

**REGIONE TOSCANA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO**  
 Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

<b>Numero della delibera</b>	1019
<b>Data della delibera</b>	04-07-2019
<b>Oggetto</b>	Organizzazione
<b>Contenuto</b>	Approvazione della Relazione sulla Performance anno 2018, ai sensi del D.Lgs. 150/2009

<b>Dipartimento</b>	STAFF DIREZIONE GENERALE
<b>Direttore Dipartimento</b>	MARI VALERIO
<b>Struttura</b>	SOC ORGANIZZAZIONE E PROGETTI TECNOLOGICI
<b>Direttore della Struttura</b>	MARI VALERIO
<b>Responsabile del procedimento</b>	PERIGLI ILARIA

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° pag.	Oggetto
A	36	Relazione sulla Performance 2018



**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(in forza del D.P.G.R. Toscana n. 33 del 28 febbraio 2019)**

**Vista** la Legge Regionale n. 84/2015 recante “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 40/2005*”;

**Vista** la delibera n. 1720 del 24.11.2016 di approvazione dello Statuto aziendale e le conseguenti delibere di conferimento degli incarichi dirigenziali delle strutture aziendali;

**Vista** la nota del Direttore Generale prot. N. 59799 del 23 maggio 2019, conservata agli atti, con la quale la Dr.ssa Valeria Favata viene nominata Direttore Amministrativo facente funzione, nelle more dell’individuazione e conseguentemente della nomina del Direttore Amministrativo;

**Visto** l’articolo 10, comma b) del D.Lgs. 150/2009, così come modificato dal D.Lgs. 74 del 25 maggio 2017 “*Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015*”, nel quale è previsto che, entro il 30 giugno, sia presentata la Relazione annuale sulla performance dall’organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall’Organismo di valutazione ai sensi dell’articolo 14, comma c);

**Dato atto** che obiettivo di tale relazione è dare evidenza, a consuntivo e con riferimento all’anno precedente, ai risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato;

**Considerato** che la redazione della Relazione annuale sulla performance, per l’anno 2018, è stata coordinata dagli Staff della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria i quali, tenuto conto dei riferimenti normativi, hanno concordato i contenuti, l’articolazione del documento ed il crono programma;

**Precisato** che sono stati successivamente interessati i seguenti ambiti aziendali in quanto maggiormente coinvolti nella stesura del documento: Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Amministrazione Pianificazione e controllo di Gestione, Staff Direzione Sanitaria - Area Pianificazione ed Analisi Performance Sanitaria e Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;

**Considerato** che, nella redazione della Relazione sulla Performance 2018, si è voluto dar conto di:

- informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni;
- sintesi dei principali risultati raggiunti;
- analisi del contesto e delle risorse con l’aggiornamento della situazione relativamente a risorse umane, strumentali e finanziarie;
- misurazione e valutazione della performance con l’indicazione dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi con misurazioni intermedie e descrizione di come si è svolto il processo di misurazione e valutazione nel suo complesso;
- bilancio di genere;
- processo di redazione della Relazione sulla Performance stessa;

**Dato atto** che la bozza della Relazione sulla Performance 2018 è stata trasmessa, in data 21 giugno 2019, all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la valutazione sull’avvio del Ciclo della Performance;

**Preso atto** del parere favorevole dell’OIV;

**Dato atto** che la Relazione sulla Performance 2018 è stata pubblicata, in data 21 giugno 2019, sul sito web aziendale [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it), al seguente link <http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/amministrazione-trasparente/139-performance/relazione-sulla-performance/relazione-sulla-performance/613-relazione-sulla-performance>, al fine di darne visibilità a cittadini e associazioni di volontariato;

**Ritenuto opportuno**, per le motivazioni sopra esposte, approvare la Relazione sulla Performance 2018 dell'Azienda UsI Toscana Centro così come riportato nell'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente atto;

**Preso atto** che il Direttore della SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa e la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento, Ilaria Perigli, in servizio presso la medesima SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici;

**Vista** la sottoscrizione dell'atto da parte del Direttore dello Staff della Direzione Generale;

**Su proposta** del Direttore dello Staff della Direzione Generale;

**Acquisito** il parere favorevole del Direttore Amministrativo f.f., del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali;

### **DELIBERA**

per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di approvare la Relazione sulla Performance 2018 dell'Azienda UsI Toscana Centro così come riportato nell'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di pubblicare la stessa Relazione sul sito web aziendale [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it);
- 3) di dichiarare, per motivi di urgenza, la presente delibera immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 42, comma 4 della L.R.T. n.40 del 24/02/2005 e s.m.i.;
- 4) di trasmettere la presente determinazione alle OO.SS. e al Collegio Sindacale a norma di quanto previsto dall' Art. 42 comma 2, della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dr. Paolo Morello Marchese)**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.**  
**(Dr.ssa Valeria Favata)**

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**(Dr. Emanuele Gori)**

**IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI**  
**(Dr.ssa Rossella Boldrini)**



# Relazione sulla Performance Anno 2018

---

## Sommario

1. Sintesi dei principali risultati raggiunti .....	3
1.1. Mortalità generale e per causa inferiore al dato regionale.....	3
1.2. Ottima Speranza di vita .....	7
1.3. Buona risposta in Emergenza/Urgenza .....	7
1.4. Buona Integrazione Ospedale-Territorio.....	9
1.5. Attenzione agli stili di vita.....	10
1.6. Buona attività di promozione salute da parte di medici e/o operatori sanitari .....	10
1.7. Ottimo andamento spesa Farmaceutica.....	11
1.8. Definizione e sviluppo nelle zone di sperimentazione del progetto "Infermiere della famiglia e della Comunità" .....	14
1.9. Qualità ed accreditamento .....	14
1.10. Relazioni con il pubblico.....	15
1.11. Prevenzione Collettiva.....	16
1.11.1. Piano Straordinario Lavoro Sicuro .....	16
1.11.2. Campagna vaccinale .....	16
1.12. Esiti.....	18
2. Analisi del Contesto e delle Risorse: Aggiornamento quadro risorse umane, strumentali e tecnologiche .....	23
2.1. Risorse umane.....	23
2.2. Risorse economico-finanziarie .....	24
2.2.1. Obiettivi 2018 .....	24
2.2.2. Risultati 2018.....	25
2.3. Risorse tecnologie informatiche .....	26
2.4. Risorse tecnologie sanitarie .....	27
3. Misurazione e valutazione della performance: risultati ottenuti rispetto agli obiettivi con misurazioni intermedie e descrizione di come si è svolto il processo di misurazione e valutazione nel suo complesso .....	29
3.1. ESEMPIO SCHEDA A Ospedale .....	30
3.2. ESEMPIO SCHEDA A Territorio.....	31
3.3. ESEMPIO SCHEDA B .....	32
3.4. Obiettivi quantitativi e qualitativi.....	33
4. Bilancio di genere.....	35
5. Il processo di redazione della relazione sulla Performance .....	36

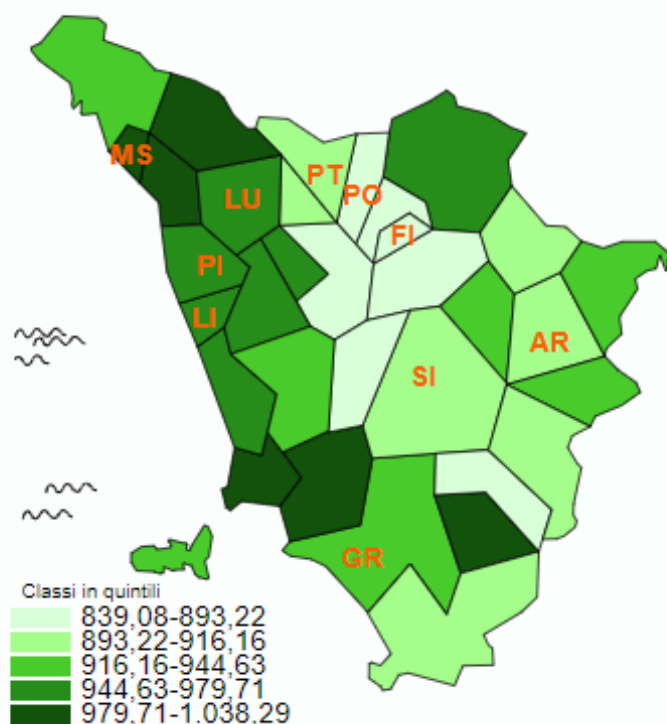
## 1. Sintesi dei principali risultati raggiunti

### 1.1. Mortalità generale e per causa inferiore al dato regionale

Mortalità per tutte le cause - numero decessi, tasso grezzo e standardizzato per età, IC95% (x 100.000) - 2013-2015						
Residenza	Maschi		Femmine		Totale	
	Decessi	Tasso standard	Decessi	Tasso standard	Decessi	Tasso standard
ex ASL 3 - Pistoia	4525	1.121,74	4988	743,22	9513	899,67
ex ASL 4 - Prato	3468	1.107,51	3733	738,46	7201	892,17
ex ASL 10 - Firenze	13145	1.088,72	14831	721,31	27976	871,48
ex ASL 11 - Empoli	3704	1.134,58	3893	748,35	7597	909,52
ASL CENTRO	24842	1.103,75	27445	731,21	52287	884,61
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>60840</b>	<b>1.148,34</b>	<b>67578</b>	<b>764,49</b>	<b>128418</b>	<b>923,59</b>

### Mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato (x 100.000) - 2013-2015- Totale - Stand. popolazione Toscana anno 2000

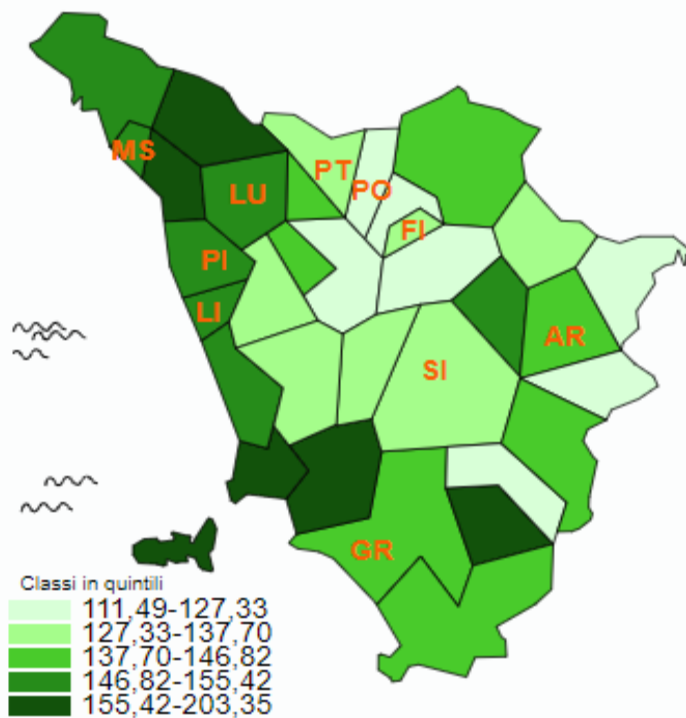


**Mortalità prematura - numero decessi, tasso grezzo e standardizzato per età, IC95% (x 100.000) - 2013-2015**

Residenza	Maschi		Femmine		Totale	
	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso
		standard		standard		standard
<i>ex ASL 3 - Pistoia</i>	593	178,7	342	97,27	935	136,9
<i>ex ASL 4 - Prato</i>	459	163,6	279	92,99	738	127,33
<i>ex ASL 10 - Firenze</i>	1562	168,57	936	92,99	2498	129,3
Mugello	141	182,44	72	96	213	139,69
<i>ex ASL 11 - Empoli</i>	449	168,33	265	94,18	714	130,34
<i>ASL CENTRO</i>	3063	169,55	1822	93,88	4885	130,47
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>7684</b>	<b>181,42</b>	<b>4607</b>	<b>101,76</b>	<b>12291</b>	<b>140,47</b>

**Mortalità prematura**

Tasso standardizzato (x 100.000) - 2013-2015- Totale - Stand. popolazione Toscana anno 2000



