



## RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017

Pisa , 9/07/2018

### Indice

- 1. Premessa**
- 2. Performance dell'Azienda risultante nel bersaglio elaborato da Laboratorio Management e sanità**
- 3. Obiettivi strategici : risultati raggiunti e scostamenti**
- 4. Obiettivi operativi assegnati nel budget: risultati raggiunti**

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1. Premessa

L'azienda, in attuazione di uno degli obiettivi assunti nel piano della performance, ha deciso di garantire la massima trasparenza di ogni fase del ciclo di gestione mediante un collegamento costante con le informazioni e i dati contenuti sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione dedicata all'interno dell'"Amministrazione trasparente". In attuazione di quanto sopra l'AOUP ha quindi scelto di pubblicare, oltre agli atti richiesti dal D.Lgs 33/13, tutta la documentazione ritenuta necessaria per rendere accessibile e controllabile il processo interno di gestione della performance. In tale ottica anche la presente relazione, tramite collegamento ipertestuale, consente la navigazione con i documenti e dati già pubblicati nel sito dell'Azienda.

Il ciclo della Performance per l'anno 2017 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano delle Performance 2017-2019 nel quale sono state definite le linee strategiche generali dell'azienda e gli obiettivi da raggiungere per l'anno 2017. Il Piano è stato verificato dall'OIV e adottato con delibera n. 531 del 2017 ed, infine, pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda alla voce "Amministrazione trasparente", sottosezione "[performance](#)".

Sulla base delle linee di indirizzo regionali e aziendali, recepite nel piano della performance, sono state predisposte le schede di budget per le strutture organizzative dipartimentali sanitarie e per le strutture tecnico professionali e amministrative ed è stata avviata la negoziazione che si è conclusa entro il mese di Maggio, fermo restando che l'assegnazione e quindi l'operatività degli obiettivi concordati in ciascuna scheda di budget ha iniziato a decorrere dalla data della firma della stessa.

Allo scopo di collegare le schede di budget con il sistema premiante sono stati pesati gli obiettivi raggiungendo un valore complessivo pari a 100. Le risorse a tal fine disponibili sui fondi contrattuali saranno poi ripartite in relazione al peso totalmente conseguito derivante dal grado di raggiungimento degli obiettivi e in relazione, all'interno di ogni struttura, agli esiti del processo di valutazione individuale.

Le schede di budget sono state recepite con delibera n. 620/2017 e pubblicate in amministrazione trasparente, sottosezione "[performance](#)".

Il monitoraggio degli obiettivi si è svolto secondo due processi paralleli.

Da una parte tramite web è stata resa accessibile una reportistica mensile affinché i Direttori di Dipartimento, con le proprie credenziali, potessero visionare i dati di produzione e di costo e gli andamenti degli obiettivi di carattere quantitativo.

Dall'altra, nel mese di Luglio e nel mese di Settembre la Direzione si è incontrata con i responsabili del budget per discutere gli andamenti, verificare gli scostamenti, provvedendo in taluni casi ad una modifica/integrazione degli obiettivi di budget. Concluso l'anno gli esiti, con i correlati dati relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi, sono stati comunicati ai Direttori di Dipartimento per poter verificare i dati ed esplicitare eventuali osservazioni. Terminata questa fase di controdeduzione e risposta, le risultanze finali sono state oggetto di presentazione all'OIV per la necessaria validazione.

L'azienda, come chiusura del ciclo della performance, ha elaborato la presente relazione che rendiconta sulla performance organizzativa aziendale nel suo complesso, risultante dal sistema di misurazione e valutazione elaborato da Laboratorio Management e Sanità e dal grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali fissati nel piano, tenuto conto di quanto esplicitato nella relazione sanitaria aziendale 2017 (visibile [QUI](#)). Infine riporta i risultati degli obiettivi operativi individuati nel budget.

Per quanto riguarda i risultati della valutazione individuale dell'anno 2017, essendo il processo di raccolta delle schede ancora in corso e non essendo ancora state formalizzate le risorse disponibili sui fondi, verrà dato conto nell'apposita sezione dell'Amministrazione trasparente dedicata ai dati relativi alla distribuzione dei premi di produttività denominata "[Dati relativi ai premi](#)", una volta completata la liquidazione dei premi di produttività/risultato di competenza 2017.

La presente relazione viene sottoposta per la validazione all'OIV, i cui componenti sono stati nominati da ultimo con delibera n.1270 del 30 dicembre 2016 ([clicca qui](#) per approfondimenti). La validazione dell'OIV viene pubblicata nell'apposita sezione "[documento OIV di validazione della relazione sulla performance](#)".

## 2. La Performance dell'Azienda risultante nel bersaglio elaborato da Laboratorio Management e sanità

Tra gli obiettivi assegnati dalla Regione Toscana alle aziende sanitarie, con DGRT 65/2017 (atto visionabile sempre nella sezione relativa alla “**performance**”) viene sancita, come per gli scorsi anni, la valutazione dei risultati dell'azienda nel suo complesso espressa dal posizionamento rispetto al bersaglio Mes.

A tale valutazione provvede il Laboratorio Mes del S.Anna in quale è stato incaricato dalla Regione toscana di misurare e valutare annualmente ogni azienda della regione attraverso un sistema di indicatori, alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci Aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica, raggruppati su 5 dimensioni di analisi (la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, la valutazione sanitaria, la valutazione esterna, la valutazione interna e a valutazione dell'efficienza operativa e della performance) ed a rappresentare sinteticamente i risultati in un bersaglio, consentendo di avere un trend nel tempo della performance di ogni singola azienda e un confronto tra le varie aziende (si rinvia al sito del laboratorio per maggiori dettagli <http://www.valutazione-sanita-toscana.sssup.it/sistema.php>).

Il bersaglio evidenzia cinque diverse fasce di valutazione rappresentate da settori circolari. Una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce progressivamente più lontane dal centro.

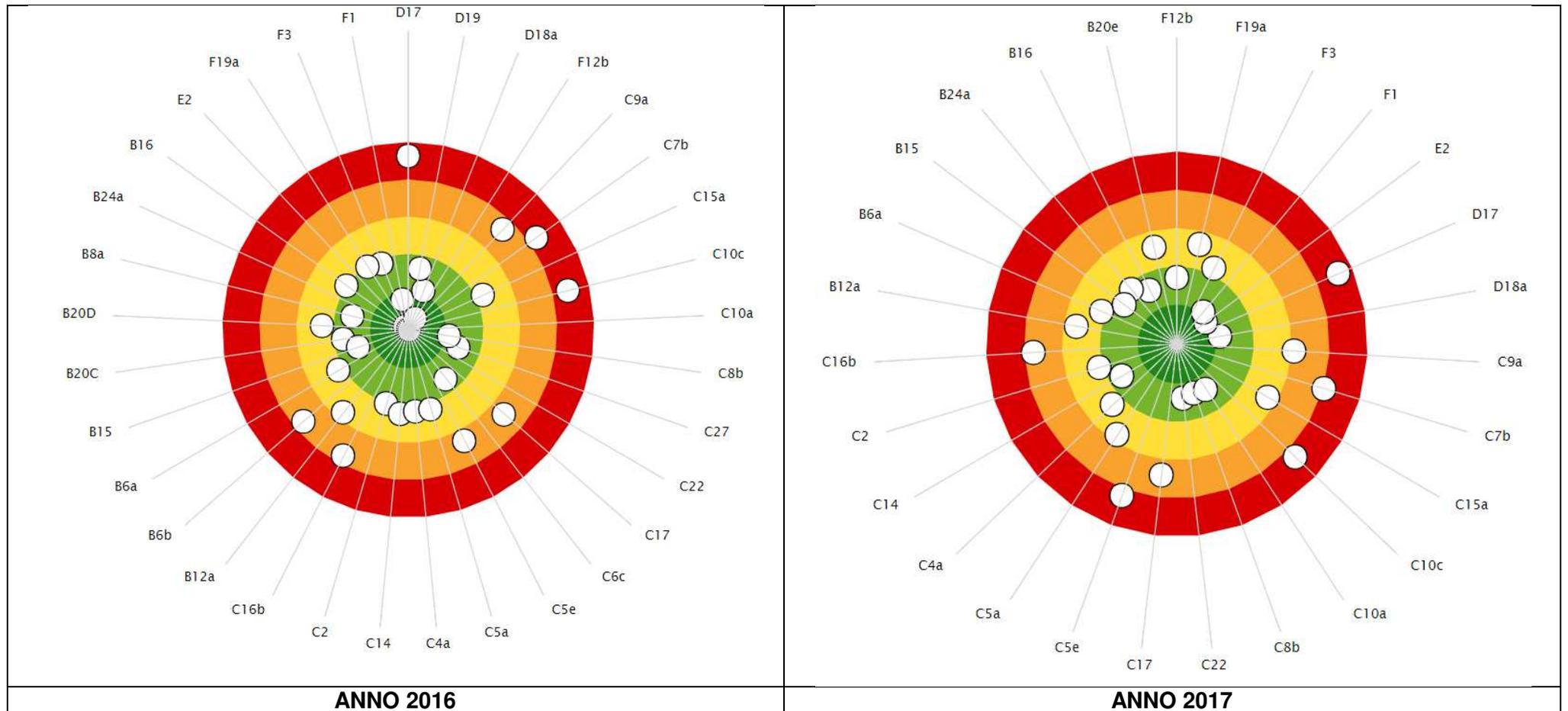
Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- **fascia verde scuro**, la fascia al centro del bersaglio, corrispondente ad una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- **fascia verde chiaro**, la fascia subito adiacente, sempre centrale al bersaglio che evidenzia che la performance è buona. La valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- **fascia gialla**, quando la valutazione è tra il 2 e il 3, esprimendo una performance media;
- **fascia arancione**, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 ed evidenzia una performance scarsa, critica;
- **fascia rossa**, quando la performance è molto scarsa, pari o al di sotto del valore 1.

Ogni azienda vede rappresentata graficamente e sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio tramite il posizionamento nelle fasce di valutazione di tanti cerchi circolari bianchi quanti sono le misure degli indicatori considerati. Il posizionamento di ogni cerchio circolare esprime quindi la valutazione data ad un indicatore che raccoglie la sintesi della valutazione di altri indicatori ad esso ricollegati.

Relativamente al posizionamento dell'Azienda si riporta il bersaglio relativo all'anno 2017 e quello relativo all'anno 2016

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



A seguire sono riportate le valutazioni attribuite agli indicatori di sintesi 2016 e 2017 riportati nei bersagli e la conseguente fascia di colore che sintetizza la performance.  
Si evidenzia che alcuni indicatori di sintesi valutati nel 2016 non sono stati ripresi nel 2017 e altri, come i tempi di attesa specialistiche non sono sovrapponibili.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## COLLOCAZIONE NEL BERSAGLIO

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
B12a	Mobilità sanitaria	Combina la valutazione di indicatori di fuga extra area vasta (anche per DRG di alta complessità) e di attrazione extra area vasta e extraregionali (anche per DRG di alta complessità)	2,19	2,33	=
B15	Capacità attività di ricerca	Monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere in termini di pubblicazioni (Articles e Review articles, Letters, Proceedings Papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015	3,59	3,29	=
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino	Misura sia quanto le Aziende mettono in pratica per garantire l'informazione sui propri servizi, le modalità di accesso e il coinvolgimento dei propri pazienti	2,96	3,43	↑
B20C	Tempi attesa	Media dei punteggi relativi alla percentuale di visite e prestazioni diagnostiche, rispettivamente erogate entro 15 e 30 giorni dalla prenotazione. Le visite sono quelle individuate con Delibera G.R.T. n.88 del 24.01.2005 e G.R.T. n. 578 del 06.07.2009 mentre le prestazioni diagnostiche sono individuate in Delibera G.R.T. n.867 del 20.11.2006 (performance buona a partire da >80)	3,24		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
B20e	Tempi attesa specialistiche	Valutazione del tempo di attesa relativo per le visite e esami di diagnostica dichiarate dall'azienda come primo contatto (ex DGR 493/2011) considerando i codici di priorità D (Differibile), P (Programmata) o priorità non indicata. Indicatori considerati: -Percentuale di prime visite specialistiche con prima disponibilità entro 15gg; -Percentuale di prestazioni diagnostiche con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione; Percentuale di ecografie con prima disponibilità entro 30 gg per zona e AOU di prenotazione (performance buona a partite da >90)		2,68	
B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	Valutazione degli indicatori: -Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione -Percentuale di prime visite e prestazioni presenti in DGR 493/2011 erogate in meno di 24 ore	2,68	non esposto	
B24a	Sanità digitale	Combina la valutazione di indicatori sulla % di carte sanitarie elettroniche attive e % di ricette de materializzate	5,00	3,14	≈
B6a	Donazioni organi	Combina la valutazione di indicatori relativi alla segnalazione Morti Encefaliche, % di Donatori procurati e % Donatori utilizzati	2,84	2,85	=
B6b	Sistema trasfusionale	Calcolato come valutazione dei seguenti indicatori: -Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti -Tasso di donazioni di plasma per mille residenti (nota: calcolati per le AV)	1,25	non esposto	
B8a	Gestione dati	Sono presi in considerazione la tempestività, completezza e qualità dei flussi relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (anche in relazione alle variabili utili alla compilazione del Fascicolo Sanitario Elettronico), al Pronto Soccorso (RFC 106), alle prestazioni ambulatoriali,	3,46	non esposto	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	Dedicato alla qualità dell'attività chirurgica in oncologia, con focus specifici sui volumi (per carcinoma mammario e carcinoma alla prostata), sui trattamenti chirurgici offerti alle donne con tumore mammario (conservativi, nipple/skin sparing, ricostruttivi) e completamento del quadro diagnostico (linfonodo sentinella), sui ritorni in sala operatoria (mammella e colon-retto) e sulla tempistica di avvio dei trattamenti chemioterapia e radioterapici per alcuni tipi di tumore	4,96	3,58	≈
C10c	Tempi attesa chirurgia oncologica	Misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti. Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, alla prostata, al colon, al retto, al polmone e all'utero	0,53	0,7	=
C14	Appropriatezza medica	Combina la valutazione dei ricoveri in DH medico con finalità diagnostica e la % di ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	2,79	3,34	↑
C15a	Salute mentale	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici	2,75	2,22	=
C16b	Percorso Emergenza Urgenza	Valutazione effettuata sulla base dei seguenti indicatori: -%accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti -% accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora -% accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore -% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissioni -% accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore -% di abbandoni dal Pronto Soccorso	1,21	1,22	=

