare la performance nel corso del breve periodo, come nell'arco di durata dell'incarico affidato, puntando alla valorizzazione dei punti di forza in costante dialogo con il proprio

dirigente di riferimento. Gli obiettivi strategici si traducono in obiettivi operativi assegnati alle strutture organizzative aziendali mediante le negoziazioni di budget. Sono quindi direttamente attribuiti al personale dirigenziale titolare di budget (Direttori di Dipartimento, di Struttura Operativa Complessa, di Struttura Operativa Semplice dipartimentale e Struttura Operativa Semplice). A loro volta, i predetti Direttori, nell'ambito del più ampio sistema e ciclo della performance, provvederanno a declinarli a tutto il personale afferente alle loro strutture, sia di livello dirigenziale che del comparto. In armonia con quanto previsto dal D.Lgs. 286/1999, dalla normativa regionale e dal CCNL, l'Azienda USL Sudest adotta un processo di valutazione gestito e garantito dalla linea gerarchica.

La valutazione si sviluppa su tre dimensioni:

1. misurazione e valutazione della prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura. Ambito in cui viene misurata e valutata la prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi certificati dall'OIV - Scheda Budget – disciplinata da specifico regolamento aziendale
2. misurazione e valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali attribuiti come declinazione di quelli assegnati alla struttura organizzativa di appartenenza e agli incarichi professionali e gestionali attribuiti delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità – Scheda Individuale parte B1;
3. misurazione e valutazione dei comportamenti attesi, ovvero misurazione e valutazione dei comportamenti e delle competenze (la realizzazione concreta delle attività lavorative) ovvero la valutazione delle caratteristiche individuali che definiscono le risorse dentro l'azienda, l'insieme integrato di saperi che caratterizzano l'agire (aspetti tecnici, relazionali, educativi, nonché conoscenze in genere, abilità ed esperienza)- Scheda Individuale parte B2.

La Valutazione del Personale, è lo strumento con cui l'Azienda ha la possibilità di conoscere il valore professionale dei dirigenti e l'opportunità per il lavoratore di acquisire maggiore consapevolezza del proprio percorso e del proprio valore e del ruolo nell'azienda, all'interno della quale è al centro della produzione dei servizi. Un modello, quindi, finalizzato alla consapevolezza e allo sviluppo delle potenzialità individuali, oltre che strumento alla base per poter distribuire le risorse economiche.

Il regolamento che disciplina il processo relativo al Sistema di Valutazione Individuale per l'Asl Toscana Sudest è pubblicato nell'apposita sezione del sito Amministrazione Trasparente/Performance/Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance.

Sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione organizzativa ed individuale monitora l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) come previsto dalla DGRT 465/2012, che procede alla verifica annuale dei:

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

4.4 Integrazione con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza

Il D. Lgs. n.150/2009 individua fra gli strumenti per attuare il ciclo di gestione della performance, il Piano e la Relazione sulla Performance ma anche il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (Ptpct).

Il Piano nazionale anticorruzione, ed in particolare la delibera Civit 6/2013, prescrive alle amministrazioni di procedere alla costruzione di un ciclo delle performance *"integrato"* che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione collettiva e individuale.

Nell'anno 2019 il collegamento tra ciclo della performance e Ptpct si realizza mediante:

- l'inserimento nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza in quanto la promozione di maggiori livelli di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituisce obiettivo strategico dell'Azienda che si traduce in obiettivi specifici declinati nelle Schede Budget dell'anno 2019, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione;
- l'assegnazione di obiettivi al personale dirigenziale e non con riferimento alla divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunione di struttura o altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori e gli argomenti trattati;

- Mappatura dei processi (su specifico format standard aziendale) con valutazione del livello del rischio.

Il dettaglio delle strutture e soggetti coinvolti, delle attività, degli indicatori specifici e dei rispettivi target sono riportati nelle Schede Budget, pubblicate con cadenza annuale, nel sito aziendale nell'apposito spazio "Amministrazione Trasparente-Performance" così come disciplinato dal DLGS n.33/2013 e s.m.i.