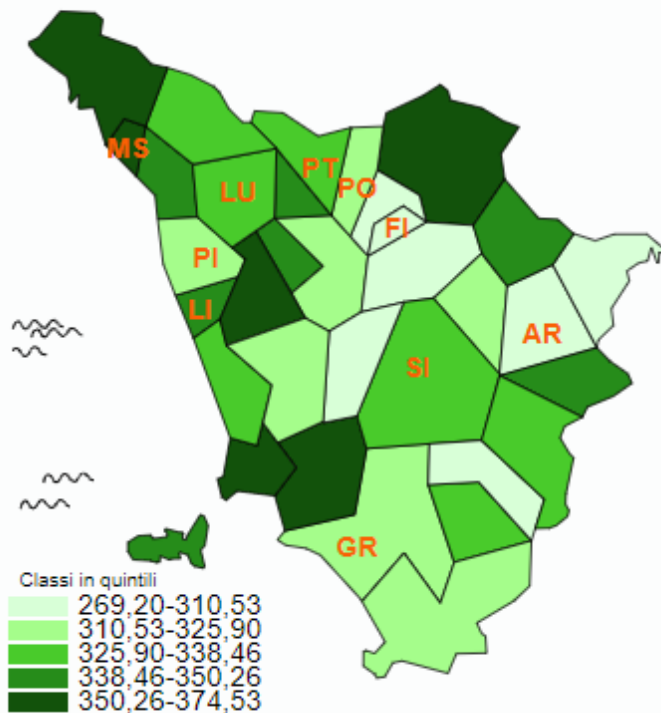


**Mortalità per malattie del sistema circolatorio - numero decessi, tasso grezzo e standardizzato per età, IC95% (x 100.000) - 2013-2015**

Residenza	Maschi		Femmine		Totale	
	Decessi	Tasso standard	Decessi	Tasso standard	Decessi	Tasso standard
ex ASL 3 - Pistoia	1627	411,99	2100	291,53	3727	340,25
ex ASL 4 - Prato	1149	377,4	1514	281,88	2663	321,57
ex ASL 10 - Firenze	4180	346,23	5414	242,13	9594	285,31
ex ASL 11 - Empoli	1237	381,35	1526	273,02	2763	319,55
ASL CENTRO	8193	367,15	10554	260,52	18747	304,76
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>20205</b>	<b>385,47</b>	<b>26451</b>	<b>277,41</b>	<b>46656</b>	<b>322,67</b>

**Mortalità per malattie del sistema circolatorio**

Tasso standardizzato (x 100.000) - 2013-2015- Totale - Stand. popolazione Toscana anno 2000

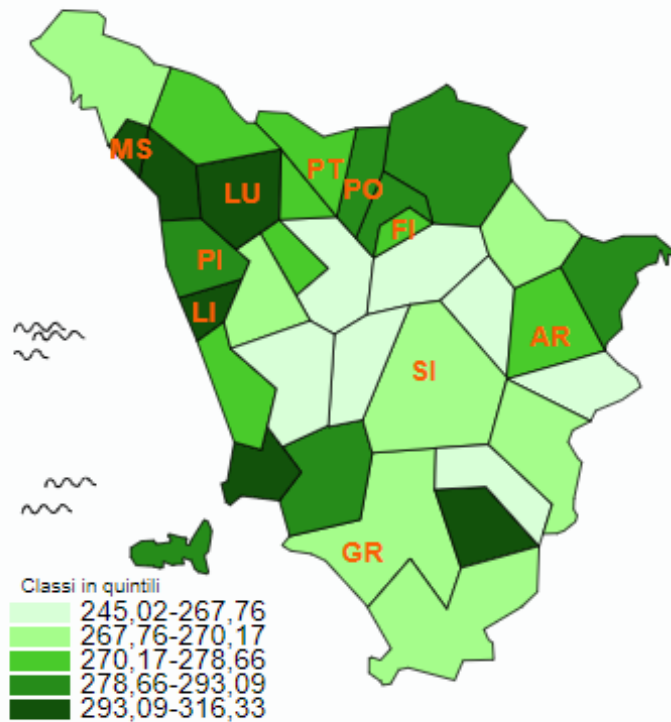


**Mortalità per tumori - numero decessi, tasso grezzo e standardizzato per età, IC95% (x 100.000) - 2013-2015**

Residenza	Maschi		Femmine		Totale	
	Decessi	Tasso standard	Decessi	Tasso standard	Decessi	Tasso standard
ex ASL 3 - Pistoia	2777	278,09	1545	372,86	1232	210,97
ex ASL 4 - Prato	2188	284,52	1257	390,61	931	208,87
ex ASL 10 - Firenze	8198	276,18	4497	371,88	3701	212,06
ex ASL 11 - Empoli	2049	262,31	1135	343,98	914	204,11
ASL CENTRO	15212	275,82	8434	370,82	6778	210,34
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>36329</b>	<b>279,75</b>	<b>20324</b>	<b>378,42</b>	<b>16005</b>	<b>211,89</b>

**Mortalità per tumori**

Tasso standardizzato (x 100.000) - 2013-2015- Totale - Stand. popolazione Toscana anno 2000



## 1.2.Ottima Speranza di vita

<b>Speranza di vita alla nascita - anni - 2017</b>		
<b>Residenza</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
<i>Pistoia</i>	<i>80,9</i>	<i>85,6</i>
<i>Prato</i>	<i>81,6</i>	<i>86,1</i>
<i>Firenze</i>	<i>82,9</i>	<i>86,0</i>
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>81,3</b>	<b>85,4</b>

Fonte Istat

La speranza di vita alla nascita è in crescita costante e progressiva da molti anni ed è collocata sui valori più elevati a livello mondiale.

## 1.3.Buona risposta in Emergenza/Urgenza



### **C16.11 Allarme- target dei mezzi di soccorso**

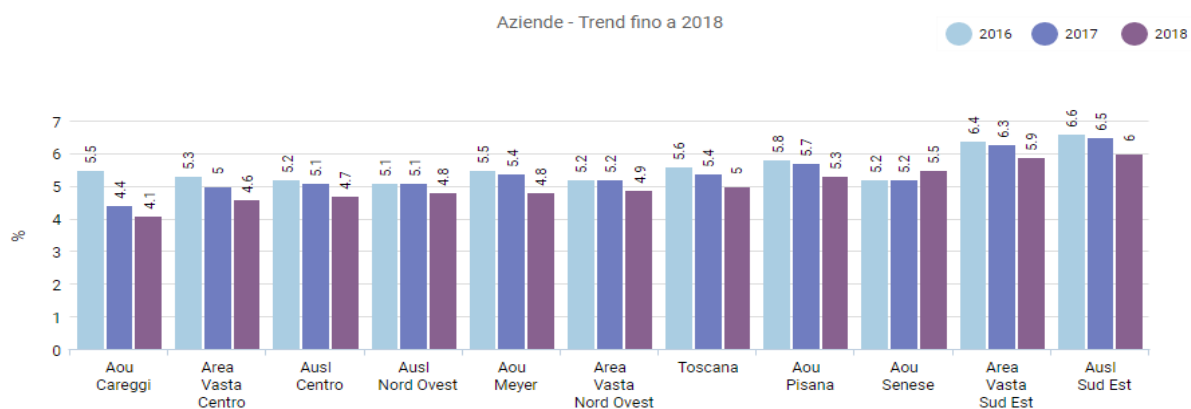
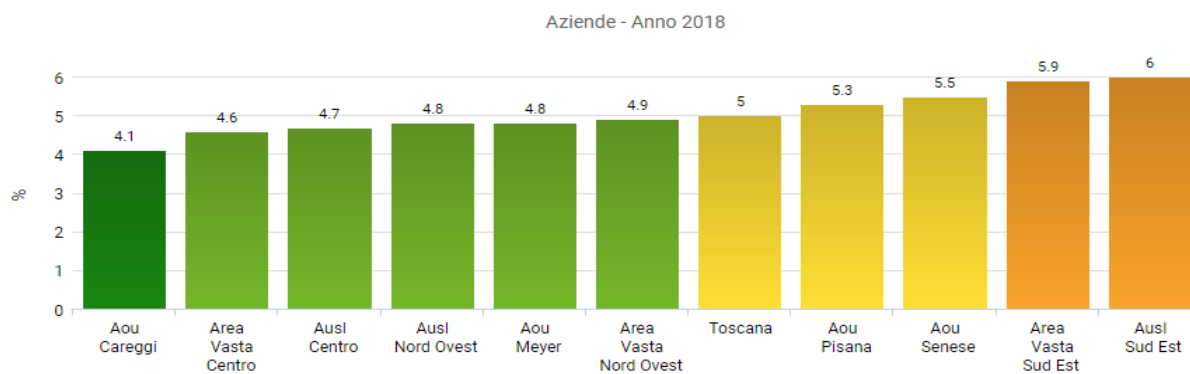
L'indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso (escluso elisoccorso) sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo.

I tempi di arrivo sono stati di 13.1 minuti per la Centrale Operativa di Firenze e di 13.8 per la Centrale operativa di Pistoia/Empoli al di sotto della media della regione toscana che è di 15 minuti.

Da sottolineare che tale positivo risultato è stabile negli ultimi tre anni (2016-2018).

**Numero di accessi ripetuti entro 72 ore in qualunque PS per qualsiasi causa/ N. di accessi effettuati da pazienti residenti in regione.**

**C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore**



L' Azienda Toscana Centro ha un basso numero di reingressi entro 72 ore, inferiore alla media della Regione toscana e questo andamento è costante nel tempo.

Possiamo quindi affermare che è stata molto buona la capacità di diagnosi dei Pronto Soccorso Aziendali .

## 1.4. Buona Integrazione Ospedale-Territorio

### C8a2 % ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni con stessa MDC

La percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni, con la stessa Categoria Diagnostica Principale, misura indirettamente la capacità di presa in carico territoriale del paziente. I pazienti che ritornano in ospedale, per un motivo di salute analogo a quello del precedente ricovero, presumibilmente, non hanno ricevuto un'assistenza adeguata a livello territoriale dopo la prima dimissione, pertanto il ricovero ripetuto viene attribuito all'azienda di residenza.

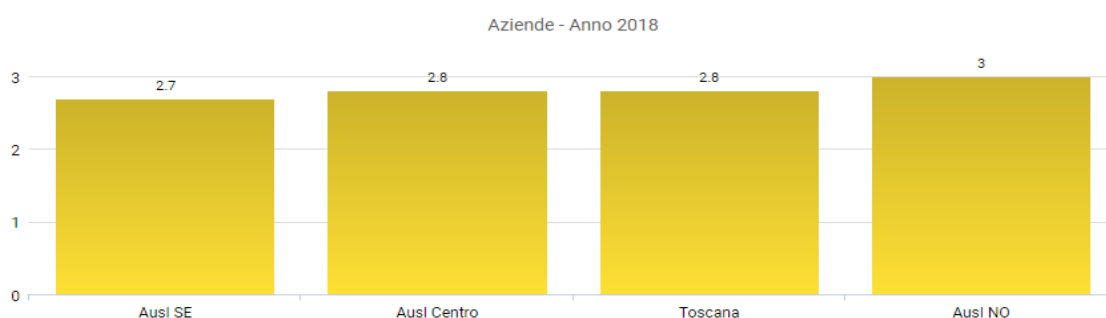
### C8A.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC



## 1.5. Attenzione agli stili di vita

I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.

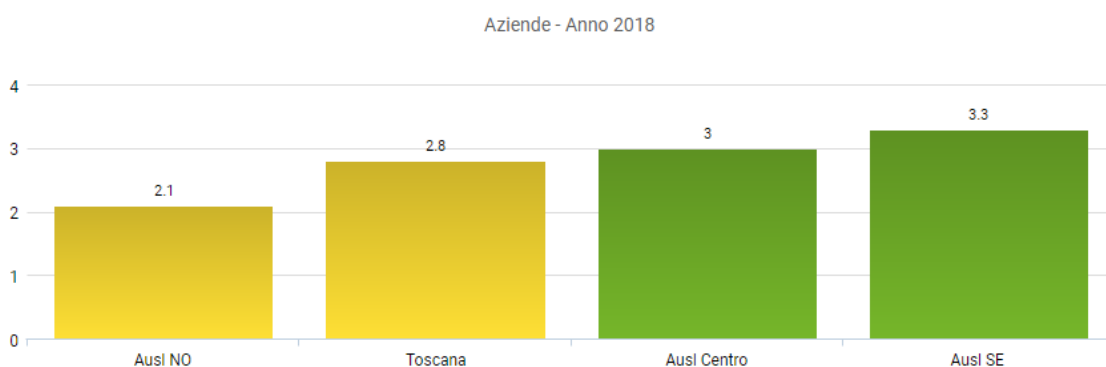
### A10 Stili di vita (PASSI)



## 1.6. Buona attività di promozione salute da parte di medici e/o operatori sanitari

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica, B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso, B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica, B2.3.2 Percentuale di bevitori binge e fuori pasto consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno, B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

### B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)



## 1.7. Ottimo andamento spesa Farmaceutica

I risultati conseguiti nel 2018 dalla AUSL TC relativamente alla spesa farmaceutica sono derivati da una stretta collaborazione fra l'Azienda e i propri medici per aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva al fine di garantire agli assistiti tutta l'assistenza farmaceutica necessaria nel rispetto delle risorse disponibili.