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
C17	Riabilitazione	Combina la valutazione del Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56 e la % ricoveri in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno: Ricoveri Ordinari	1,59	1,56	=
C2	Efficienza attività di ricovero	Valutazione effettuata sulla base dei seguenti indicatori: - l'indice di Performance di Degenza Media (per ricoveri Medici, Chirurgici, programmati) - il Tasso di occupazione dei posti letto.	2,94	2,87	=
C22	Terapie Intensive	Valutazione sugli indicatori relativi alla partecipazione delle Terapie Intensive ai Progetti GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) dell'Istituto Mario Negri; dal 2017 vengono valutati anche: -n.decessi osservati su n.decessi attesi; -n.turni con pazienti OT; -mediana durata terapia antibiotica empirica e per profilassi	5,00	3,58	≈
C27	Efficienza Chirurgia Vascolare	Il punteggio di questo indicatore è dato dalla media di due sotto-indicatori: -Interventi per Aneurisma dell'Aorta Addominale -Interventi per Stenosi carotidee	3,55	non esposto	
C4a	Appropriatezza chirurgica	L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: - % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery - Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010-2012);	2,81	2,7	=

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
C5a	Qualità di processo	<p>Valutazione dei tempi di attesa e della componente professionale per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, validate in base alle evidenze scientifiche e alla condivisione con i professionisti. L'indicatore si basa sulla media pesata dei seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-% di fratture al femore operate entro due giorni;</li> <li>-% di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate;</li> <li>-% di prostatectomie transuretrali;</li> <li>-% interventi di riparazione valvola mitrale;</li> <li>-% resezioni programmate al colon in laparoscopia;</li> <li>-% di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di chirurgia della colonna;</li> <li>-% accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza &lt;= 8 ore;</li> </ul>	<b>2,78</b>	<b>2,17</b>	<b>=</b>
C5e	Ricoveri ripetuti	% di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	<b>1,65</b>	<b>0,79</b>	
C6c	Rischio Clinico	<p>Set di indicatori valutati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indice annuale richieste di risarcimento</li> <li>- eventi in strutture ospedaliere-Efficienza del comitato di gestione sinistri</li> <li>-Indice triennale richieste di risarcimento</li> <li>-Sviluppo del sistema di incident reporting (Indice di diffusione degli Audit e rassegne di Mortalità e Morbilità)</li> <li>-Capacità di controllo delle cadute-Segnalazione e gestione eventi sentinella: monitoraggio tempi invio scheda A e scheda B</li> </ul>	<b>3,32</b>	<b>non esposto</b>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
C7b	Materno Infantile assistenza al parto	Valutazione dell'assistenza nella fase del parto. La percentuale di cesarei depurata è l'indicatore che maggiormente incide sulla valutazione. Set di indicatori valutati: - % di parti cesarei depurato (NTSV); - % di episiotomia depurato (NTSV) - % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa); - % di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine; - % donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	0,74	0,93	=
C8b	Integrazione ospedale territorio	Indicatori valutati: -Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti -Tasso di accesso al PS codici bianchi e azzurri non seguiti da ricovero per 1.000 residenti STD per età e sesso	3,87	3,64	=
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Monitoraggio del corretto impiego di alcuni farmaci, come ad esempio gli antibiotici, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa e i trattamenti farmacologico post IMA	1,28	1,89	=
D17	Valutazione utenti Materno Infantile	Valutazione ed esperienza delle donne che accedono al percorso nascita	0,34	0,34	=
D18a	Dimissioni volontarie	% di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	3,87	3,84	=
D19	Valutazione utenti Ricovero ospedaliero ordinario	Valutazione ed esperienza degli utenti che accedono al servizio di ricovero ospedaliero ordinario sulla qualità dell'assistenza ricevuta	3,33	non esposto	
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	Si valuta gli accessi dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima della visita medica e che lasciano il Pronto Soccorso mentre sono in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica		non esposto	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

codice	indicatore	oggetto	fascia colore di valutazione 2016	fascia colore di valutazione 2017	trend
E2	% assenza	Indicatore che mette in rapporto il numero di ore di assenza per Malattia, per Infortuni e Permessi Retribuiti con le ore lavorabili da contratto (al netto ore per Ferie effettuate/fruite, per Distacco o permessi sindacali, per diritto allo studio, per sciopero e Astensione facoltativa per malattia del figlio e Aspettative senza assegni)	4,88	4,04	↘
E3	Tasso infortuni	Numeratore: Numero di infortuni x 100.000 ore lavorabili Denominatore: Numero di ore lavorabili da contratto		non esposto	
F1	Equilibrio economico reddituale	L'indicatore analizza l'equilibrio economico ed esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo. Si compone di tre indici che esprimono la situazione economica complessiva dell'azienda, la situazione economica della gestione caratteristica che corrisponde all'attività principale svolta dall'azienda, ossia l'attività sanitaria e l'efficienza dell'utilizzo del capitale investito. I dati dei tre indicatori si riferiscono ai bilanci (Conto Economico e Stato Patrimoniale) 2015. Inoltre è considerato nel 2016 un quarto indice, calcolato sul conto economico provvisorio 2016, che fa riferimento allo scostamento costi e ricavi di cui alla L.208/2015	4,18	3,91	=
F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. In particolare, l'indicatore verifica la prescrizione di molecole non coperte da brevetto, perché il ricorso ai farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in prodotti realmente innovativi.	4,63	3,26	↘
F19a	Costo medio per punto Drg	L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg	2,99	2,32	=

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	L'indicatore di valutazione è l'indice di disponibilità che indica la capacità dell'azienda di essere solvibile ossia la capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo attraverso le disponibilità correnti, ossia cassa, crediti a breve rapidamente realizzabili e rimanenze di magazzino	3,09	2,78	↓
----	-------------------------------------	---	------	------	---

↑ passaggio da una fascia di performance ad una superiore; ↓ passaggio da una fascia di performance ad una inferiore; = stessa performance; ≈ permanenza nelle fasce di performance buona/ottima

Come si può vedere nella tabella di comparazione, il trend nel tempo del posizionamento sul bersaglio dell'Azienda degli indicatori di sintesi comuni (n. 26) all'anno 2017 e 2016 evidenzia una stabilità:

- 22 indicatori rimasti stabili, di cui 9 in fascia verde (performance ottima/buona), 7 in fascia gialla (performance media), 6 in fascia rossa/arancione (performance pessima/scarsa);

-2 migliorati;

-2 peggiorati

Complessivamente sul totale degli indicatori, si collocano nella performance medio-ottima (fascia gialla, verde chiaro e scuro) 20 indicatori su 27 nel 2017 (pari al **74%**) e 25 indicatori su 33 nel 2016 (pari al **76%**)

## 3. Obiettivi strategici : risultati raggiunti e scostamenti

Per le aree strategiche di intervento - coinvolgenti tutte le strutture sanitarie e amministrative aziendali –, individuate per l'anno 2017 nel Piano della Performance, si riportano i risultati raggiunti in formato tabellare

### 1) Obiettivi dell'attività sanitaria



#### 1 valorizzare sempre più la chirurgia robotica, grazie al parco tecnologico robotico in possesso;

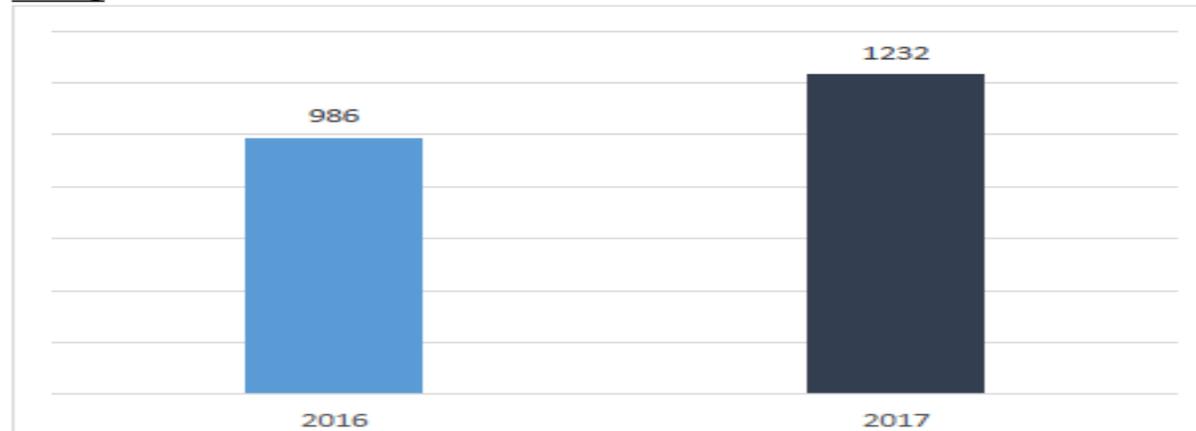
Continua anche quest'anno il trend di crescita dei pazienti dimessi trattati con tale metodica. (1232 casi pari a + 25% rispetto all'anno precedente). Il nuovo tariffario, incentiva lo sviluppo di questa metodica prevedendo per alcune tipologie di procedure una remunerazione aggiuntiva di euro 3500 rispetto alla tariffa del DRG prodotto dalla stessa prestazione effettuata con metodiche tradizionali. Gli interventi effettuati in robotica interessati dalla maggiorazione tariffaria sono quelli segnalati con le procedure 0034 e/o 0039 più le procedure di: prostatectomia per CA (DRG 334 e 335); enucleoresezione di tumori maligni renali (cod. diagnosi 189.0) sfociante nel DRG 303; interventi demolitivi del retto (DRG 146 e 147); pancreasectomia (DRG 191 e 192).

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il numero delle procedure robotiche interessate dalla maggiorazione tariffaria nel 2017 sono state 221 (51 in più rispetto all'anno precedente; di queste 173 per prostatectomia per carcinoma (47 in più), 34 per pancreasectomie (-3) e 14 per interventi demolitivi del retto (+7).

Dimessi con procedure robotiche (00.39-00.34) 2016-2017 [grafico

A.27]



**2 divenire polo ospedaliero sempre più attrattivo nelle attività trapiantologiche, rispetto alle quali, peraltro, l'azienda è già primo centro in Italia come numero di pazienti trapiantati di fegato;**



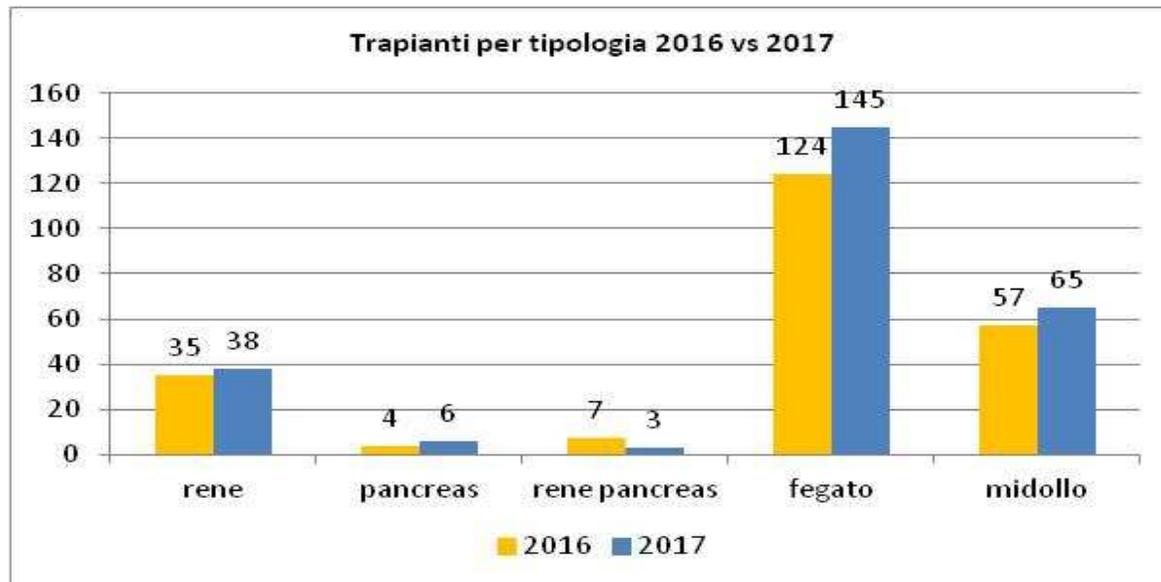
L' AOUP implementa ulteriormente l'attività trapiantologica effettuando complessivamente 257 trapianti (+30 rispetto all'anno precedente). L'attività trapiantologica epatica si conferma numericamente con 145 trapianti (+21) la principale attività in questo ambito aziendale, seguita da quella dei trapianti di midollo con 65 trapianti (+8) e rene 38 (+3). Tali attività rappresentano lo 0.51% di tutti i ricoveri ordinari e hanno consentito ad un rimborso tariffario di 16.919.283 euro (+2.708.758), pari al 7.62% di tutto il rimborso tariffario per i ricoveri ordinari. Tale attività è risultata in aumento sia numericamente che per rimborso tariffario, sia per i pazienti regionali che extra.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## TRAPIANTI



# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



**3 mantenere una buona attrazione, unitamente alla ricerca di una composizione della casistica orientata sull'aumento dell'attività di media e alta complessità e una riduzione dell'attività a bassa complessità.**

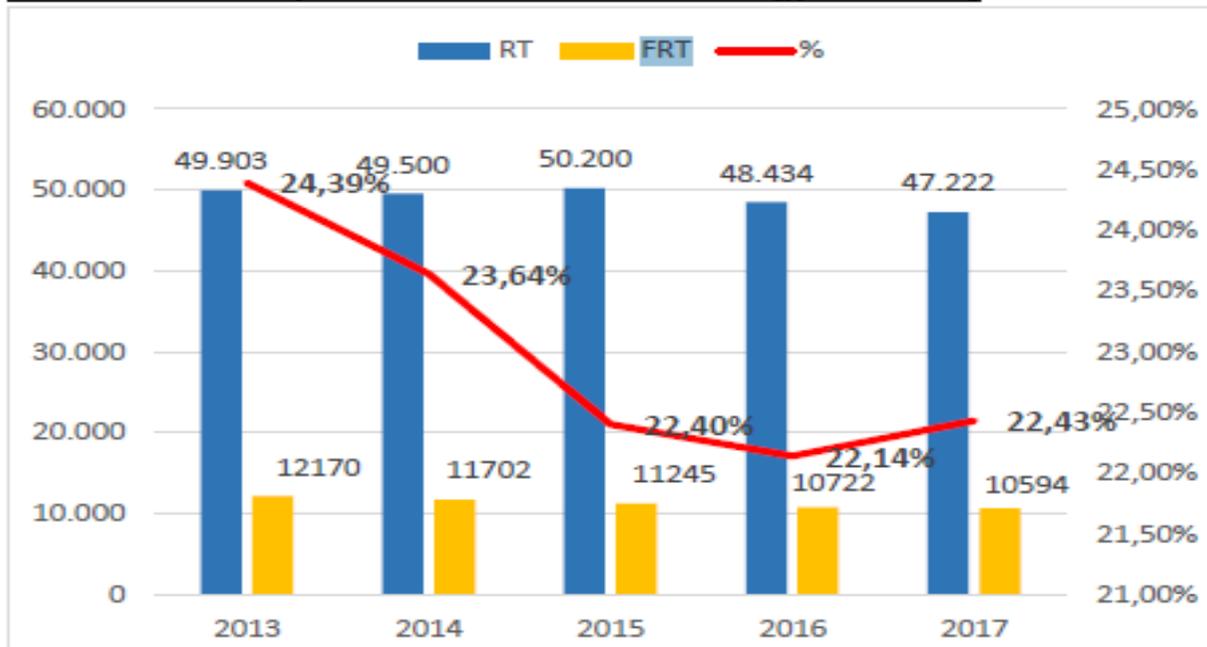


La percentuale dei soggetti extraregione è leggermente aumentata, si registra, però, una lieve riduzione in valore assoluto dei pazienti dimessi (-128) dei quali 17 ricoveri ordinari e 113 di DH. Quest'ultima attribuibile alle politiche di deospedalizzazione della nostra Azienda.

La regione Liguria, limitrofa territorialmente, e le regioni meridionali quali la Campania, la Sicilia, la Calabria e la Puglia si confermano anche per l'anno 2017 le regioni di provenienza della maggior parte dei pazienti extraregionali.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

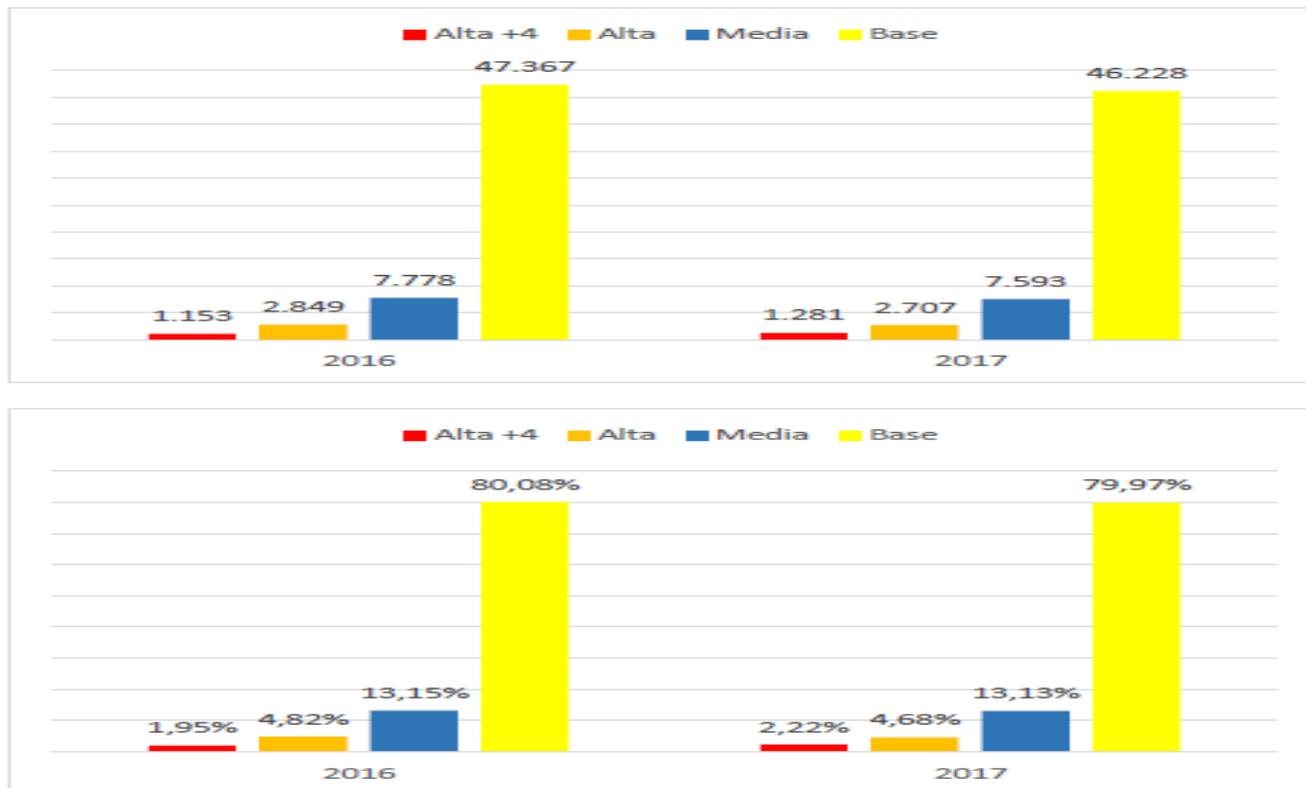
**N. dimessi totali per RT e Fuori RT 2013-2017 [grafico A.4]**



# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Si registra inoltre un aumento percentuale dell'attività totale di media ed alta complessità rispetto alla contestuale riduzione dell'attività a bassa complessità che si evidenzia in particolare per i ricoveri ordinari con un peso maggiore di 4 che raggiungono il 2,22% di tutta la casistica ordinaria.

**Dimessi acuti totali per specialità (n°/%) 2016 vs 2017 [grafico C.1]**



Inoltre le scelte attuate dall'Azienda in tema di regole di erogazione dei servizi ed in tema di appropriatezza, e la continua ricerca nell'utilizzo efficiente, efficace ed appropriato delle risorse, che già hanno portato una forte riorganizzazione delle attività di ricovero, hanno mirato:

- 1) alla riduzione dei ricoveri ordinari per acuti con un risparmio di giornate di degenza;
- 2) alla riduzione dei day hospital con conseguente risparmio in termini di giornate di accesso;
- 3) alla riduzione percentuale dei day hospital sfocianti in drg medici;
- 4) al mantenimento della propria vocazione chirurgica;
- 5) al mantenimento di una degenza media attorno alle 6 giornate, quale indicatore di un uso appropriato ed efficiente delle risorse;

In relazione a quanto sopra, rispetto all'anno precedente si è ottenuto:

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

- 1) la riduzione di 417 ricoveri ordinari per acuti;
- 2) la riduzione di 923 DH ed una contemporanea contrazione del numero degli accessi medi per singolo day hospital passando dai 2,52 del 2016 agli attuali 1,65;  
Complessivamente quindi si è avuto un risparmio di 10.071 giornate di degenza per acuti che è il risultato di 12.001 giornate di accesso risparmiate in DH e 1930 giornate in più in regime ordinario;
- 3) Una ulteriore drastica riduzione dei DH sfocianti in DRG medici passati da 5.331 a 4.278 confermando ulteriormente le politiche aziendali di trasformazione nel setting assistenziale ambulatoriale dei percorsi diagnostici e/o terapeutici precedentemente effettuati in regime di DH.
- 4) Si consolida ulteriormente la vocazione chirurgica della AOUP con il 55,59% delle dimissioni sfocianti in DGR chirurgici (+2,33 rispetto all'anno precedente).
- 5) La degenza media si attesta di poco superiore alle 6 giornate e la degenza trimmata si attesta a 6,75 giornate (-0,13 rispetto al 2016);

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1.1 Pronto soccorso

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
Utilizzo cartella elettronica Pleiade incluso modulo Piano Per Ogni Paziente (P4EP)	<b>Indicatore:</b> Utilizzo si/no cartella elettronica Pleiade <b>Risultati attesi:</b> 100% a partire dai tempi indicati nel cronoprogramma	Non è stato attivato il modulo all'interno della cartella elettronica PLEIADE, l'obiettivo è stato rimandato, in accordo con ESTAR, al 2018	N.V
Riduzione tempi di risposta per pazienti con codice giallo e verde	<b>Indicatori:</b> - (indicatore C16.1): % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti; - (indicatore C16.2): % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora; - (indicatore C.16.3): % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h; - (indicatore C.16.4): % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h; <b>Risultati attesi:</b> Conseguimento valori obiettivi standard. I valori obiettivo standard sono calcolati prendendo a riferimento i valori consuntivi 2016 (sotto riportati) e incrementati di una percentuale media del 2%. 1) 42,66% 2) 52,38% 3) 61,63% 4) 73,60%	2017 risultato - t. attesa codici gialli minore uguale 30 min 44,35% (standard 45%) - t. attesa codici verdi minore uguale 60 min 53,86 % (standard 55%) - Differenza tra t accettazione e t chiusura (compresi attesa e destino, esclusi obi ot) per codici verdi non ricoverati minore uguale 240 min 66,65% (standard 64%) - Differenza tra t accettazione e t chiusura compresi attesa e destino, esclusi obi ot) per ricoverati minore uguale 480 min 69,17% (standard 75%)	
Utilizzo MIRO' da parte delle UU.OO. Inserite nel progetto di visual hospital	<b>Indicatore:</b> n. accessi per struttura <b>Risultati attesi:</b> standard minimo di accessi 100%	Il numero di accessi supera il 90% sui reparti di afferenza del visual. La centrale operativa del visual provvede all'aggiornamento e monitoraggio per il lasso temporale 8—20 e le strutture afferenti evidenziano un buona autonomia e aggiornamento.	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1.2 POLO UNICO DI PRE-OSPEDALIZZAZIONE S.CHIARA

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
Polo unico di pre-ospedalizzazione per le unità operative chirurgiche operanti in Santa Chiara (senologia, chirurgia plastica, chirurgia della mano, odontostomatologia e chirurgia del cavo orale, ostetricia ginecologia 1 e 2)	Attivazione da Settembre 2017	Il Polo di preospedalizzazione centralizzato presso il presidio di Santa Chiara è stato completato sotto il profilo logistico ( individuazione assegnazione e arredo dei locali) ed informatico ( il software gestionale è stato personalizzato ed è pronto per l'utilizzo). L'apertura ai pazienti del servizio resta subordinata all'espletamento delle procedure di individuazione del personale medico da dedicare al servizio anestesilogico, che risultano tuttora in corso, la cui conclusione è prevista nel corso del secondo semestre 2018.	