L'implementazione dell'appropriatezza prescrittiva è stata ricercata attraverso azioni di informazione e formazione rivolte ai clinici prescrittori, nel tentativo sia di abbattere i costi/sprechi dovuti alla mancanza di appropriatezza sia di incentivare il consumo dei farmaci che a parità di efficacia e di sicurezza avessero un costo più sostenibile per il Sistema Sanitario Regionale (ad esempio generici e biosimilari).

Sono stati coinvolti in questo percorso tutti i medici siano essi di Medicina Generale, piuttosto che Pediatri di Famiglia o Specialisti dipendenti.

Le azioni di appropriatezza prescrittiva proposte ai medici hanno individuato come strumento fondamentale per la loro realizzazione il confronto fra pari (audit) con l'obiettivo di mettere in condizione i clinici di individuare le opportunità di miglioramento ed introdurle nella propria pratica prescrittiva.

Dati MES 2018

L'indicatore F.10.1A, relativo alla spesa pro capite complessiva (convenzionata + diretta + DPC) evidenzia l'ottimo risultato della AUSL TC che chiude l'anno con un valore di 291 euro, il miglior risultato in Toscana inferiore di 5,8 euro (pari al -1,95%) rispetto alla media regionale (grafico.n1).

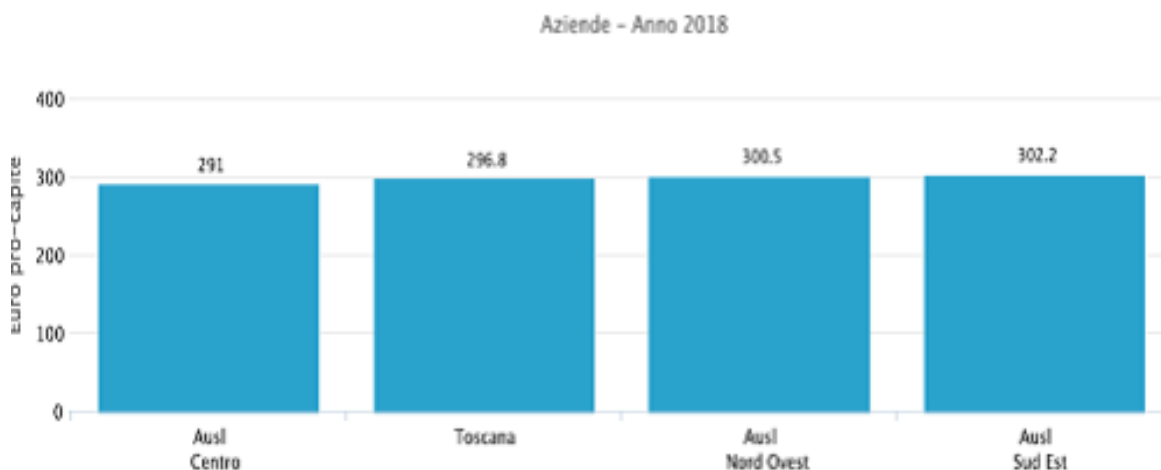


Grafico n.1

Nel 2018 la spesa pro capite della AUSL TC si riduce del 12,74% rispetto al 2017, la riduzione più alta registrata nelle tre Aziende sanitarie (grafico n.2).

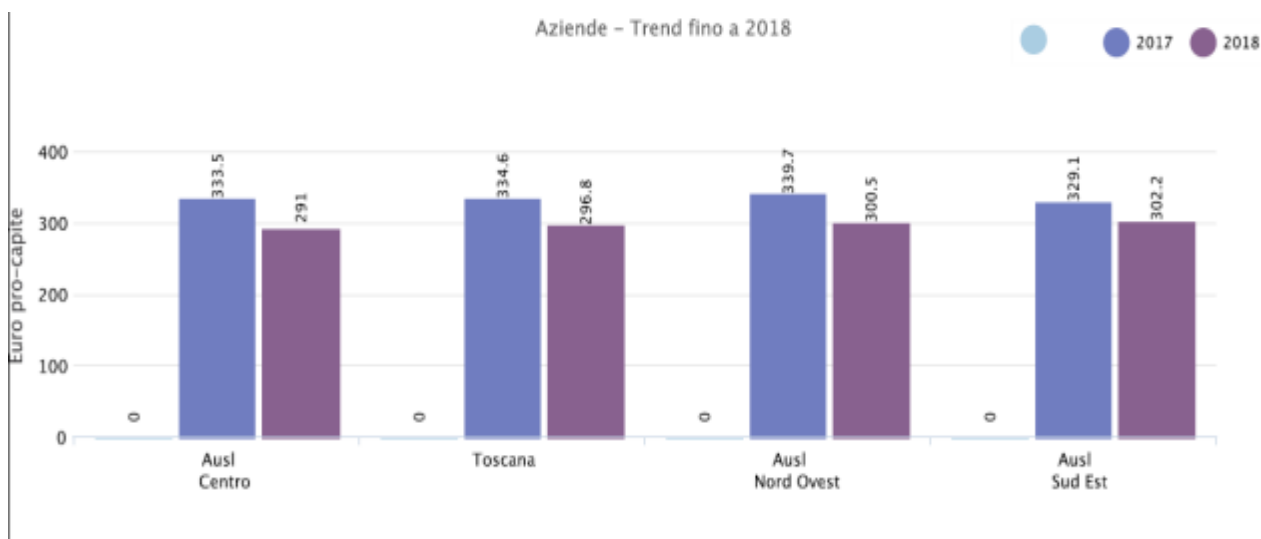
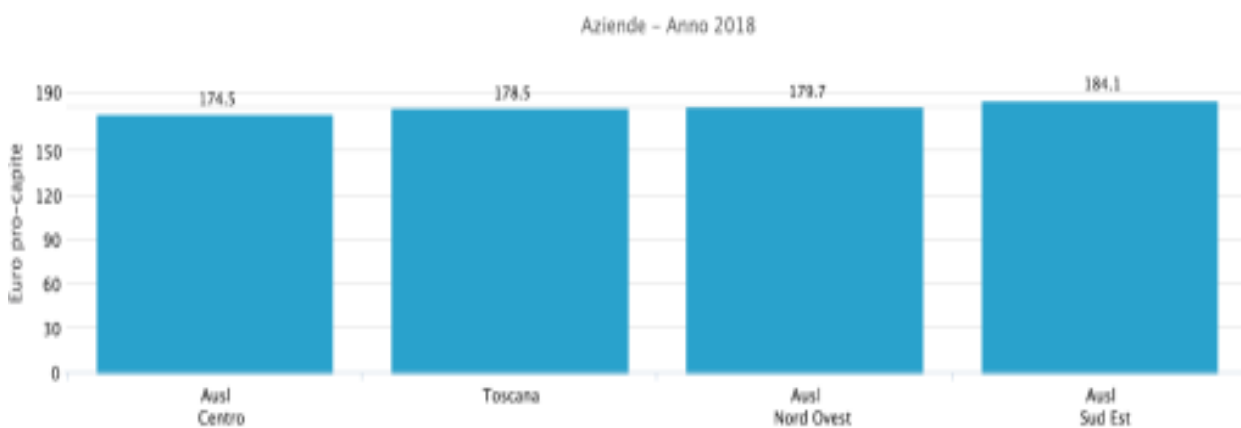


Grafico n.2

Anche dall'analisi dei dati riferiti all'indicatore F10.1B riferito alla spesa pro capite pesata sugli assistiti residenti per farmaci acquistati direttamente (consumo interno, distribuzione diretta, DPC) risulta evidente che il risultato della AUSL TC di 174,5 euro (grafico n.3) è il migliore della Toscana nel 2018 (grafico n.4).



Graficon.3



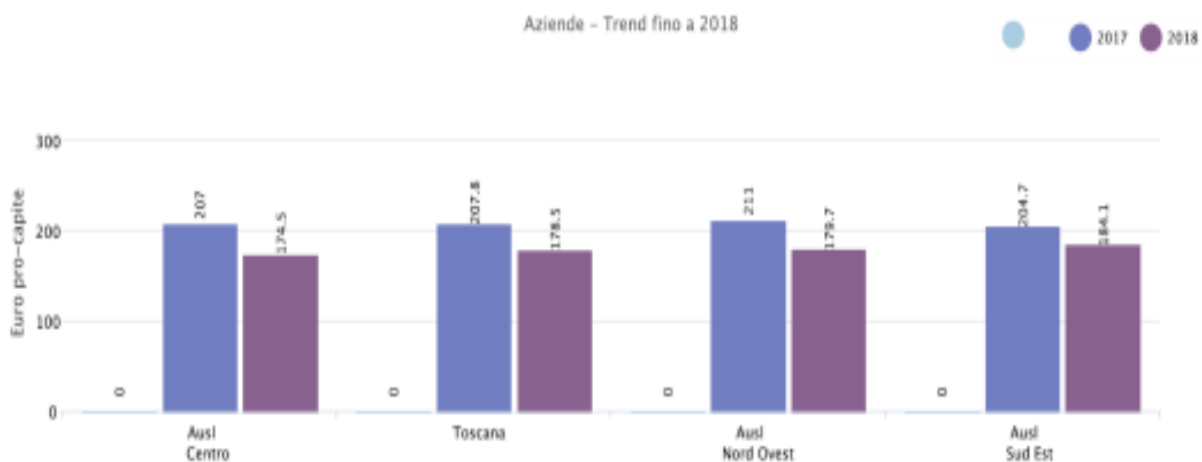


Grafico n.4

Infine il monitoraggio del MES sull'indicatore F.101C. , che si riferisce alla spesa convenzionata pro capite per assistito pesato residente nel 2018, rappresenta che la AUSL TC realizza il risultato più basso (116,5 euro) della regione (grafico n.5).

In tal modo si sono liberate risorse importanti da destinare al miglioramento dell'assistenza socio-sanitaria.

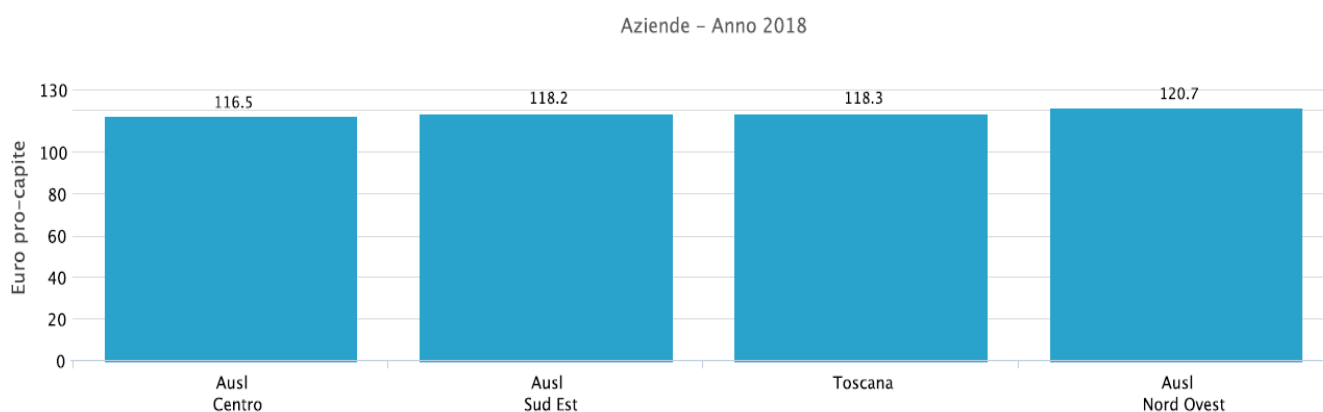


Grafico.5

## 1.8. Definizione e sviluppo nelle zone di sperimentazione del progetto "Infermiere della famiglia e della Comunità"

Obiettivi del progetto IFC:

- Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli di comunità;
- Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività;
- Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;
- Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. woundcare, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre);
- Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- Partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute;
- Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali;
- Garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa.
- Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17

Nell'anno 2018 è stata avviata la sperimentazione a Lastra a Signa, Montale/Agliana, Lamporecchio, Poggio a Caiano Carmignano, Castelfiorentino Montespertoli.