## 1.3 Qualità e sicurezza

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
Effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	<b>Indicatore:</b> N° MMR e audit per UU.OO./SOD <b>Risultato atteso:</b> N° MMR e audit maggiore o uguale agli standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	Nell'anno 2017 a seguito della ricezione di 859 segnalazioni di eventi avversi o potenzialmente avversi sono stati effettuati 828 MMR e 415 audit. Gli standard regionali di riferimento prevedono di realizzare tre Audit clinici e sei MMR all'anno in ogni struttura semplice dipartimentale o complessa delle Aziende sanitarie. L'obiettivo è risultato raggiunto aziendalimente con il contributo di tutte le strutture organizzative, valutando gli MMR e audit registrati sul sistema forniti dal Rischio Clinico.	
Completa e corretta compilazione della check list chirurgica	<b>Indicatori:</b> Autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso <b>Risultato atteso:</b> 70% della check list correttamente e completamente compilati	L'autovalutazione e verifiche a campione effettuate rilevano la presenza ed adozione in tutte le UU.OO. chirurgiche della check list che risulta correttamente compilata nella prevalenza dei casi esaminati.	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento	<b>Indicatore:</b> per ogni struttura assistenziale elaborazione di: - report relativi all' applicazione di almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale su un campione significativo della documentazione clinica - un verbale annuale riportante l'analisi dei dati dei report con eventuale piano di miglioramento	La quasi totalità delle strutture ha adottato gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e il relativo report attestante la loro applicazione	
Per ogni U.O./S.D. riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con eventuale piano di miglioramento annuale	<b>Indicatori:</b> Presenza per ogni U.O./S.D. del riesame dei dati e degli esiti con eventuale piano di miglioramento annuale	Si è avviato con successo il processo di riesame dei dati e degli esiti con relativo piano di miglioramento nella quasi totalità delle strutture	

## 1.4 Correttezza e completezza flussi SDO/ormaweb

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
Rispetto dei tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	<b>Indicatore:</b> N. giorni tra data intervento e data di stampa valida per singola specialità chirurgica <b>Risultato atteso:</b> <= 5 giorni tra data intervento e data di stampa valida per tutte le specialità chirurgiche che operano in ormaweb	Valore mediano 12,5 che evidenzia un'attenzione alla necessità di validare sempre più velocemente gli interventi, considerato che il processo coinvolge oltre 35 strutture e il raggiungimento dell'obiettivo è trasversale rispetto alle UO interessate dal processo chirurgico	
Inserimento nosologico su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	<b>Indicatore:</b> N. nosologici corretti /n. interventi in ricovero ordinario e Day Hospita <b>Risultato atteso:</b> 100%	N. nosologici corretti su n. interventi: 91,5%	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<p>Utilizzo nota operatoria su registro ormaweb per le specialità che operano al Centro Robotico.</p>	<p><b>Indicatore:</b> Presenza (SI/NO) della nota operatoria su registro ormaweb <b>Risultato atteso:</b> 100%</p>	<p>L'utilizzo della nota operatoria è completo al 90%. Risultano alcune strutture che ancora non utilizzano completamente tutti i moduli del gestionale ormaweb</p>	
<p>Inserimento codici intervento identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039 o 0034, nei campi procedura successivi al primo)</p>	<p><b>Indicatore:</b> N. interventi con corretto inserimento cod. robotica/ n. interventi effettuati in robotica <b>Risultato atteso:</b> 100%</p>	<p>N. interventi con corretto inserimento cod. robotica/ n. interventi effettuati in robotica: 100%</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1.5 Bersaglio MES risultati raggiunti sugli indicatori di cui all'allegato 7 della delibera regionale n. 65/2017

Codice indicatore	Obiettivi 2017		AOU PISANA	risultati 2017
<b>Donazioni</b>				
<b>B6.1.1</b>	Percentuali morti encefaliche individuate	Attività settore competente	1	non esposto
<b>B6.1.2</b>	Percentuali donatori procurati	Attività settore competente	52,8	56
<b>Sistemi Informativi</b>				
<b>B8.1</b>	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	80%	da definire	non esposto
<b>B8.4.1</b>	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)		da definire	non esposto
<b>B8.4.7</b>	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	98 (* l'obiettivo è stato chiuso a 90) 90%	90%	non esposto
<b>B8.4.10</b>	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	90%	90%	non esposto
<b>B8.4.11</b>	Qualità del flusso informativo SDO	95%	da definire	non esposto
<b>B8.4.12</b>	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	90%	da definire	non esposto
<b>B8.4.13</b>	Qualità del flusso informativo SPA	90%	90%	non esposto
<b>B8.4.14</b>	Completezza Percorso Chirurgico: completezza del percorso in caso di interventi in elezione e completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO	completezza percorso>80%;completezza del registro operatorio>95%	da definire	non esposto
<b>B8.8.1</b>	Copertura della spesa rilevata nel Flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE	> 95%	95%	non esposto
<b>B8.8.2</b>	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto	> 90%	90%	non esposto
<b>B8.8.3</b>	% di record con codice RDM corretto	> 95%	95%	non esposto
<b>B8.9.1</b>	Pazienti con Residenza corretta (Flusso FED): dimessi da ricovero e da visita specialistica ambulatoriale	100%	100%	non esposto
<b>B24.2.1.1</b>	% di referti di laboratorio firmati digitalmente	>=98%	98%	non esposto
<b>B24.2.1.2</b>	% di referti di radiologia firmati digitalmente	>=98%	98%	non esposto
<b>B24.2.2.1</b>	% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	>=98,5%	98,50%	non esposto

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Codice indicatore	Obiettivi 2017		AOU PISANA	risultati 2017
<b>B24.2.2.2</b>	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	>=98,5%	98,50%	non esposto
<b>B24.2.3.1</b>	% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	>=90%	90%	non esposto
<b>B24.2.3.2</b>	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	>=90%	90%	non esposto
<b>B24.2.4</b>	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	>=10%	10%	non esposto
<b>Ricerca</b>				
<b>B15.3.1</b>	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI		da definire	70,69
<b>Governo della domanda</b>				
<b>C1.1</b>	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<=120x1000	120	99,2
<b>Efficienza</b>				
<b>C2a.M</b>	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015	mantenimento	2017: +0,26 vs 2016: +0,14 (cambiata la DM regionale di riferimento)
<b>C2a.C</b>	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015	mantenimento	2017: -0,12 vs 2016: -0,39 (cambiata la DM regionale di riferimento)
<b>C14.4</b>	% ricoveri medici oltre soglia >= di 65 anni ( Patto per la salute 2010/2012)	<= vedi obiettivi specifici	1,52	1,91
<b>C14.2.1</b>	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - adulti	<= vedi obiettivi specifici	7,15	2,49
<b>C14.2.2</b>	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pedaitrici	<= vedi obiettivi specifici	19,3	0,8
<b>Attività ed appropriatezza chirurgica</b>				
<b>C4.12</b>	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	>= vedi obiettivi specifici	87,69	71,41
<b>Qualità clinica</b>				
<b>C5.2</b>	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	standard >=80%; vedi obiettivi specifici	76,13	63,9
<b>C5.1e</b>	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	<= vedi obiettivi specifici	7,48	10,37

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Codice indicatore	Obiettivi 2017	AOU PISANA	risultati 2017
<b>Rischio clinico</b>			
<b>C6.1.4</b>	Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>=70	non esposto
<b>C6.2.1</b>	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3	3
<b>C6.2.2</b>	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6	6
<b>C6.5.5</b>	Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80	non esposto
<b>C6.5.6</b>	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>=75	non esposto
<b>C6.6</b>	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3	5,4
<b>C6.7.1</b>	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	100%	20
<b>Materno Infantile</b>			
<b>C7.1</b>	% parti cesarei depurati (NTSV)	<=vedi obiettivi specifici	19,36
<b>C7.6</b>	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<= vedi obiettivi specifici	2,8
<b>Salute Mentale</b>			
<b>C8a.13.2</b>	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<= vedi obiettivi specifici	4,8
<b>Pronto Soccorso</b>			
<b>C16.1</b>	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>= vedi obiettivi specifici	74,33
<b>C16.2</b>	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	>= vedi obiettivi specifici	78,4
<b>C16.3</b>	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>= vedi obiettivi specifici	82,44
<b>C16.7</b>	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>= vedi obiettivi specifici	77,04
<b>C16.4</b>	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> 95%	90,73
<b>D9a</b>	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	<= vedi obiettivi specifici	3,6
<b>Riabilitazione</b>			
<b>C17.1.3</b>	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	<= vedi obiettivi specifici	22,58

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

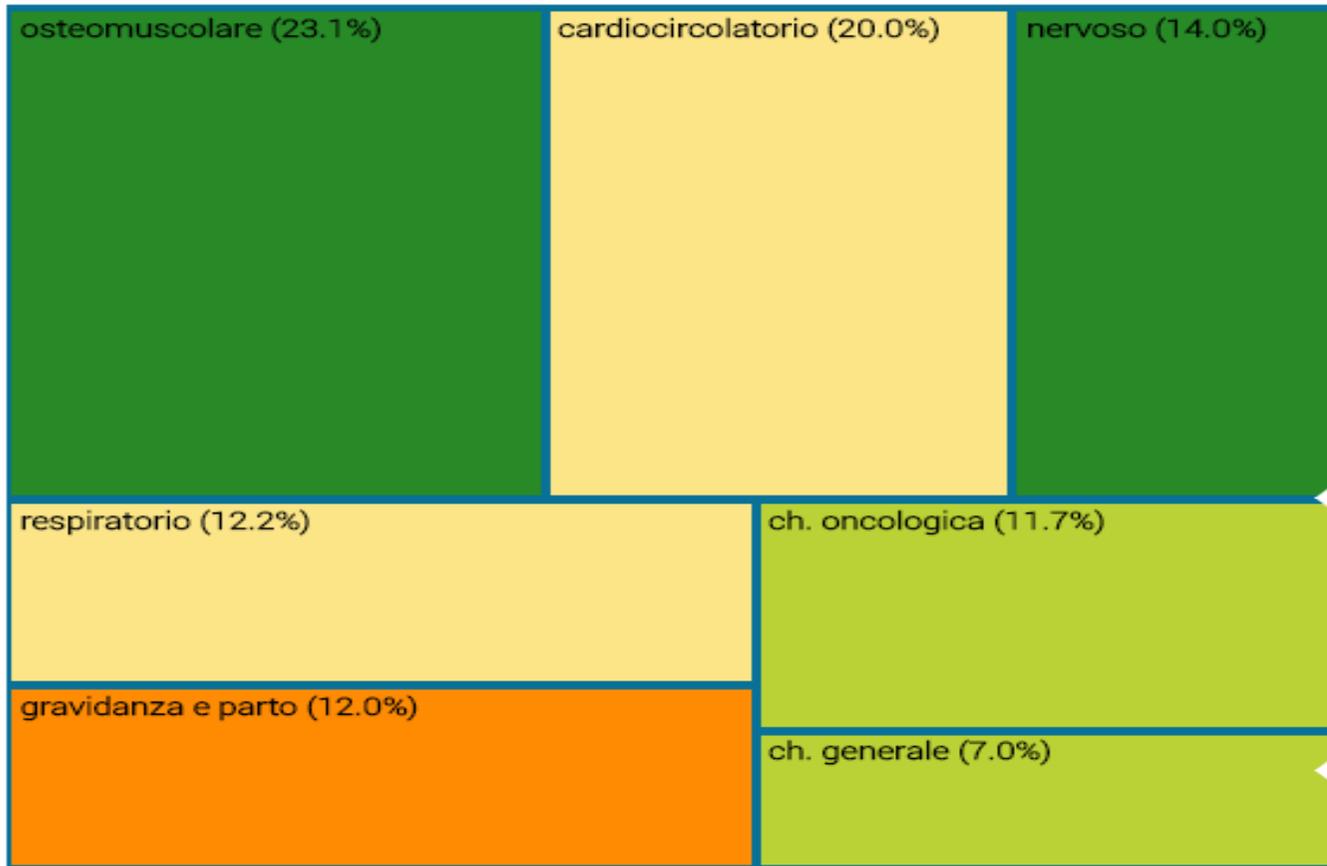
Codice indicatore	Obiettivi 2017		AOU PISANA	risultati 2017
<b>Valutazione interna</b>				
<b>E2</b>	Percentuale di assenza	<= vedi obiettivi specifici	6,06	10,06
<b>E3</b>	Tasso di infortuni dei dipendenti	<= vedi obiettivi specifici	4,25	non esposto
<b>Percorso Oncologico</b>				
<b>C10.2.1</b>	% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Soglia volumi = 150; Standard >= 80% (= > vedi obiettivi specifici)	85,93	89,65

## 1.6 ESITI

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
Indicatori di qualità per l'esclusione dai piano di rientro (L.208/2015)	<p><b>Indicatori</b> Individuati dal decreto MEF e Ministero della Salute e aggregati per area clinica (riportati sotto nella tabella A) risultati attesi: Per ciascuna area clinica raggiungimento della classe di valutazione &lt;4 (calcolata come media punteggi di ciascun indicatore ponderata con il peso)</p>	<p>I dati del grafico sottostante (<b>Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività</b> Fonte Agenas) sono relativi al posizionamento aziendale nell' anno 2016 in cui l' AOUP ha perseguito risultati di alto livello, superiori ai valori medi standard nazionali (rappresentati dal colore verde). La criticità (area arancione) è dovuta alla percentuale di parti cesarei. Come si desume dalla tabella sotto la treemap che riporta i valori degli indicatori</p>	