## 1.9. Qualità ed accreditamento

L'Azienda USL Toscana Centro ha "misurato" la propria organizzazione e la capacità di *governance* attraverso la verifica sperimentale da parte del gruppo di valutazione regionale che ha valutato il "processo" chirurgico aziendale, uno dei percorsi più articolati e complessi.

L'analisi, in pratica, ha riguardato l'intero percorso assistenziale di alcuni pazienti: dalla fase di accoglienza e pre-ospedalizzazione, all'intervento chirurgico fino alla dimissione.

Il Gruppo di Verifica ha verbalizzato: *"La Direzione aziendale ed il suo staff hanno dimostrato di aver colto lo spirito del nuovo accreditamento regionale inteso come strumento di governo clinico, di autovalutazione e di miglioramento continuo. La programmazione e le schede di budget sono costruite in modo da dare uno spazio ed un peso significativo agli obiettivi di qualità e sicurezza"*.

I punti di forza messi in evidenza sono stati: l'attenzione alle informazioni riguardo la preparazione all'intervento chirurgico ed al consenso informato, la rotazione dei chirurghi nei diversi presidi dell'azienda, la valorizzazione di tutta l'equipe, il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali e buone pratiche per la sicurezza del paziente e la continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

**Realizzazione di un "Sistema di Monitoraggio" delle performance** (dati di funzionamento e cruscotto informatizzato attraverso la cartella clinico-assistenziale Argos) comprensivo delle attività di elaborazione e restituzione dati (Recepimento Pratiche Sicurezza del Paziente (PSP) e Raccomandazioni Ministeriali (RM) della Regione Toscana) con sviluppo di progetti di miglioramento applicabili in ambito assistenziale all'interno del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico

### 1.10. Relazioni con il pubblico

Si riportano in sintesi i reclami trasmessi in Regione con il flusso dell'osservatorio regionale Carta dei Servizi. Un approfondimento sarà prodotto con la relazione di Pubblica Tutela.

AZIENDE	ASL TOSCANA CENTRO
TOTALE RECLAMI PERVENUTI	3242
ASPETTI RELAZIONALI	362
UMANIZZAZIONE	15
INFORMAZIONI	74
TEMPI DI ATTESA/ ACCESSIBILITA'	2037
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT	25
STRUTTURA E LOGISTICA	9
ASPETTI BUROCRATICI/ AMMINISTRATIVI E ORGANIZZATIVI	242
TECNICO-PROFESSIONALI	88
ALTRO	390

## 1.11. Prevenzione Collettiva

### 1.11.1. Piano Straordinario Lavoro Sicuro

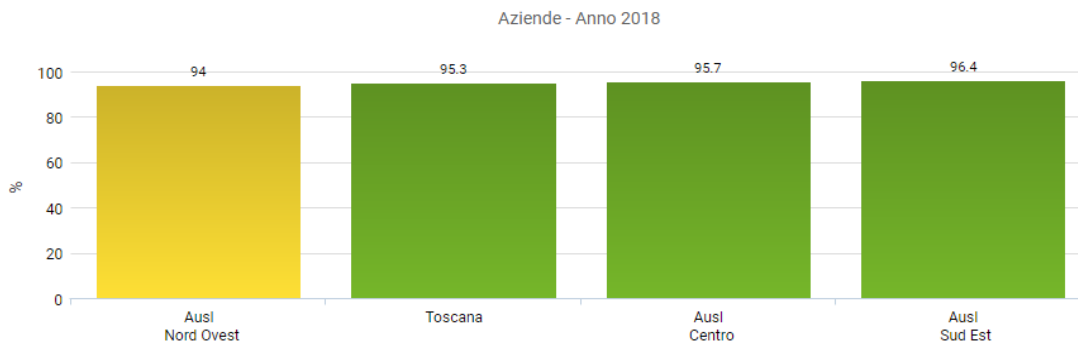
Dal 2014 è in atto un complesso piano di intervento nel settore produttivo a conduzione cinese, particolarmente attivo nel territorio di Prato e di Firenze, ma significativo anche sul territorio pistoiese. Mediante l'azione di un gruppo di operatori dedicato, in circa cinque anni, sono state verificate pressoché tutte le imprese, la cui concentrazione nel territorio della nostra Area Vasta è unica rispetto a tutto l'ambito nazionale. Nello specifico sono state completate due fasi di intervento, differenziate da un progressivo approfondimento degli aspetti di dettaglio dei sopralluoghi. L'attuale terza fase, avviata dal 1° aprile 2019, prevede un'estensione dei controlli a tutte le tipologie imprenditoriali di aziende a conduzione cinese, abbracciando oltre al comparto tessile, la logistica, l'agricoltura, il commercio e quant'altro presente sul territorio.

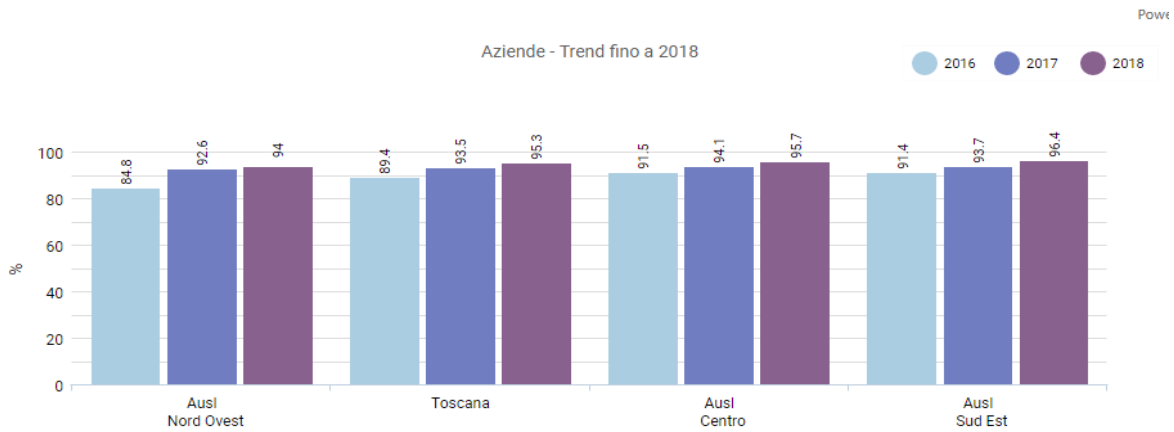
I risultati ad oggi ottenuti hanno consentito di migliorare significativamente le condizioni di sicurezza, riconducibili alla promiscuità degli ambienti di vita e di lavoro, contribuendo ad un processo di legalizzazione complessiva di questo sistema.

### 1.11.2. Campagna vaccinale

#### **Buona Copertura vaccino Morbillo Parotite Rosolia (MPR)**

##### B7.1 Copertura vaccino MPR

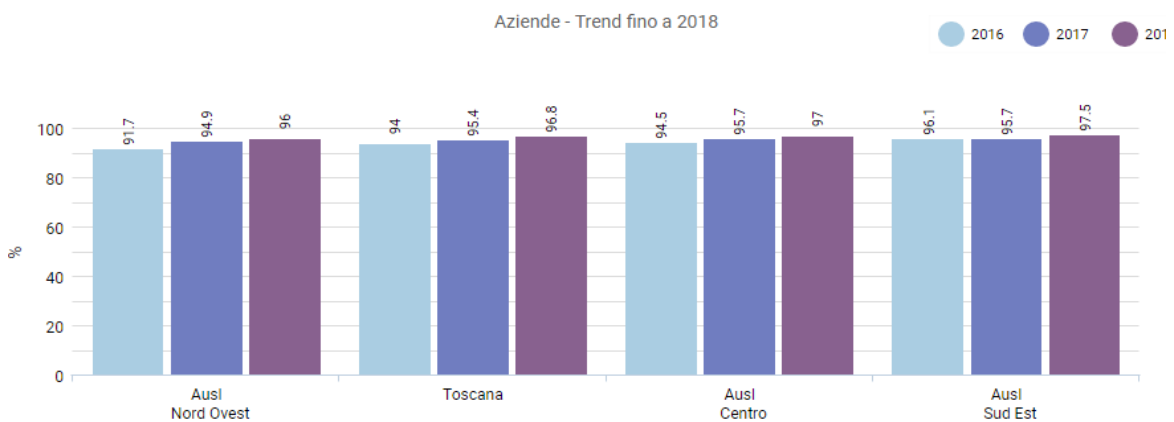
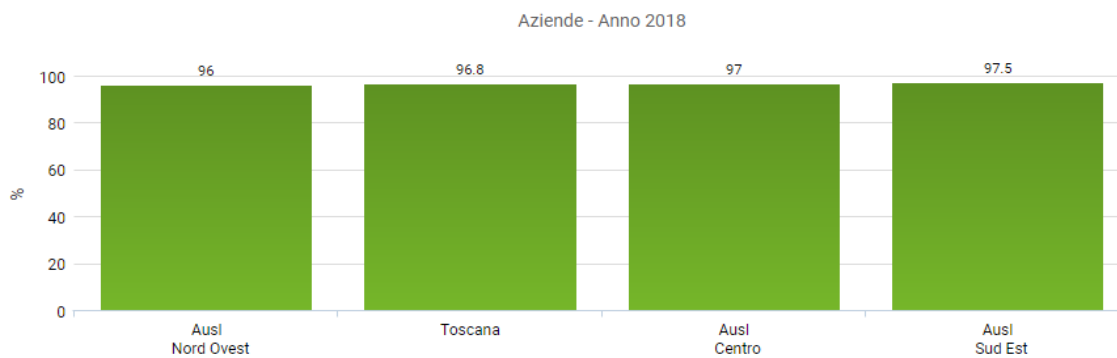




### **Buona copertura per vaccino esavalente**

Il vaccino cui si fa riferimento è l'esavalente, che comprende: poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, HIB (Haemophilus Influentiae di tipo B) .

### **B7.7 Copertura per vaccino esavalente**



## 1.12. Esiti

Esiti 2018 Preview PROSE

Infarto Miocardico Acuto

**IMA, rischio morte 30g per 100, AUSL Centro**  
**Valore aggiustato 6.33 - Valore grezzo 6.30 - Valore grezzo regionale 7**  
**Eventi 2618 - Periodo 2018**

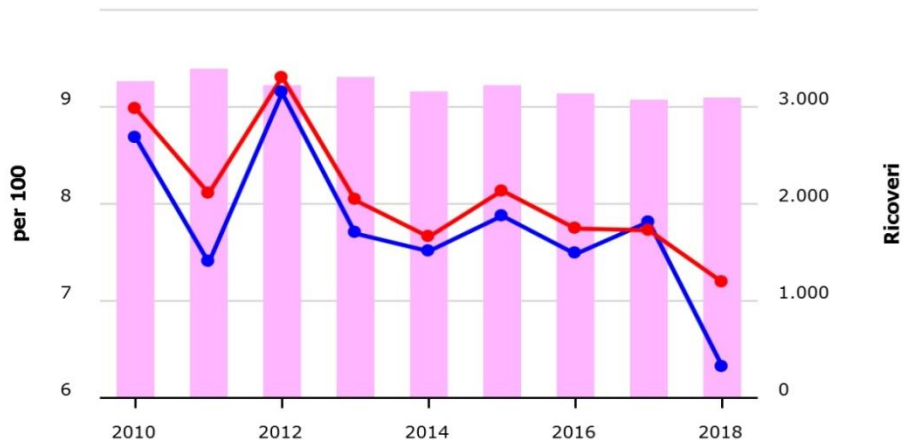


Fonte Prose ARS Toscana Periodo 2018 (dato provvisorio)

— Valore grezzo regionale ● Valore aggiustato

**La nostra azienda è migliore della media regionale senza arrivare alla significatività statistica**

**IMA, rischio morte 30g per 100**  
**AUSL Centro - Periodo: 2010-2018**



Fonte Prose ARS Toscana Periodo 2018 (dato provvisorio)