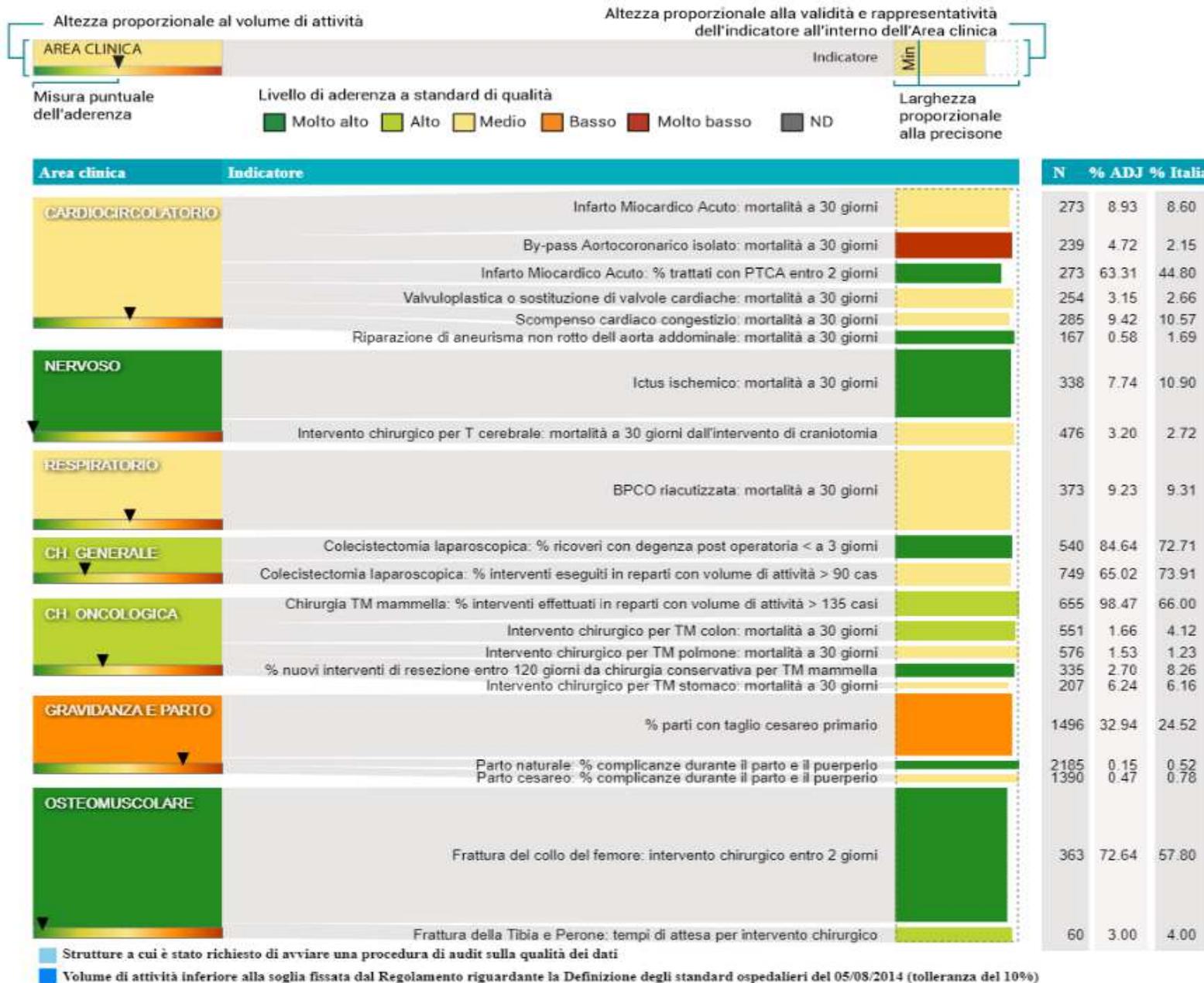
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND  
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Valori indicatori per AOUP che compongono la Treemap

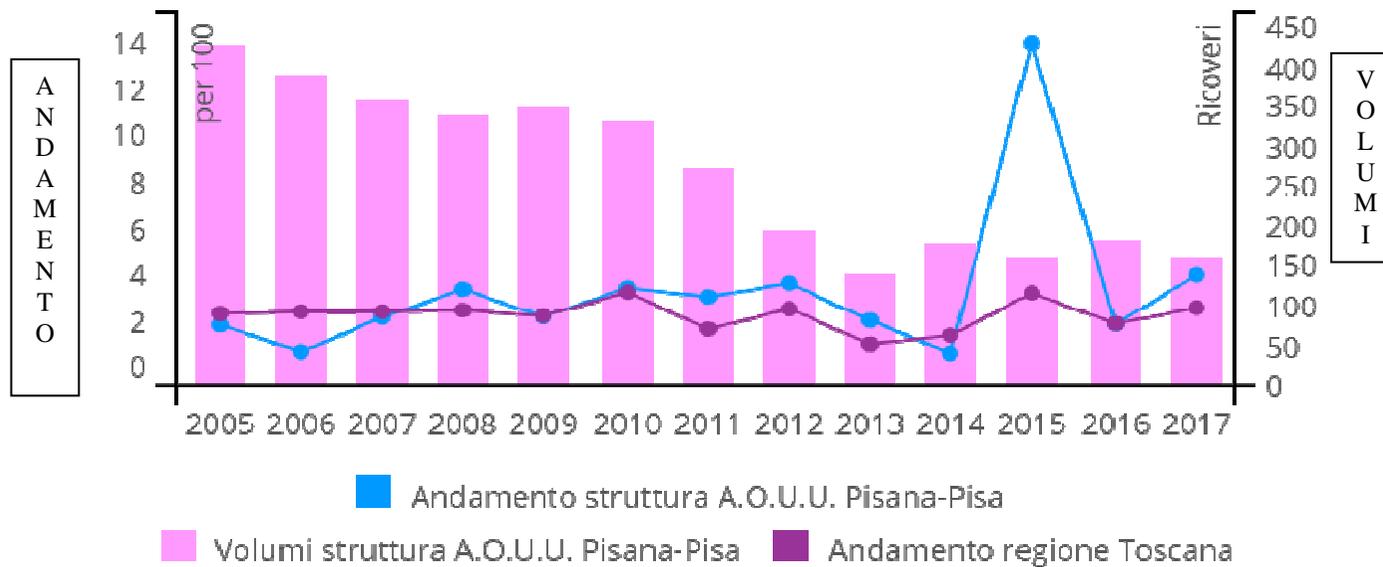
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
<p>indicatori di cui all'allegato 6 DGRT 65/2017</p> <p>1. gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale</p> <p>2. governo delle reti cliniche: ridurre la variabilità territoriale, mantenendo o migliorando gli indicatori di esito</p> <p><a href="https://esiti.ars.toscana.it/">https://esiti.ars.toscana.it/</a></p>	<p>Bypass aortocoronarico, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento Mantenere l'esito vs 2016</p> <p>BPCO riacutizzata, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione Effettuare audit clinico Migliorare Esito</p> <p>IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione: mantenere o ridurre rispetto all'ultimo anno</p> <p>ICTUS ischemico, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione: mantenere o ridurre rispetto all'ultimo anno</p>	<p>v.grafici sotto (<i>fonte Ars</i>)</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## Bypass AC, rischio morte 30g per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa

Fonte Prose ARS Toscana  
Periodo 2017 (dato provvisorio)



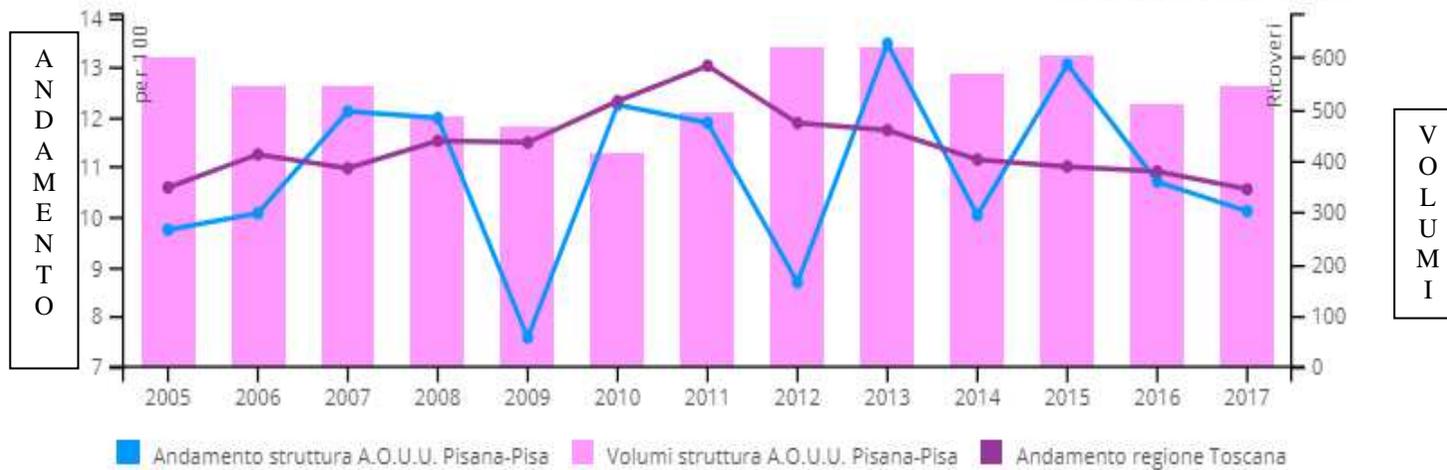
A.O.U.U.	2015	2016	2017
Volumi struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	160.00	181.00	159.00
Andamento struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	13.99	1.86	4.00
Andamento regione Toscana	3.21	1.86	2.55

Dopo il 2015 è stato fatto un audit congiunto tra operatori dell'A.O.U.P. e dell'Agendas in cui è stato rilevata una criticità nelle codifiche poi corretta per cui si è avviato un miglioramento

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

BPCO, rischio morte 30g per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa

Fonte Prose ARS Toscana  
Periodo 2017 (dato provvisorio)



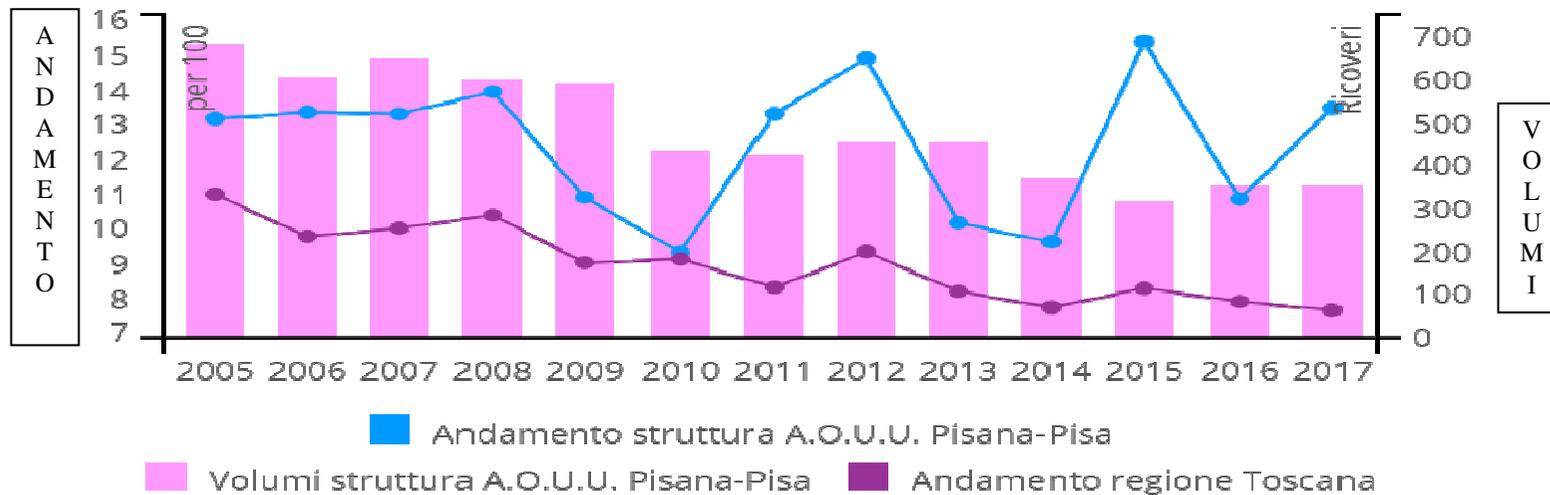
A.O.U.U.	2015	2016	2017
Volumi struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	604	511	546
Andamento struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	13,05	10,7	10,11
Andamento regione Toscana	11,01	10,91	10,55

Si rileva un trend in miglioramento nonostante gli accessi dal ps.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

IMA, rischio morte 30g per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa

Fonte Prose ARS Toscana  
Periodo 2017 (dato provvisorio)



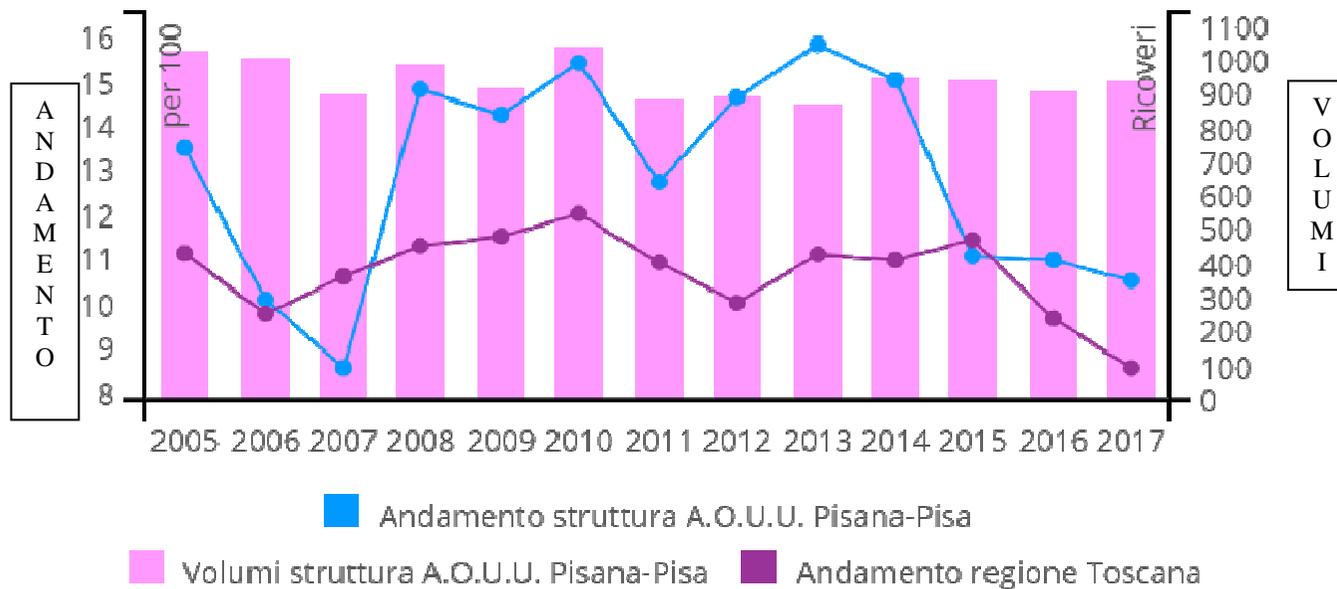
A.O.U.U.	2015	2016	2017
Volumi struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	317.00	351.00	350.00
Andamento struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	15.37	10.83	13.46
Andamento regione Toscana	8.25	7.87	7.62

E' stato avviato un gruppo di studio per analizzare le criticità

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ictus ischemico, rischio morte 30g per 100, A.O.U.U. Pisana-Pisa

Fonte Prose ARS Toscana  
Periodo 2017 (dato provvisorio)



A.O.U.U.	2015	2016	2017
Volumi struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	939.00	905.00	934.00
Andamento regione Toscana	11.43	9.66	8.55
Andamento struttura A.O.U.U. Pisana-Pisa	11.06	10.98	10.51

Si rileva un trend in miglioramento e sono in corso azioni di revisione e riorganizzazione del percorso Ictus.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1.7 Accreditemento e appropriatezza prescrittiva laboratori

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
certificazione ISO 9001 DAI Laboratorio	<p><b>Indicatore:</b> Indicazioni del consulente per la stesura di procedure operative all'interno di ogni struttura dipartimentale ed elaborazione formale delle stesse all'interno delle UU.OO. ed SS.DD. e attuazione</p> <p><b>Risultato atteso:</b> Relazione del RAQ in merito all'esecuzione del cronoprogramma e in merito all'attuazione delle disposizioni</p>	E' stato rispettato il crono-programma, sono stati individuati i processi principali e le procedure operative all'interno di ogni struttura dipartimentale. Sulla base delle indicazioni del Consulente tutte le strutture hanno presentato una guida al servizio e uno standard di prodotto (che successivamente dovrà saranno completate) con descrizione e flowchart dei processi principali. La Direzione DAI ha prodotto la bozza del manuale di Qualità del Dipartimento in cui sono descritte le modalità di ottemperanza ai requisiti della norma ISO 9001/2015	
Appropriatezza prescrittiva: Genetica molecolare e Citogenetica	<p><b>Indicatore:</b> elaborazione documento che dettagli le attività svolte e la tempistica per le singole patologie utilizzando linee guida e/o normativa di settore vigenti e i tempi individuati dagli indirizzi regionali</p> <p><b>Risultato atteso:</b> validazione del documento da parte del direttore del DAI di Laboratorio entro il 30 settembre e invio del documento validato entro il 30 di ottobre</p>	Sono stati elaborati i documenti richiesti per le singole patologie validate dal direttore Dai di Laboratorio	

## 1.8 Tempi di attesa. Prestazioni ambulatoriali di primo accesso

Obiettivo	2017	Risultato	Valutazione
Estensione del modello open access a tutte le specialità ecografiche del catalogo regionale e alla TAC torace in sinergia con la ASL Nord-Ovest e i privati accreditati per modulare l'offerta	<p><b>Indicatori:</b> -erogazione prestazione entro 3 giorni dalla richiesta; -monitoraggio andamento dei tempi di attesa</p> <p><b>Risultati attesi:</b> azzeramento code per gli utenti della zona pisana per le specialità individuate in accordo con la ASL Nord-ovest</p>	E' stato progressivamente introdotto il modello alla TAC torace, Eco tiroide, Eco addome, ECO mammella e altre ECO con monitoraggi giornalieri sui tempi di erogazione in 3 gg., come da grafici esemplificativi sotto riportati riferiti al 2 gennaio 2018	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

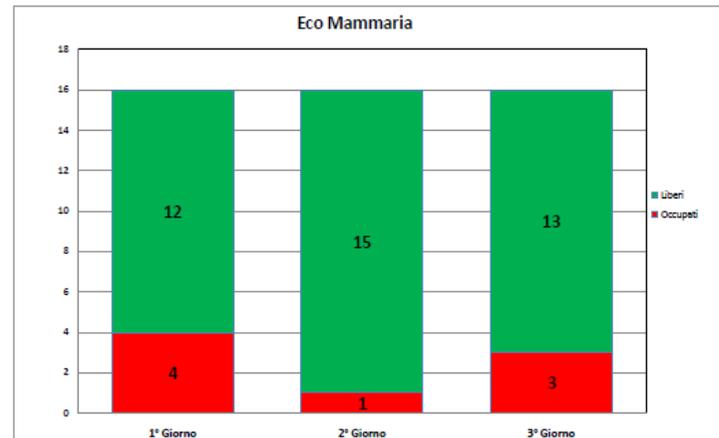
RILEVAZIONE EFFETTUATA IL GIORNO: 02/01/2018

0

Descrizione	Agenda	Min	C.C.	Data Avvio	Direttore	Disponibilità Giornaliera					
						Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab
Eco Mammella	9039	20	6909	18/07/2017	Roncella-Marini	16	16	16	16	16	
Disponibilità Settimanale						80					

POSTI:	Disponibili	Liberi	Occupati
1° Giorno	16	12	4
2° Giorno	16	15	1
3° Giorno	16	13	3

Note 0

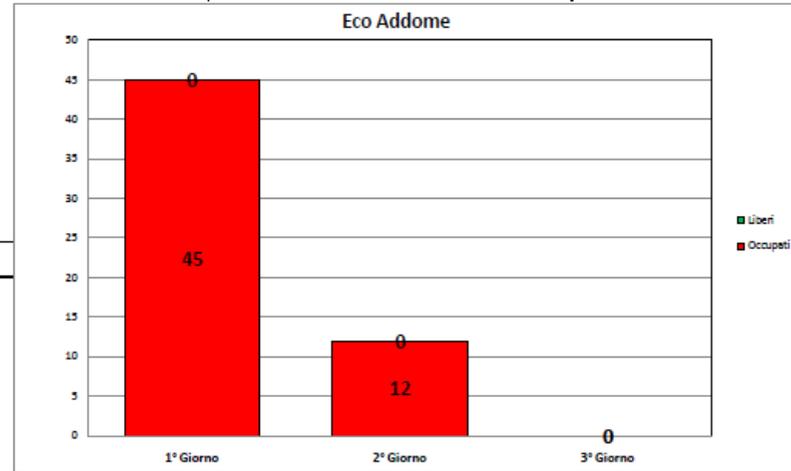


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Descrizione	Agende		Min	Stuttura	Disponibilità Giornaliera					
	3225	5060			Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab
Eco Addome			15	Via Garibaldi + Poliambulatori	74	38	56	46	56	
					Disponibilità Settimanale					
					270					

POSTI:	Disponibili	Liberi	Occupati
1° Giorno	45	0	45
2° Giorno	12	0	12
3° Giorno	0	0	0

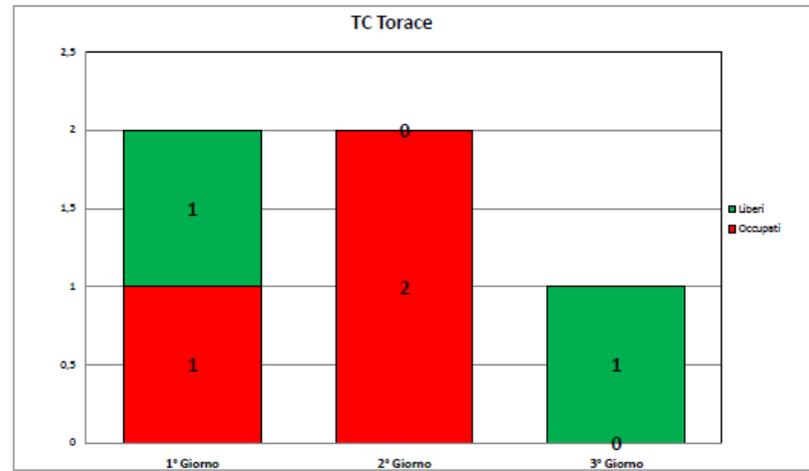
Note AG.3225 SOSP 2° E 3°GG/5060 22+81+88 CHIUSE/ 62 SOSP 3°GG



Descrizione	Agenda	Min	C.C.	Data Avvio	Direttore	Disponibilità Giornaliera					
						Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab
TC Torace	6491	20	6902	12/09/2016	Falaschi	3	2	2	2	1	2
						Disponibilità Settimanale					
						12					

POSTI:	Disponibili	Liberi	Occupati
1° Giorno	2	1	1
2° Giorno	2	0	2
3° Giorno	1	1	0

Note 0

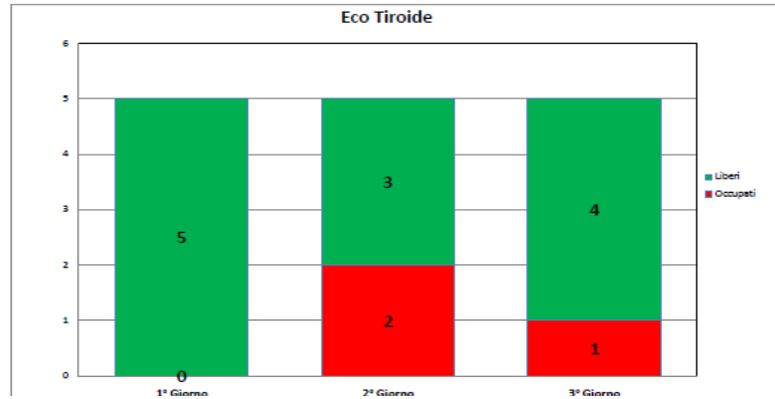


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Descrizione	Agenda	Min	C.C.	Data Avvio	Direttore	Disponibilità Giornaliera					
						Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab
Eco Tiroide	7460	15	1901	09/01/2017	Vitti - Marcocci	5	5	5	5	5	
Disponibilità Settimanale						25					

POSTI:	Disponibili	Liberi	Occupati
1° Giorno	5	5	0
2° Giorno	5	3	2
3° Giorno	5	4	1

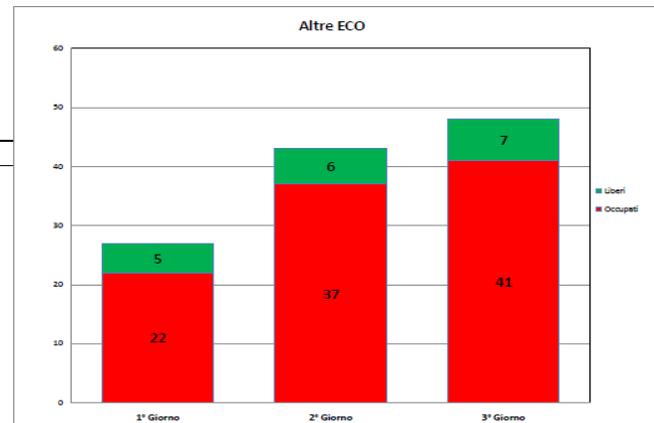
Note 0



Descrizione	Agenda	Min	C.C.	Data Avvio	Direttore	Disponibilità Giornaliera					
						Lun	Mart	Merc	Giov	Ven	Sab
Altre ECO	7332	20	6902	09/01/2017	VARI	30	69	49	62	60	
Disponibilità Settimanale						270					