■ Volumi AUSL Centro

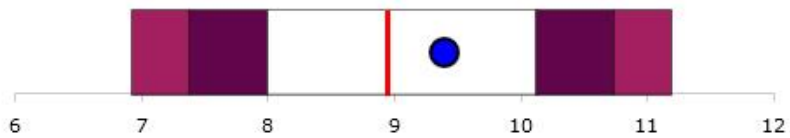
—● AUSL Centro

—● Regione

**Il trend è in miglioramento da anni con un balzo in avanti nel 2018**

**La nostra azienda è in media regionale**

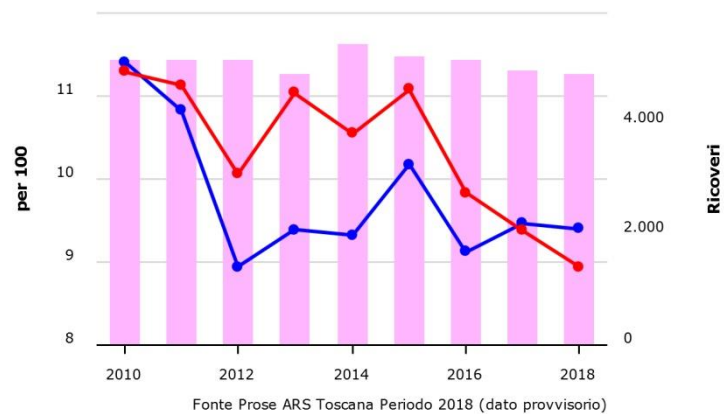
**Ictus, rischio morte 30g per 100, AUSL Centro**  
**Valore aggiustato 9.40 - Valore grezzo 9.60 - Valore grezzo regionale 8.90**  
**Eventi 2793 - Periodo 2018**



Fonte Prose ARS Toscana Periodo 2018 (dato provvisorio)

— Valore grezzo regionale ● Valore aggiustato

**Ictus, rischio morte 30g per 100**  
**AUSL Centro - Periodo: 2010-2018**

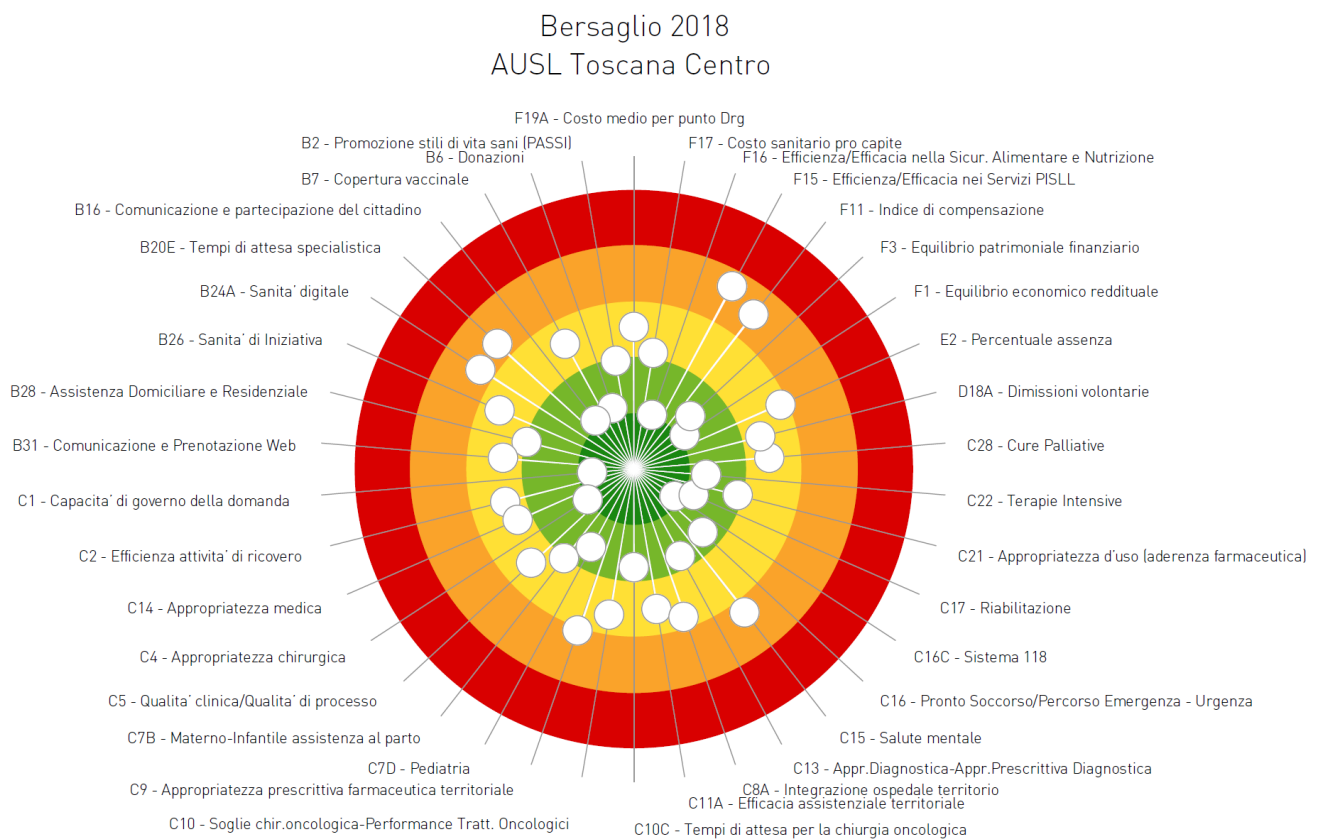


Fonte Prose ARS Toscana Periodo 2018 (dato provvisorio)

■ Volumi AUSL Centro  
 ● AUSL Centro  
 ● Regione

Il bersaglio 2018 dell'AUSL Toscana Centro presenta un bersaglio più concentrato rispetto all'anno precedente. In particolare si evidenzia un'ottima performance per quanto riguarda gli indicatori relativi all'appropriatezza chirurgica (C4a) e la capacità di contenimento dell'ospedalizzazione come risposta ai bisogni di salute (C1). Molto positive le performance aziendali anche per le donazioni d'organi (B6); l'efficacia nella sicurezza alimentare (F16) e l'equilibrio economico generale (F1). Buone le performance relative all'appropriatezza anche in altri ambiti quali l'appropriatezza d'uso dei farmaci (C21) e l'appropriatezza diagnostica. Buona anche la performance degli indicatori delle terapie intensive (C22), della riabilitazione (C17); del percorso materno infantile relativi al parto (C7b) e alla pediatria (C7d) ed anche del percorso di emergenza urgenza rappresentato da indicatori relativi all'appropriatezza (C16) ed alla tempestività per l'emergenza territoriale del sistema del 118 (C16C).

La sostenibilità economica e patrimoniale è positiva come rappresentato dal costo sanitario procapite (F17). Le aree da migliorare che figuravano nella fascia arancione nel 2017 sono complessivamente migliorate; rimangono margini di miglioramento per gli indicatori di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (F15) e dei tempi di attesa specialistica (B20E).





La problematica dei tempi di attesa ambulatoriali è considerata prioritaria e sono stati realizzati molteplici interventi.

E' proseguita in tutti gli ambiti territoriali confluiti nell'USL TC la rilettura dell'offerta in un'ottica di sistema, articolato per linee differenziate a seconda della tipologia di bisogno, in un'ottica di riprogrammazione di risposte organizzate e differenziate in base alla priorità, complessità e caratteristiche del bisogno espresso. Si è provveduto alla mappatura delle agende CUP, alla verifica del sistema di gestione, ovvero dell'apertura a scorrimento delle agende in tutti i territori dell'Azienda, dei meccanismi di blocco/sblocco automatici e dei livelli autorizzativi per le chiusure programmate, ricercando le modalità di gestione più efficienti per uniformarle in tutto il territorio aziendale.

I criteri di priorità, elaborati dal Dipartimento di Medicina Generale di concerto con i Dipartimenti ospedalieri interessati, sono stati condivisi capillarmente con medici prescrittori, attraverso la rete delle AFT dei Medici di Medicina Generale.

Per quanto riguarda le Urgenze, è stato ampliato il pacchetto di prestazioni prenotabili sia direttamente dai medici di medicina generale, telefonando ad un numero unico aziendale, sia dagli operatori abilitati tramite call center ed il modello è stato esteso a tutto l'ambito territoriale aziendale. I tempi medi di attesa registrati e la snellezza della procedura hanno determinato una significativa adesione a questa iniziativa, ancora in crescita, da parte dei prescrittori.

Per i codici B e D sono state articolate le agende su tutti i territori, in modo da garantire tempi certi per quelle situazioni cliniche per le quali la tempestiva effettuazione della prestazione condiziona la prognosi o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Al fine di garantire i tempi di attesa per ambito di Zona-Distretto, relativamente alle prestazioni di visita oculistica, ortopedica, cardiologica, dermatologica, ORL, neurologica; ecografia addome, Rx scheletro e diretta d'organo si è proceduto a ridefinire l'offerta, implementandola sia con attività aggiuntiva che con acquisizione da privato accreditato.

Sono stati perfezionati i sistemi di monitoraggio in tempo reale delle attese effettive per una lista di prestazioni critiche, su tutti gli ambiti territoriali, in modo da poter tempestivamente assumere le conseguenti azioni correttive. Numerosi sono stati infatti gli interventi sia di riorganizzazione che di implementazione delle prestazioni in ambiti specifici, che si sono dimostrati particolarmente critici. Buoni risultati sono stati ottenuti per es. per la consulenza cardiologica su Pistoia, Empoli e Firenze; per la diagnostica ecografica su Empoli; per la visita neurologica su Prato e Pistoia; per la visita oculistica su Pistoia e Prato.

In attuazione della DGRT 476/2018 e 750/2018, è stata attivata la funzione di "Gestione Operativa" per la Specialistica Ambulatoriale, rivolta ad assicurare la corretta gestione ed allocazione delle risorse necessarie per assicurare l'efficiente utilizzazione degli asset, partendo dalla domanda di prestazioni e dalla casistica attesa. Pertanto il livello di programmazione, secondo il dettato regionale, si svilupperà su tre livelli: un livello strategico in cui vengono stabiliti i volumi di produzione ed il tipo di casistica ambulatoriale da trattare da parte delle diverse unità

eroganti aziendali e del privato accreditato; un livello tattico nel quale viene definito il piano della domanda di prestazioni ed il suo monitoraggio in relazione alla disponibilità di risorse funzionali alla loro attivazione; un livello operativo che delinea la strutturazione dell'offerta assicurando il corretto sequenziamento delle attività programmate.

In tale ottica, gli strumenti a supporto del processo decisionale riferito alla gestione della produzione ambulatoriale nei diversi ambiti territoriali si fonderanno: sull'analisi predittiva della domanda, sul dimensionamento ed assegnazione delle aree di produzione, sul monitoraggio dell'offerta organizzata in agende di prenotazione e sull'avvio di progetti per la riduzione dei tempi di attesa, in attuazione della DGRT 914/2018, per quanto riguarda le prime visite, le prestazioni di endoscopia digestiva, TC, RM.

## 2. Analisi del Contesto e delle Risorse: Aggiornamento quadro risorse umane, strumentali e tecnologiche

### 2.1 Risorse umane

L'Azienda USL Toscana Centro pone al centro del proprio sistema la risorsa umana quale leva strategica e fattore critico di successo.

Il triennio appena passato caratterizzato dall'implementazione della nuova organizzazione aziendale ha confermato la necessità di mantenere una politica del personale flessibile e che si adatti efficacemente alla realtà quotidiana, con strumenti dinamici e modulari.

Con verbale di concertazione del 3 ottobre 2018 si è concluso il processo di definizione del sistema degli incarichi dirigenziali dell'Azienda USL Toscana Centro, con la definizione degli strumenti di valutazione per la performance annuale e professionale, differenziata tra incarichi gestionali e professionali. Ciò consentirà di procedere per l'anno 2018 ad erogare il saldo di risultato utilizzando criteri uniformi a livello aziendale, come programmato.

Nella seconda parte del 2019 si avvierà il confronto con le organizzazioni sindacali del comparto per l'implementazione del nuovo sistema degli incarichi e di valutazione individuale. Risulta concluso e in fase di applicazione anche il sistema degli incarichi di alta valenza per il personale dirigenziale.

Quanto alla Dirigenza Amministrativa e Tecnico professionale si sta già predisponendo un sistema di pesature degli incarichi che porterà a declinare il peso dell'incarico con le responsabilità assegnate, superando l'attuale classificazione per fascia economica.

#### Il personale dipendente

L'AUSL Toscana Centro conta oltre le 14.000 unità di personale dipendente assunto sia a ruolo che a tempo determinato.