POSTI:	Disponibili	Liberi	Occupati
1° Giorno	27	5	22
2° Giorno	43	6	37
3° Giorno	48	7	41

Note AG.3200 SOSP 2° E 3° GG/5002+5027 CHIUSA



# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 5) Implementazione della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa

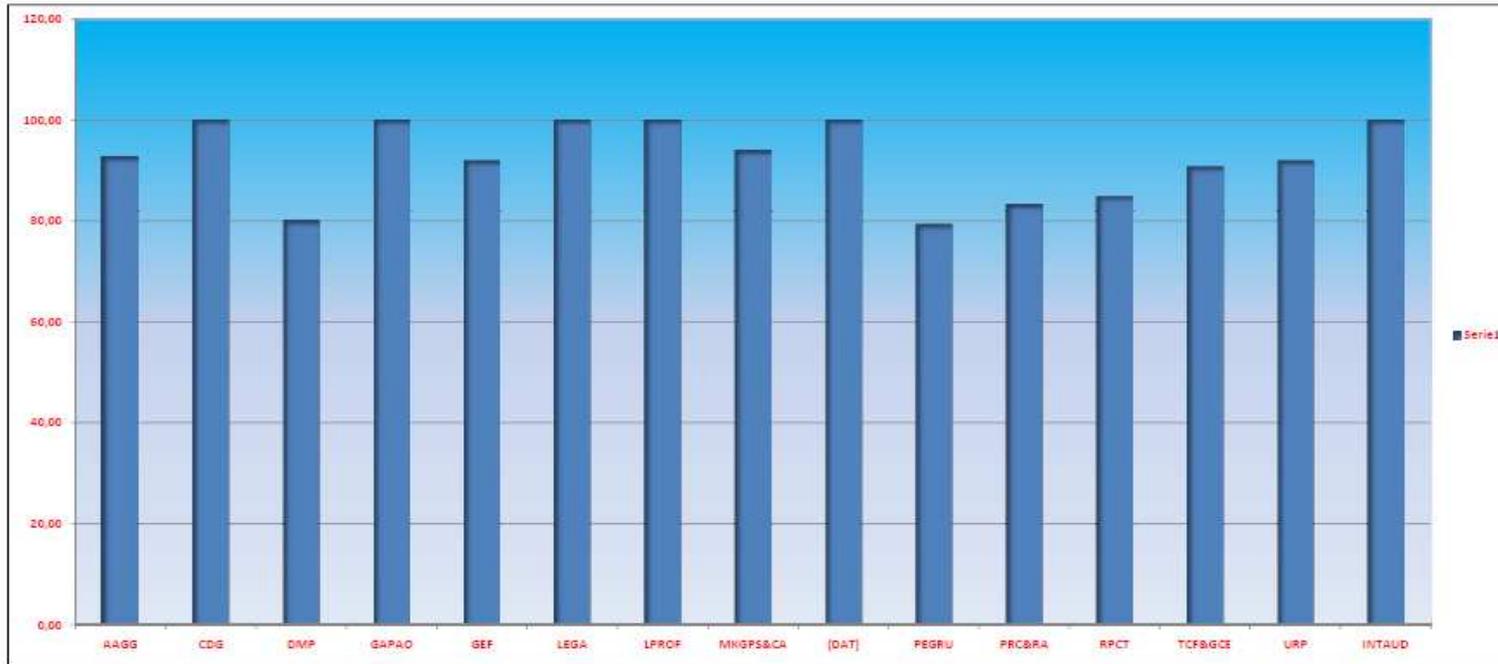
Con il PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2017 – 2019 ([per la visione del piano pubblicato su Amministrazione trasparente CLICCA QUI](#)) l'AOUP ha programmato le azioni e misure di prevenzione per il triennio 2017-2019 nonché gli obiettivi per implementare la trasparenza. Le prime sono contenute nell'allegato documento D.V.04 "Tabella misure attività azioni" e i secondi nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità, contenuto nella sezione 4 del Piano per la prevenzione della corruzione.

Dette azioni sono state distinte in misure generali e misure specifiche, secondo le indicazioni nazionali.

A seguire sono esposte le percentuali di realizzazione nell'anno 2017, secondo i dati forniti dal RPTCA.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

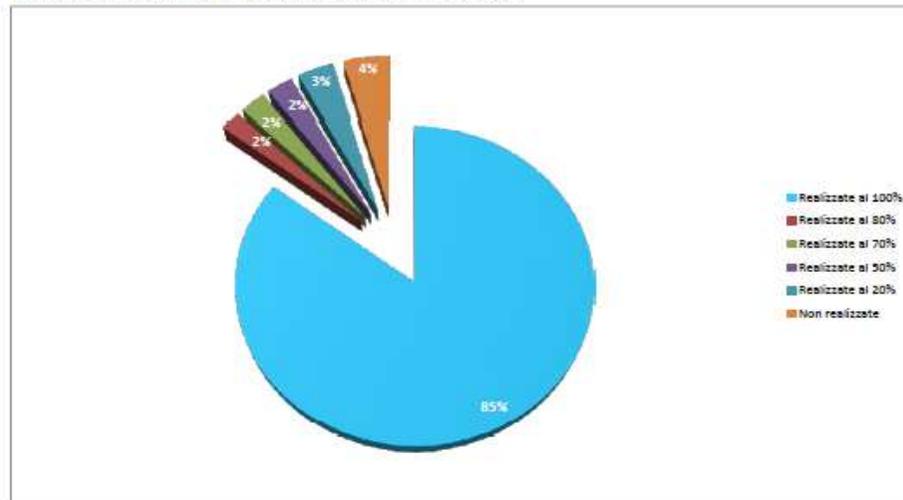
A) Grafico Azioni / attività relative alle misure di prevenzione della corruzione delle strutture a lato indicate che avevano scadenza al 31/12/2017



LEGENDA	
AAGG	UO Affari Generali
CDG	UO Controllo di Gestione
DMP	Direzione Medica di Presidio
GAPAO	Unità Operativa Gestione amministrativa prestazioni e attività ospedaliere
GEF	UO Gestioni Economiche Finanziarie
LEGA	Unità Operativa Legale
LPROF	Unità Operativa Libera Professione
MKGPS&CA	UO Marketing Prog. Speciali e Convenzioni Attive
(DAT)	Dipartimento Area Tecnica
PEGRU	UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane
PRC&RA	Unità professionale Percorso Resp. Civile e Rapporti Assicurativi
RPCT	Responsabile prevenzione corruzione
TCF&GCE	UO Unità Operativa Trattamenti Contributivi Fiscali e Gestioni Collaborazioni Esterne
URP	Unità Operativa Ufficio Relazione con il Pubblico
INTAUD	Unità Operativa Internal Audit

Realizzazione complessiva delle azioni / attività delle misure di prevenzione PTPC 2017-2019	
Realizzate al 100%	85%
Realizzate al 80%	2%
Realizzate al 70%	2%
Realizzate al 50%	2%
Realizzate al 20%	3%
Non realizzate	4%

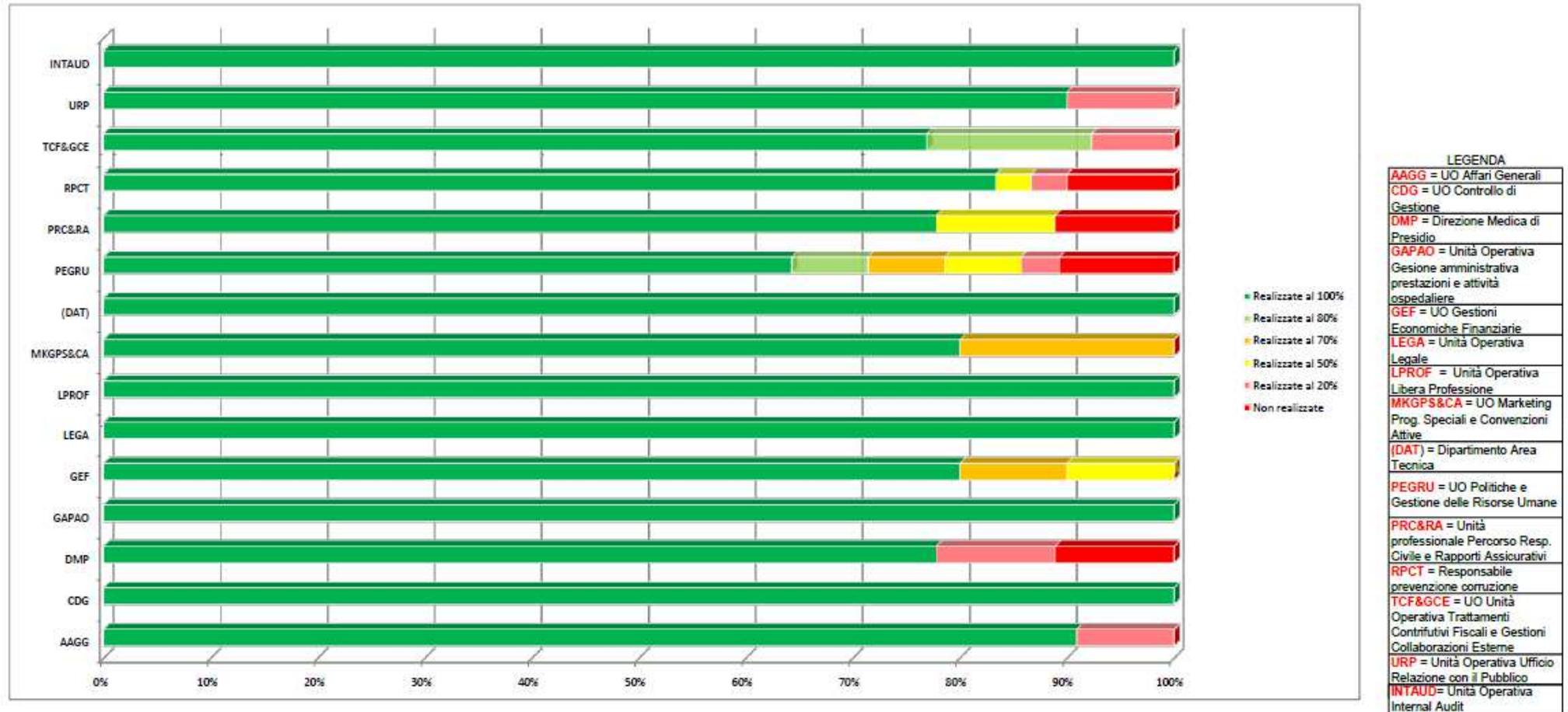
B) Grafico Percentuali di realizzazione complessiva per azienda



C) Raffronto della media percentuale di realizzazione complessiva 2017 vs 2016	
Media % realizzazione 2017	92,61%
vs	
Media % realizzazione 2016	89,53%

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Grafico Azioni / attività relative alle misure di prevenzione della corruzione delle strutture a lato indicate che avevano scadenza al 31/12/2017



**LEGENDA**

AAGG = UO Affari Generali
CDG = UO Controllo di Gestione
DMP = Direzione Medica di Presidio
GAPAO = Unità Operativa Gestione amministrativa prestazioni e attività ospedaliere
GEF = UO Gestioni Economiche Finanziarie
LEGA = Unità Operativa Legale
LPROF = Unità Operativa Libera Professione
MKGPS&CA = UO Marketing Prog. Speciali e Convenzioni Attive
(DAT) = Dipartimento Area Tecnica
PEGRU = UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane
PRC&RA = Unità professionale Percorso Resp. Civile e Rapporti Assicurativi
RPCT = Responsabile prevenzione corruzione
TCF&GCE = UO Unità Operativa Trattamenti Contributivi Fiscali e Gestioni Collaborazioni Esterne
URP = Unità Operativa Ufficio Relazione con il Pubblico
INTAUD = Unità Operativa Internal Audit