Nella tabella che segue la suddivisione nelle varie qualifiche

<b>Tempo indeterminato</b>	<b>13987</b>
Dirigenti	2777
Dirigenti medici	2385
Dirigenti veterinari	63
Dirigenti sanitari	221
Dirigenti professioni sanitarie	22
Dirigenti prof.-tecn.	41
Dirigenti amministrativi	45
Comparto sanitario	7555
Infermieri	5502
Tecnici di laboratorio	295
Tecnici di radiologia	294

Altro personale	1464
Comparto prof.-tecn.	2392
OSS	1428
Altro personale	964
Comparto amministrativi	1263
<b>Tempo determinato</b>	<b>431</b>
Dirigenti	94
Dirigenti medici	63
Dirigenti veterinari	2
Dirigenti sanitari	22
Dirigenti professioni sanitarie	1
Dirigenti prof.-tecn.	4
Dirigenti amministrativi	2
Comparto sanitario	114
Infermieri	26
Tecnici di laboratorio	27
Tecnici di radiologia	10
Altro personale	51
Comparto prof.-tecn.	200
OSS	106
Altro personale	94
Comparto amministrativi	23

## 2.2 Risorse economico-finanziarie

### 2.2.1. Obiettivi 2018

Terminato l'esercizio 2017, l'Azienda USL Toscana Centro, in sede di programmazione delle attività e delle risorse economico finanziarie a sostegno di tali attività, ha predisposto il Bilancio di previsione 2018 ed ha fornito in corso d'anno, mensilmente, a Regione Toscana dati di monitoraggio dell'andamento del conto economico per consentire una valutazione costante dell'andamento dei conti.

Gli obiettivi economici, utili alla predisposizione del Bilancio di Previsione 2018, hanno tenuto conto delle indicazioni impartite alle Pubbliche Amministrazioni tramite le leggi finanziarie e delle indicazioni ricevute dalla Regione Toscana che prevedono il raggiungimento del pareggio di bilancio e il contenimento di alcune specifiche voci di spesa:

- previsione della spesa del personale che non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 %;

- costi relativi alla farmaceutica territoriale (quindi alla farmaceutica convenzionata, alla distribuzione diretta, alla distribuzione per conto ed ai vaccini)
- costi relativi alla farmaceutica ospedaliera (comprendente anche i farmaci per la cura dell'epatite C);
- rinvio alla normativa vigente (L. 122/2010, L.R.T. n.65/2010 e DGR 81/2012) per quanto concerne le indicazioni relative al contenimento delle spese di funzionamento (a titolo esemplificativo spese di pubblicità, rappresentanza, missioni, formazione...).

Tutto questo tenendo conto del perseguimento della riduzione delle liste d'attesa, in potenziale controtendenza agli obiettivi di contenimento della spesa ma che spinge alla massimizzazione dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

### **2.2.2. Risultati 2018**

Per raggiungere l'obiettivo economico-finanziario definito dalla programmazione regionale l'Azienda ha messo in atto misure di razionalizzazione e contenimento dei costi, secondo quanto disposto dalla normativa nazionale in materia sanitaria, garantendo al contempo il mantenimento della qualità dei servizi forniti ai cittadini.

L'osservanza degli obiettivi sopra riportati, in presenza di rilevanti difficoltà legate anche a fattori esogeni come ad esempio l'invecchiamento della popolazione ed il relativo aumento delle prestazioni socio-sanitarie erogate nonché del processo di riduzione delle liste di attesa con limitate risorse disponibili, ha comportato anche per il 2018 sforzi gestionali atti a rendere più efficiente l'impiego di tali risorse.

Una delle principali leve utilizzate in corso d'anno è stata quella di individuare azioni di contenimento della spesa assieme a tutti i responsabili di Dipartimento, sia sanitari che amministrativi, ovvero attraverso il proseguimento di specifici progetti aventi come obiettivo il contenimento della spesa.

Per la farmaceutica ci sono state importanti razionalizzazioni sulla voce degli acquisti sanitari e della farmaceutica convenzionata che hanno riguardato l'appropriatezza prescrittiva ad esempio dei farmaci per la cura del diabete, per le patologie dell'apparato cardiovascolare, per i farmaci anti demenza e scendendo nel dettaglio, specialmente per la farmaceutica convenzionata, di farmaci inibitori di pompa, sartani, antidepressivi, farmaci respiratori, antibiotici, genericabili, Vit D. ecc.

Per le risorse umane è proseguito l'utilizzo dei carichi di lavoro, strumento che ha assunto un ruolo fondamentale nel nuovo assetto organizzativo delineato per la pubblica amministrazione italiana dalla normativa degli ultimi anni. L'ottimale allocazione delle risorse di personale è infatti condizione necessaria per realizzare gli sperati recuperi di efficienza nel settore pubblico.

## 2.3 Risorse tecnologie informatiche

Le attività di progettazione e sviluppo informatico sono proseguite in linea con quanto avviato negli anni precedenti, ossia un percorso progettuale e organizzativo teso all'unificazione delle procedure aziendali come presupposto strumentale all'unificazione dell'Azienda a supporto dell'omogeneizzazione dei percorsi clinici.

Le numerose integrazioni in corso di realizzazione consentono percorsi ottimizzati funzionali al miglioramento dell'ergonomia di utilizzo degli applicativi da parte del personale.

In dettaglio:

- è stato acquisito il software unico aziendale di Pronto Soccorso. Dopo il completamento delle sedi di Empoli, Prato, Pistoia e Pescia, in linea con gli intenti dell'anno precedente, il software è stato esteso negli ospedali di Firenze;
- la cartella clinica elettronica è in uso presso le aree di Firenze, Prato e Pistoia;
- è avanzata la progettualità per l'unificazione del software di gestione del percorso chirurgico, con un'unica istanza per l'intera Azienda passando anche alla nuova versione tecnologicamente più avanzata;
- è in corso l'acquisizione di un software unico per la gestione del CUP, libera professione, day service e rendicontazione ticket;
- è in corso l'unificazione della cartella territoriale che comprende: la gestione della cartella infermieristica territoriale, cartella sociale e cartella sociosanitaria. Il nuovo software consentirà non solo una efficace e unitaria gestione dei pazienti in contesto territoriale, ma anche di sostanziare le recenti iniziative regionali e nazionali in materia di continuità ospedale-territorio;
- seguendo il progetto regionale, la Azienda USL si doterà di un software unico per la gestione e catalogazione a più livelli del patrimonio immobiliare;
- gara aggiudicata per la realizzazione di un sistema di conservazione a norma unico per l'intera azienda. Questo riceverà documenti, immagini cliniche e referti da tutti gli applicativi aziendali procedendo verso una progressiva riduzione della conservazione cartacea;
- è stata attivata la piattaforma di telemedicina, già integrata con Pronto soccorso e cartella clinica elettronica che consente la collaborazione clinica a distanza tra professioni diverse, eventualmente afferente a differenti aziende, con la condivisione di casi clinici nel rispetto delle regole sul rischio clinico e in aderenza con le normative sulla privacy;
- in corso di aggiudicazione la gara per un software unico di Anatomia Patologica;
- è in fase conclusiva il progetto relativo all'interoperabilità dei laboratori. Funzionalità che consentirà, tra l'altro, di concentrare presso alcuni laboratori la produzione di esami specifici;
- avanzata progettualità per unificazione della cartella clinica elettronica dedicata alle rianimazioni;
- è stato acquisito il software per la gestione della privacy in linea con la nuova normativa

## GDPR

Le integrazioni realizzate hanno dato i risultati attesi in termini architetturali. Tutte le nuove applicazioni infatti si appoggiano su un unico sistema di autenticazione degli utenti (LDAP), condividono la stessa anagrafe dei pazienti e a breve sfrutteranno un unico repository XDS.

Il servizio SPOC a supporto dei problemi relativi alle postazioni di lavoro ha gestito una media di circa 5000 ticket al mese. Dall'avvio della locazione operativa, sono state sostituite o fornite come nuove circa 4500 postazioni. Le interviste sul gradimento del servizio, ha restituito una media di voti favorevoli di oltre il 90%.

### 2.4 Risorse tecnologie sanitarie

In ASL Toscana Centro è istituita la Commissione di valutazione apparecchi elettromedicali, attrezzature generico sanitarie e arredi sanitari che si configura come organismo tecnico di valutazione e di supporto dei processi decisionali del Direttore Generale, Direttore Sanitario e degli stessi clinici in materia di apparecchi elettromedicali, attrezzature generico sanitarie e arredi sanitari e ha fra i suoi compiti quello di supportare la Direzione Aziendale nella predisposizione del piano investimenti, favorendo scelte uniformi all'interno del territorio aziendale/ambito dipartimentale, dirette alla riduzione della variabilità d'uso e di consumo e all'omogeneizzazione dello standard tecnologico.

Con cadenza periodica, generalmente annuale e comunque in accordo con le indicazioni della Regione Toscana, la Commissione predispone un piano investimenti triennale per l'acquisizione di apparecchi elettromedicali, attrezzature generico sanitarie e arredi sanitari da sottoporre all'attenzione della Direzione Aziendale. Il piano recepisce le esigenze di rinnovo, implementazione e innovazione di beni sanitari provenienti dai professionisti o dalla Direzione Aziendale integrate con la valutazione degli strumenti obsoleti, sottoposti a guasti frequenti, che potrebbero essere non riparabili in caso di guasto o che non sono più rispondenti ai requisiti normativi.

La DGRT 804 del 24.07.2017 ha approvato il piano regionale delle tecnologie biomediche per il triennio 2017-2019 che prevedeva per ciascuna apparecchiatura l'assegnazione di un grado di priorità nel percorso di acquisizione.

Nel corso del 2018, oltre alle acquisizioni programmate da piano si è provveduto a soddisfare le esigenze non previste legate a urgenze organizzative o tecnologiche quali apertura di nuove attività, guasti o furti.

Non potendo dettagliare tutte le acquisizioni si evidenziano solo le acquisizioni più significative del 2018 (apparecchiature già installate e collaudate o ancora in fase di gestione da parte di ESTAR e che si presume verranno installate nel corso del 2019) e che hanno interessato: -Dipartimento diagnostica per Immagini: 5 ecografi di alta fascia e 3 angiografi destinati a varie sedi aziendali, rinnovo e implementazione delle TAC aziendali (4 TC 64 slice per Borgo San Lorenzo, Empoli, Prato, OSMA; 1 TC 128 slice per SMN, 1 TC big bore per OSMA)

- Dipartimento specialistiche chirurgiche: laser olmio per PO Prato, 6 colonne laparoscopiche 3D di cui due 4K, allestimento completo delle nuove sale operatorie del PO SMN (monitor, apparecchi anestesia, elettrobisturi, tavoli operatori ecc), 30 schermi e pc RISPACS per vari presidi aziendali, allestimento di 5 sale integrate, laser multidisciplinare, ecografo per chirurgia vascolare, numerose attrezzature per l'area Testa-collo (microscopio operatorio, OCT, fluorangiografo, 30 riuniti odontoiatrici, ecc) e per l'urologia (ureteroscopi, videocistoscopi, elettrobisturi, ecc).
- Dipartimento delle specialità mediche: implementazione del settore ecografico con acquisizione di 4 ecografi di fascia alta e 3 di fascia media, avvio del progetto telemetrie che verrà completato nel corso del 2019 in tutta l'azienda, rinnovo e integrazione delle tecnologie in endoscopia digestiva che è stato completato nel 2019 con l'acquisizione mediante noleggio di complessive 19 colonne complete di accessori e 100 strumenti.
- Dipartimento materno infantile: acquisto di 4 ecografi di cui tre top di gamma/alta fascia, implementazione del numero di ventilatori polmonari neonatali, fornitura delle tecnologie necessarie all'apertura della nuova sala parto operativa del PO Pescia
- Dipartimento emergenza e area critica: rinnovo e integrazione dei ventilatori polmonari, degli apparecchi per anestesia e dei defibrillatori con fornitura che si completerà nel corso del 2019, acquisto di 4 ecografi, acquisizione di una TAC destinata al PS del presidio OSMA.



### **3. Misurazione e valutazione della performance: risultati ottenuti rispetto agli obiettivi con misurazioni intermedie e descrizione di come si è svolto il processo di misurazione e valutazione nel suo complesso**

Nell'anno 2018 gli obiettivi sono stati attribuiti al personale dirigenziale titolare di budget (Direttori di Dipartimento, di Struttura Operativa Complessa, di Struttura Operativa Semplice dipartimentale e Struttura Operativa Semplice).

La valutazione ha indagato due dimensioni:

- Obiettivi di natura economico finanziaria (scheda A), tenuto conto anche degli obiettivi di attività assegnati a livello di struttura
- Obiettivi di qualità e sicurezza, di attività e progettuali (Scheda B)

L'Organismo Indipendente di Valutazione 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

Gli indirizzi per la programmazione annuale sono stati indicati dalla Direzione Aziendale, dalla Delibera regionale degli obiettivi per le Direzioni Aziendali, dagli Atti normativi nazionali e regionali (DM 70/2015; delibere regionali di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale; reti assistenziali per patologie tempo dipendenti – Ictus, Infarto Miocardio, Politrauma), tenendo conto delle informazioni derivanti dal Sistema Regionale di valutazione MeS e dal Programma Regionale e Nazionale valutazione degli esiti PROSE-ARS/AGENAS. Gli obiettivi socio-sanitari relativi ai Dipartimenti territoriali ed alle Zone/Distretto hanno tenuto conto anche di quanto deliberato nei Piani Operativi Annuali (POA) delle Società della Salute anno 2018. Per la valutazione degli obiettivi quantitativi sono stati individuati indicatori basati sui flussi disponibili. Il set di tali indicatori è stato reso disponibile dal Controllo di Gestione tramite apposita pagina web aziendale consultabile anche dai professionisti (WAB).

Le fasce di merito per la valutazione sono in linea con la DGRT 465/2012 che prevede, secondo criteri di valorizzazione del merito:

- fascia A: dipendenti con punteggio tra il 90% e il 100% del massimo (attribuzione economica 100%)
- fascia B: dipendenti con punteggio tra 75% e 89% del massimo (attribuzione economica 80%)
- fascia C: dipendenti con punteggio tra 60% e 74% del massimo (attribuzione economica 60%)
- fascia D: dipendenti con punteggio inferiore al 60% (attribuzione economica 50%)

Per la parte economica, accanto all'obiettivo generale sul mantenimento dei consumi sanitari in primis per i Dipartimenti ospedalieri, si sono aggiunte le azioni di risparmio su specifiche molecole individuate dalla SOS Appropriata Prescrittiva riguardanti tutti i canali distributivi (distribuzione diretta, distribuzione per conto, convenzionata, consumo interno). Le schede economiche sono state predisposte oltre che per i Dipartimenti (Aree, SOC, SOS e SOSd) ospedalieri ed il Farmaco anche per gran parte delle strutture territoriali (Dip, Salute Mentale e Dipendenze, Rete Sanitaria Territoriale, Prevenzione, Dip. Servizi Sociali e Responsabili di Zona\_Società della Salute) estendendo gli item di negoziazione per ricomprendere voci di costo a maggiore rilevanza economica sul territorio e quindi sulle zone (rette di ricovero, appalti, contributi, farmaceutica convenzionata).

### 3.1 ESEMPIO SCHEDA A Ospedale



## Azienda USL Toscana Centro

**OBIETTIVI DI BUDGET ECONOMICO 2018**

*periodo: anno 2017 provvisorio*

Dipartimento delle Specialistiche Mediche

SOC Medicina Interna SGD

Responsabile:

CONSUMI SANITARI	ANNO 2016 DEF		ANNO 2017 PROVVISORIO		BUDGET 2018
	Totali	di cui derivati	Totali	di cui derivati	Totali
Materiali per la profilassi (vaccini)	129	129	51		
Prodotti chimici	66.880	49.096	60.281	41.471	
Dispositivi medici	271.390	212.405	257.382	201.789	
Prodotti dietetici	1.663	861	1.447	969	
Medicinali AIC	252.684	168.327	230.038	144.889	
<b>TOTALE</b>	<b>592.746</b>	<b>430.818</b>	<b>549.200</b>	<b>389.119</b>	<b>543.708</b>
var. 2017/2016			-7,3%		
var. attesa 2018/2017					-1%

NOTA: L'importo di Budget 2018 assegnato è soggetto ad eventuali ulteriori modifiche, che potranno essere predisposte dalla Regione Toscana, in relazione alle misure di appropriatezza farmaceutica, e ad eventuali ulteriori modifiche decise dalla Direzione Aziendale nell'ambito del Piano del 2017 è provvisorio e l'importo definitivo sarà comunicato ai Direttori dopo la chiusura della contabilità di magazzino "anno 2017", presumibilmente non oltre il mese di settembre 2018

OBIETTIVI SU SPECIFICHE MOLECOLE-ATC: 3 - 8 - 12 - 13 - 15.1 - 15.2 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23.1-23.2 - 31 - 32					
ob		Q 2017	IMP 2017	ris 2017	ob 2018
<b>ob 3) DUTASTERIDE</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	dutasteride	150	91	63%	95%
	finasteride	90	5		
		<b>240</b>	<b>96</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	dutasteride	480	310	52%	95%
	finasteride	435	25		
		<b>915</b>	<b>335</b>		
<b>ob 8) PPI</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	esomeprazolo	192	659	4%	0%
	lansoprazolo	3.836	0	77%	10%
	omeprazolo	490	42	10%	70%
	pantoprazolo	408	314	8%	20%
	rabeprazolo	56	0	1%	0%
		<b>4.982</b>	<b>1.014</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	esomeprazolo	542	1.832	3%	0%
	lansoprazolo	12.208	0	79%	10%
	omeprazolo	1.774	212	11%	70%
	pantoprazolo	996	741	6%	20%
		<b>15.520</b>	<b>2.786</b>		
<b>ob 12) IPOGLICEMIZZANTI ORALI ed INSULINE</b>					
<b>FIRENZE</b>	costo totale 2017		8.886.610		
	pop pesata 2017		843.416		
	costo procapite 2017		10,54		
	best practice 2017/18 - Pistoia		10,18		
	risparmio 2018				300.635
					<b>ob 2018</b>
<b>ob 13) ANTIPSICOTICI FORMULAZIONE ORALE</b>					
<b>FIRENZE</b>	costo totale 2017		1.066.619		
	pop pesata 2017		843.416		
	costo procapite 2017		1,2646		
	best practice 2017/18 - Pistoia		1,0868		
	risparmio 2018				149.994
					<b>ob 2018</b>
<b>ob 15.1) Parnaparina (EBPM)</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	enoxa	528	1.071		
	parna	2.184	2.789	81%	60%
		<b>2.712</b>	<b>3.860</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	enoxa	1.324	2.558		
	parna	8.520	11.085	87%	60%
		<b>9.844</b>	<b>13.643</b>		
<b>ob 15.2) Fondaparinux</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	fondaparinux	430	690	13,5%	7,5%
	altre eparine	2.752	3.900		
		<b>3.182</b>	<b>4.590</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	fondaparinux	1.930	3.362	16,3%	7,5%
	altre eparine	9.882	13.737		
		<b>11.812</b>	<b>17.099</b>		
<b>ob. 19) Pregabalin</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	generico	98	4	35%	95%
	originator	182	93		
		<b>280</b>	<b>97</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	generico	490	25	24%	95%
	originator	1.568	906		
		<b>2.058</b>	<b>930</b>		
<b>ob 20) Levetiracetam</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	generico	100	822	0%	50%
	originator	<b>100</b>	<b>822</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	generico	130	258	0%	50%
	originator	<b>130</b>	<b>258</b>		
<b>ob. 21) Eritropoietine</b>					
<b>Medicina Interna SGD</b>	biosimilare	37	598	100%	95%
	originator				
		<b>37</b>	<b>598</b>		
<b>Setting medici A-C-D-E SGD</b>	biosimilare	44	416	100%	95%
	originator				
		<b>44</b>	<b>416</b>		

## 3.2 ESEMPIO SCHEDA A Territorio



# Azienda USL Toscana Centro

### OBIETTIVI DI BUDGET ECONOMICO 2018

periodo: anno 2017 provvisorio

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Area Salute Mentale Adulti

91115 - UFC SMA Firenze

Responsabile: \_\_\_\_\_

Responsabile: \_\_\_\_\_

Responsabile: \_\_\_\_\_

CONSUMI SANITARI	ANNO 2016 DEF	ANNO 2017 PROVVISORIO	BUDGET 2018
MEDICINALI AIC	110.909	100.072	100.072
MEDICINALI SENZA AIC			0
DISPOSITIVI MEDICI	14.782	18.202	18.202
DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI			0
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)			0
PRODOTTI DIETETICI			0
PRODOTTI CHIMICI	2.103	2.023	2.023
ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI			0
<b>TOTALE CONSUMI SANITARI</b>	<b>127.794</b>	<b>120.296</b>	<b>120.296</b>
var. 2017/2016		-5,9%	
var. attesa 2018/2017			0,0%

CONSUMI NON SANITARI	ANNO 2016 DEF	ANNO 2017 PROVVISORIO	BUDGET 2018
PRODOTTI ALIMENTARI			0
PRODOTTI GUARDAROBA, LAVANDERIA E PULIZIA	2.014	4.430	4.430
COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRIFICANTI			0
SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLERIA	6.511	5.229	5.229
MATERIALE PER MANUTENZIONE	91	126	126
ALTRI BENI NON SANITARI	5.505	4.546	4.546
<b>TOTALE CONSUMI NON SANITARI</b>	<b>14.121</b>	<b>14.331</b>	<b>14.331</b>
var. 2017/2016		1,5%	
var. attesa 2018/2017			0,0%

RETTE CONTRIBUTI E APPALTI	ANNO 2016 DEF	ANNO 2017 PROVVISORIO	BUDGET 2018
RETTE	3.984.774	3.650.000	3.650.000
CONTRIBUTI	340.000	348.191	350.000
APPALTI	4.960.828	4.182.329	4.203.514
<b>TOTALE RETTE CONTRIBUTI E APPALTI</b>	<b>9.285.602</b>	<b>8.180.520</b>	<b>8.203.514</b>
var. 2017/2016		-11,9%	
var. attesa 2018/2017			0,3%


TOTALE CONSUMI SANITARI + CONSUMI NON SANIT. + RETTE CONTRIBUTI E APPALTI	ANNO 2016 DEF	ANNO 2017 PROVVISORIO	BUDGET 2018
	9.427.517	8.315.147	8.338.141
var. 2017/2016		-11,8%	
var. attesa 2018/2017			0,3%

Nella definizione degli obiettivi della scheda B sono state utilizzate sia la metodologia “top down” (attribuzione a cascata di macro-obiettivi derivanti dagli indirizzi) che quella “bottom up” (definizione obiettivi specifici attraverso il confronto con gli operatori). Sono stati inoltre ricompresi alcuni obiettivi 2017 che non avevano trovato completo compimento nell’anno di riferimento, opportunamente rimodulati e riqualificati.

In occasione delle attività di monitoraggio si è provveduto inoltre ad una ridefinizione degli obiettivi o dei risultati attesi e/o della loro nuova pesatura in relazione all’emergere di livelli di non fattibilità, non identificabili nella fase negoziale, o di disomogeneità del livello di difficoltà dei risultati attesi attribuiti.

Nei mesi di dicembre 2017, gennaio e febbraio 2018 sono stati effettuati incontri preliminari con i Direttori di Dipartimento e di Area al fine di confrontarsi con gli obiettivi definiti dalla Regione Toscana ed individuare le progettualità più rilevanti e prioritarie anche alla luce dei risultati 2017.

### 3.3 ESEMPIO SCHEDA B

Azienda Sanitaria Toscana Centro					BUDGET 2018	
 Dipartimento Materno Infantile Area Pediatria						
Sezione	Obiettivo	Risultato atteso	Corresponsabile	Peso	Peso	
Economica	Vedi scheda allegata			0,x		
Sanitaria				(1-0,x)		
Qualità e Sicurezza	Partecipazione 3 Audit clinici e 6 M&M	Documenti a supporto per la realizzazione	Rischio Clinico Aziendale	20		5
	Garantire il raggiungimento dei requisiti di accreditamento per la totalità dei processi che concorrono a realizzare	≥70%	SOS Qualità e sicurezza delle cure			5
	Rilevazione qualità ed esaustività su campione del 5% delle cartelle cliniche (compreso handover)	Reportistica	SOS Qualità e Sicurezza, Rete Ospedaliera			10
Attività	Analisi delle casistiche che accedono al PS e definizione percorsi per la gestione di potenziali urgenze pediatriche a partenza dal territorio	Documento concernente volumi di attività, indicatori di processo ed esito e piano di sviluppo		45		10
	Piano di cura personalizzato per i bambini con problemi complessi (neoplasie, malattie croniche) per la continuità assistenziale	Report attività	Rete Sanitaria Territoriale			10
	Casi Clinici, sistema di valutazione su singolo paziente: analisi dell’attività del team dedicato all’emergenza psichiatrica infanzia adolescenza	1 casi (anche di altre articolazioni organizzative)	Dip Salute Mentale e Dipendenze			10
	Casi Clinici: sistema di valutazione su singolo paziente attraverso analisi degli scostamenti rispetto al PDTA per la presa in carico dei neonati pre termine, di basso peso alla nascita e con fattori di rischio neuro evolutivi	2 casi	Dip Salute Mentale e Dipendenze			10
	Migliorare la completezza e la tempestività dei debiti informativi rispetto ai dipartimenti di appartenenza	Livelli di copertura Prescrizione de materializzata >90%				5
Progetti	Realizzazione di reportistica che descriva le azioni poste in essere per gli obiettivi definiti nel piano strategico di rientro e per l’equità di distribuzione delle risorse inerenti alla farmaceutica	Report quadrimestrali	Dip Farmaco, SOS appropriatezza prescrittiva, Pls	25		10
	Protocollo e piano di attività per vaccinazioni pediatriche nel bambino con allergia	Definizione di un percorso condiviso con la rete pediatrica regionale o definizione di percorso aziendale				5
	In base alla analisi delle situazioni locali, ai volumi dei punti nascita ed i seguenti indicatori: % parti cesarei; % parti operativi; % parti cesare primari e complicanze del parto. Definire le performance delle articolazioni organizzative attraverso standard ragionati per gli indicatori C7.1 e C7.6 e % parti cesarei primari.	Produzione di documento aziendale, in base alla analisi delle situazioni locali, e proposta di un piano d’azione per definire la rete, i piani di intervento e gli standard per le articolazioni organizzative degli indicatori C7.1 e C7.6), parti cesarei primari e complicanze del parto e puerperio	SSOCC afferenti all’area e SOC Ostetricia Professionale			10
	Realizzazione PDTA: trauma cranico, sepsi pediatriche e la gestione del ritardo di crescita	Definizione priorità, realizzazione PDTA e disseminazione	Articolazioni organizzative afferenti all’area pediatrica			10

Al fine di favorire l'integrazione dei Dipartimenti e le sinergie necessarie al raggiungimento di molti degli obiettivi si è ritenuto utile predisporre una unica matrice che ha correlato gli obiettivi ed il risultato atteso con tutti i dipartimenti concorrenti. E' stato inoltre individuato, per ogni obiettivo, un Dipartimento "capofila" identificato come punto di riferimento e coordinatore delle azioni tese al raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Altro riferimento utile è il sito relativo al Sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane curato dal MeS di Pisa.

Durante il corso dell'anno 2018 sono stati effettuati monitoraggi a livello dipartimentale per la verifica in itinere degli obiettivi anche per l'attualizzazione degli stessi e ridefinizione degli standard. Gli incontri di monitoraggio si sono realizzati prima dell'estate ed in autunno.

Inoltre sono stati effettuati una serie di incontri con alcune strutture organizzative, coinvolgendo tutti gli operatori delle strutture stesse.

Sono state effettuate, inoltre, riunioni "plenarie" con la partecipazione di tutti i Direttori di Struttura Complessa e Semplice.

### **3.4 Obiettivi quantitativi e qualitativi**

Gli indicatori quantitativi relativi ad obiettivi di carattere generale sono stati inseriti nella matrice degli obiettivi dei Dipartimenti. Trovano qui spazio, ad esempio, indicatori legati all'appropriatezza medica e chirurgica (Lea Medici e Lea Chirurgici), al contenimento dell'attesa (relativamente a prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in particolare oncologiche), all'efficienza nell'impiego della risorsa ospedaliera (indice di performance degenza media per DRG medici e chirurgici, riduzione della variabilità del numero dei posti letto nel corso dell'anno) e della filiera Pronto Soccorso – degenza (attesa per i vari codici colore in PS, attesa entro le 8 ore per il ricovero, raccordi funzionali PS – degenze).

Nelle schede relative a SOC e SOS sono presenti indicatori quantitativi specifici che indagano aspetti legati all'appropriatezza (esempio appropriatezza diagnostica per TC e RMN) ma anche alla qualità professionale.

Aspetto di particolare rilevanza è quello relativo all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, da considerarsi condizione indispensabile per un'adeguata programmazione sanitaria che tenga conto sia dei bisogni effettivi e della domanda di salute che dei criteri di sostenibilità economica del sistema sanitario.

Altro aspetto di interesse sono i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di diagnosi strumentale; considerata la rilevanza dell'argomento sono stati inseriti sia indicatori quantitativi, che ripropongono i tempi previsti dalle normative regionali, che qualitativi finalizzati alla promozione di interventi anche organizzativi orientati al contenimento dell'attesa quali ad esempio la stratificazione dell'accesso alle prestazioni sulla base delle condizioni cliniche.

Gli obiettivi quantitativi sono in fase di valutazione da parte dell' Area Pianificazione ed Analisi Performance Sanitaria in collaborazione con la SOC Analisi Dati Attività Sanitaria e programmazione operativa.

Vista la numerosità e complessità delle strutture da valutare ,gli obiettivi qualitativi relativi a progettualità specifiche saranno oggetto di autocertificazione da parte dei direttori di struttura e di dipartimento.

Saranno comunque svolte attività di verifica a campione in accordo con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Di seguito un esempio di una tipologia di scheda di autovalutazione in cui viene specificato il documento prodotto, la sede di conservazione ed il responsabile della archiviazione.

Dipartimento Oncologico

Sezione	Obiettivo	Risultato atteso	Risultato/Modalità di conservazione	Peso	
Economica	Vedi scheda allegata			0,x	
Sanitaria				(1-0,x)	
Qualità e Sicurezza	Realizzazione di audit e M&M attraverso supporto alle strutture di erogazione	Invio alert	Documentazione fornita dal Rischio Clinico	30	5
	Casi clinici - sistema di valutazione sul singolo paziente: analisi degli scostamenti dalle tempistiche e dagli standard previsti dai PDTA per patologia neoplastica del colon, mammella e utero	Report su 15 casi	Il documento sui casi clinici in logica dipartimentale per le opportunità di bench marking sono stati realizzati e conservati presso la segreteria del dipartimento		5
	Rilevazione su cartella clinica su educazione sanitaria al cittadino o al suo familiare nella gestione domiciliare	> 70%	Documentazione fornita dalla struttura SOS Qualità e Sicurezza delle cure		5
	Rete e protocolli per trattamento del dolore come previsto da normative regionali e nazionali	Formalizzazione rete e protocolli	Azioni locali già effettuate		5
	Rilevazione qualità e esaustività del campione delle cartelle cliniche	Reportistica	Documentazione fornita dalla struttura SOS Qualità e Sicurezza delle cure		5
	Garantire per tutte le strutture organizzative il raggiungimento dei requisiti di accreditamento per la totalità dei processi di cui partecipano alla realizzazione	> 70 %	Documentazione fornita dalla struttura SOS Qualità e Sicurezza delle cure		5
Attività	Governo dei tempi di attesa dei percorsi chirurgici per quanto di competenza	90% >= 30 giorni	Valutato a cura dell'Area Pianificazione ed Analisi Performance Sanitaria	35	5
	Implementazione delle cure palliative di primo livello e armonizzazione dei percorsi e competenze nella presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative specialistiche	Mappatura dell'esistente	Documentazione fornita dalla UFC Cure Palliative, conservata presso la segreteria del dipartimento		5
	Rispetto appropriatezza prescrittiva Template AIFA	Audit con farmacisti ospedalieri per utilizzo biosimilari Eritropoietina	Documentazione fornita dal Dipartimento del Farmaco e conservata presso la segreteria del dipartimento		5
		Audit con farmacisti ospedalieri per appropriato uso Darbepoietina			5
		Audit con farmacisti ospedalieri per utilizzo biosimilari Filgastrim			5
	Chiusura schede AIFA entro 6 mesi dall'ultima prescrizione	Report > 90 %	A causa di problematiche di accessibilità al portale AIFA e per la conseguente mancanza di monitoraggi si sospende l'obiettivo		5
Identificazione degli iperprescrittori (TC, RM, Eco) attivando interventi specifici	Report su 20 casi	Obiettivo superato dall'applicazione aderente ai protocolli e falsato dal denominatore differente dei pazienti seguiti	5		
Progetti	Attuazione della riorganizzazione dei GOM secondo le disposizioni dipartimentali	Documento	Non ancora emesso il documento regionale si sospende l'obiettivo	35	5
	Attivazione della Riorganizzazione omogenea dei setting assistenziali	Documento	Documento, che prevede la costituzione delle procedure e dei piani di attivazione realizzato e conservato presso la segreteria del dipartimento		5
	Implementazione ambulatori e percorsi di cardioncologia e oncogeriatría	Report attività	Documento, che prevede la costituzione delle procedure e dei piani di attivazione realizzato e conservato presso la segreteria del dipartimento		5
	Implementazione ambulatori e percorsi nutrizionali	Report attività	Documento, che prevede la costituzione delle procedure e dei piani di attivazione realizzato e conservato presso la segreteria del dipartimento		5
	Implementazione ambulatori e percorsi di simultaneous care	Report attività	Documento, che prevede la costituzione delle procedure e dei piani di attivazione realizzato e conservato presso la segreteria del dipartimento		5
	Implementazione dell'utilizzo dei ricoveri programmati in degenza ordinaria per i pazienti oncologici senza passaggio dal DEA	Protocollo	Non applicabile per la saturazione dei PL e superato dall'introduzione della Gestione Operativa		5
	Implementazione dell'utilizzo dell'accertamento ecografico a fini biopatici	Report attività	Documento, che prevede la costituzione delle procedure e dei piani di attivazione realizzato e conservato presso la segreteria del dipartimento		5

## 4. Bilancio di genere

Nell'AUSL Toscana Centro la presenza femminile raggiunge il 73% e quella maschile il 23%. Si tratta di una realtà numerica che manifesta una crescita costante delle donne in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale. Fra i dirigenti le donne superano gli uomini: complessivamente le donne dirigenti sono il 53 %, di cui il 9% è medico e il 2% non medico, mentre gli uomini dirigenti sono il 47% di cui l'8% è medico e l'1% non medico. Gli uomini negli incarichi di struttura sono il 68% mentre le donne il 32%. La presenza delle donne non è più circoscritta a categorie storicamente femminili, come la professione infermieristica, ma inizia a incidere anche sui ruoli apicali anche se risulta essere ancora in prevalenza maschile. A chiedere il *part time* sono soprattutto le donne: il 5% contro l'1% degli uomini. Di seguito alcune tabelle di sintesi

BILANCIO DI GENERE	
F	73%
M	27%

Ruolo	SESSO	
AMMINISTRATIVO	F	8%
	M	2%
MEDICO VETERINARIO E SANITARIO	F	52%
	M	21%
TECNICO	F	13%
	M	4%

Dirigenti	percentuale
F	53%
M	47%

### Fruitori di part Time

	% sul totale
PART TIME	TOTALE
F	5%
M	1%

### Incarichi di tipo gestionale

Tipologia	Unità	%
INCARICO DI SOSTITUZIONE	35	
F	16	46%
M	19	54%
INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	186	
F	37	20%
M	149	80%
INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	279	
F	110	39%
M	169	61%
Dipartimenti e Aree	62	
F	18	29%
M	44	71%
Totale complessivo	562	
	F	32%
	M	68%

## 5. Il processo di redazione della relazione sulla Performance

La redazione della Relazione sulla Performance anno 2018 è stata coordinata dallo Staff della Direzione Generale e da quello della Direzione Sanitaria. Tenuto conto dei riferimenti normativi e delle recenti “Linee guida per la Relazione annuale sulla performance” N°3/Novembre 2018 a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri ,(Dipartimento Funzione Pubblica,Ufficio per la valutazione della performance), sono stati concordati i contenuti e l’articolazione del documento.

Sono stati successivamente interessati i seguenti ambiti aziendali in quanto maggiormente coinvolti nella stesura del documento: Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione, Staff Direzione Sanitaria - Area Pianificazione ed Analisi Performance Sanitaria, Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, Pari Opportunità’.

La Relazione è stata trasmessa all’OIV per la validazione di legge ai sensi della normativa vigente.

Sarà assicurata la visibilità della relazione stessa attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell’Azienda Toscana Centro.

Questa stesura preliminare della relazione sulla performance anno 2018 sarà aggiornata con i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi ed indicatori programmati ed alle risorse in coerenza con il processo di budgeting aziendale.

Le informazioni definitive relative al bilancio 2018 permetteranno la valutazione puntuale del raggiungimento dei risultati in termini di risorse economiche-finanziarie (scheda A).

Sarà inoltre completata la valutazione degli obiettivi a livello di singola struttura organizzativa (Dipartimento, Area, Strutture semplici e complesse) in termini di qualità e sicurezza, di attività e progettuali (scheda B).

Pertanto si potrà procedere alla assegnazione dei punteggi raggiunti dal personale dipendente per la erogazione retributiva conseguente, ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali nazionali e della contrattazione decentrata aziendale per l’anno 2018, previa validazione dei risultati da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

La redazione definitiva della Relazione sulla performance chiuderà così il Ciclo della Performance della Azienda Toscana Centro per l’anno 2018.