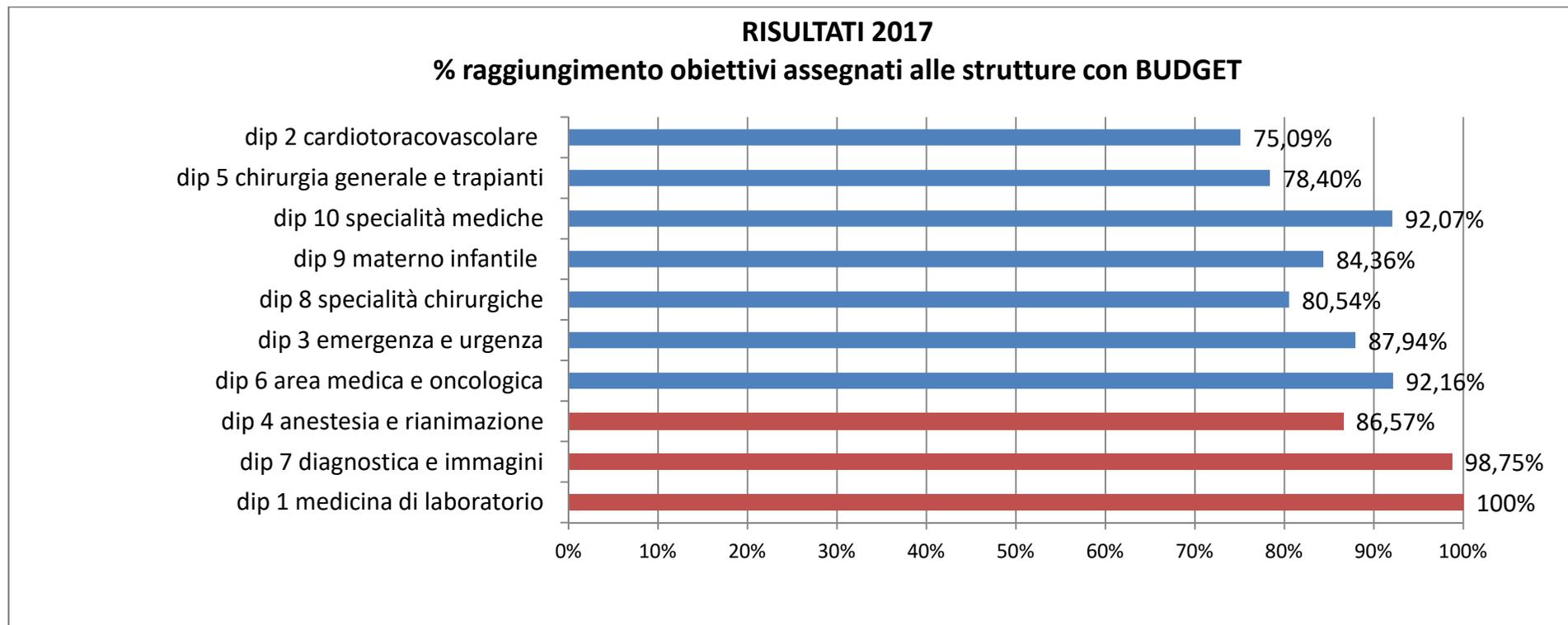
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 4. Obiettivi operativi assegnati nel budget: risultati raggiunti

Gli obiettivi assegnati in sede di budget per la parte sanitaria declinano parte delle linee strategiche aziendali individuate nel piano della performance, integrati con gli obiettivi assegnati dalla Regione Toscana.

Di seguito si riportano le valutazioni finali (obiettivi, percentuali raggiunte e percentuali complessive) derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e dei flussi informativi aziendali e regionali nonché dalla documentazione fornita dai Direttori di struttura.

### DAI DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI INTEGRATI ESITI BUDGET 2017

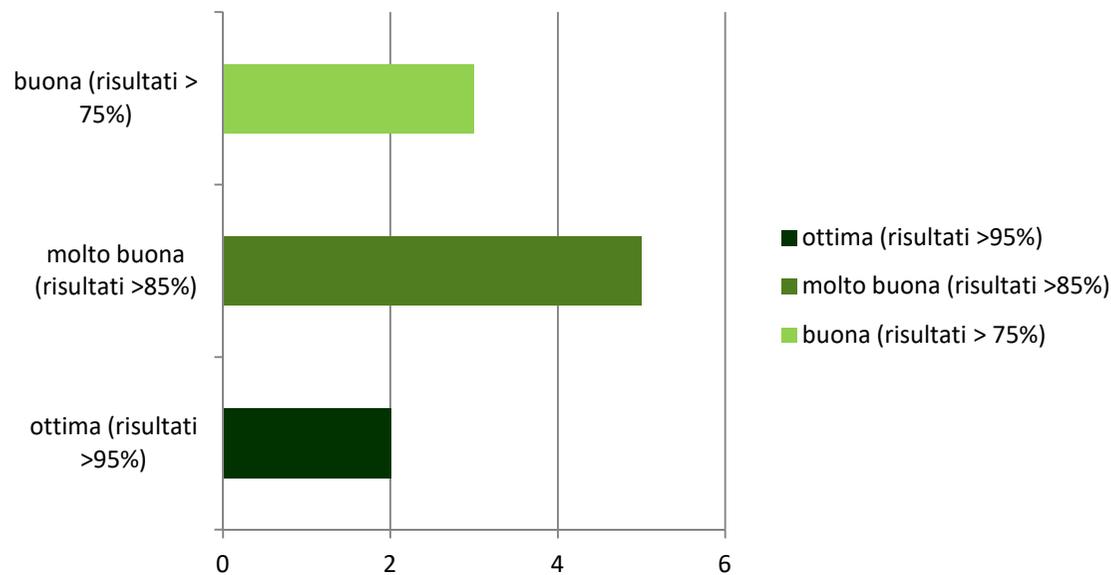


Come è possibile desumere dal grafico appena rappresentato si evidenzia nell'anno 2017 una più che soddisfacente adesione dei dipartimenti al processo di budget. Il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati infatti, supera sempre il 75%. Tra i dipartimenti più virtuosi troviamo quelli di servizio che evidenziano valori di performance tra le più alte sostenendo gli altri dipartimenti nello svolgimento delle proprie attività.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Nel grafico seguente abbiamo voluto rappresentare il grado di collaborazione delle strutture dipartimentali individuando comunque tre livelli di aderenza alle linee operative tracciate dalle dinamiche gestionali individuali che hanno contribuito alla performance aziendale intesa nel suo complesso.

**Compliance dei dipartimenti agli obiettivi assegnati  
Anno 2017**

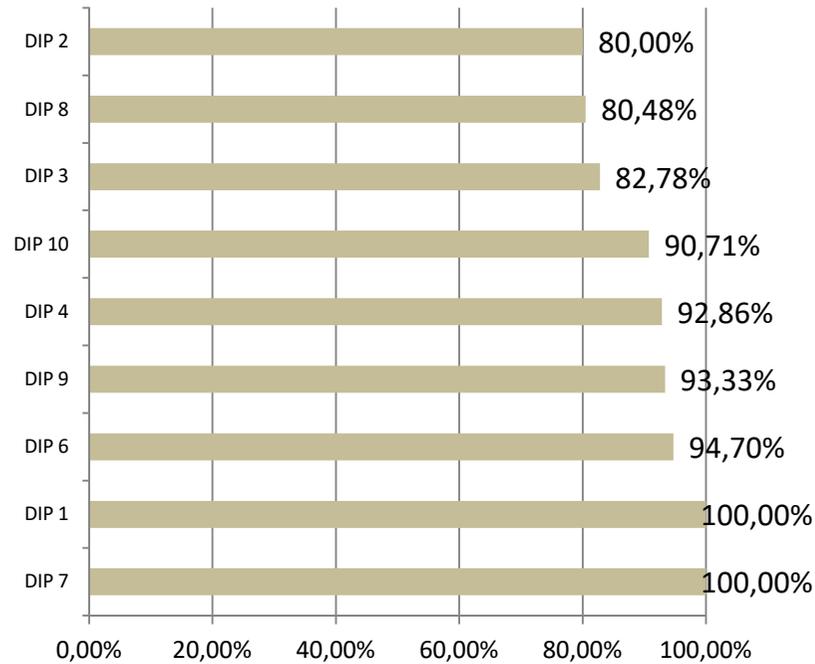


DIPARTIMENTO	compliance complessiva
diagnostica e immagini	ottima
medicina di laboratorio	ottima
anestesia e rianimazione	molto buona
area medica e oncologica	molto buona
emergenza e urgenza	molto buona
materno infantile	molto buona
specialità mediche	molto buona
specialità chirurgiche	buona
chirurgia generale	buona
cardioracovascolare	buona

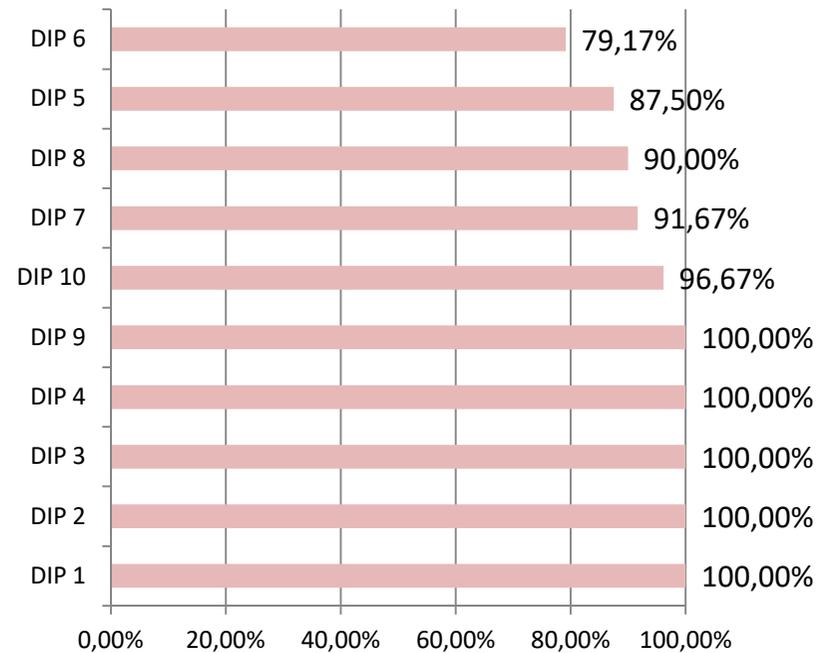
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Scendendo nel dettaglio delle aree e degli ambiti di operatività in cui gli obiettivi assegnati sono stati articolati presentiamo le performance conseguite a livello aziendale dai singoli dipartimenti, riclassificate per area/ambito di competenza.

## Risultati Obiettivo Area Economica

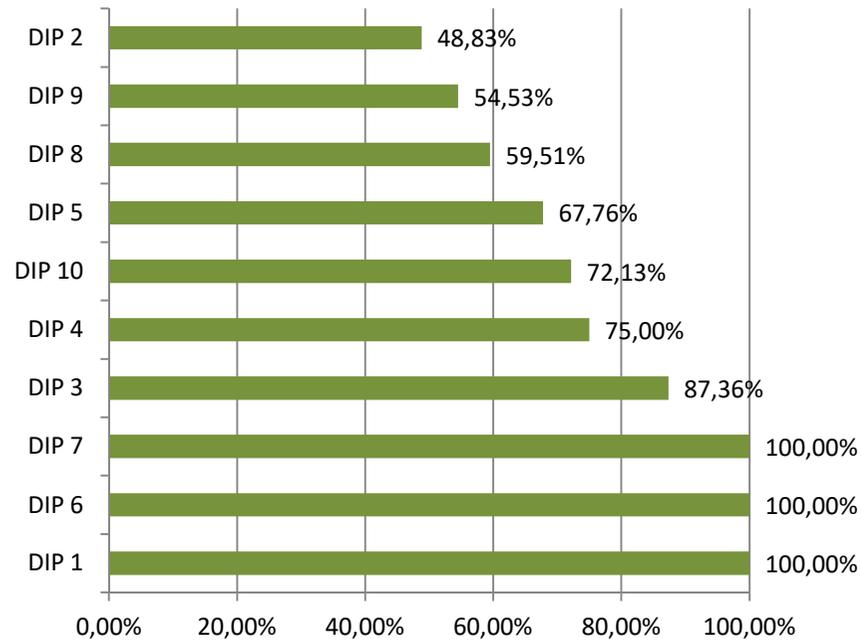


## Risultati Obiettivo Area Accreditamento

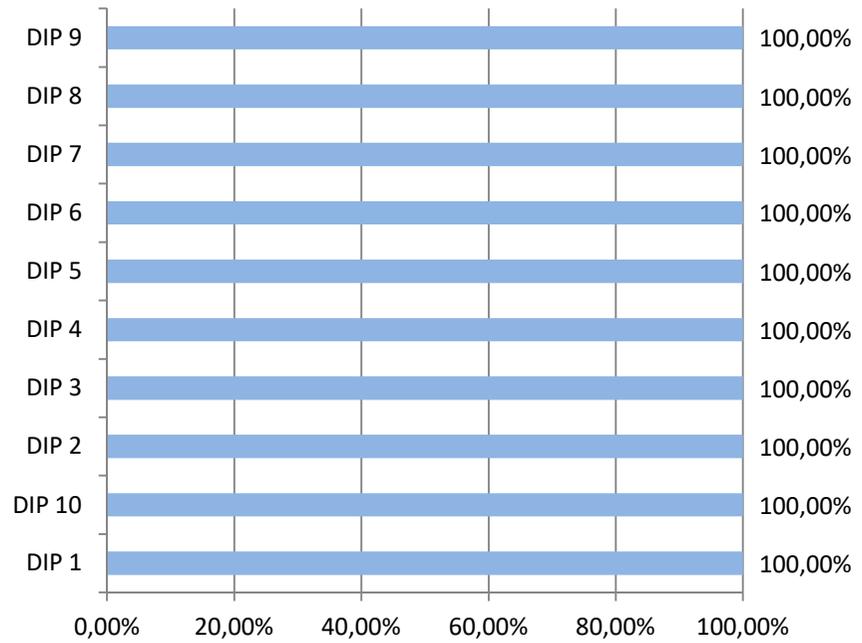


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## Risultati Obiettivo Area Gestionale



## Risultati Obiettivo Area Rischio Clinico

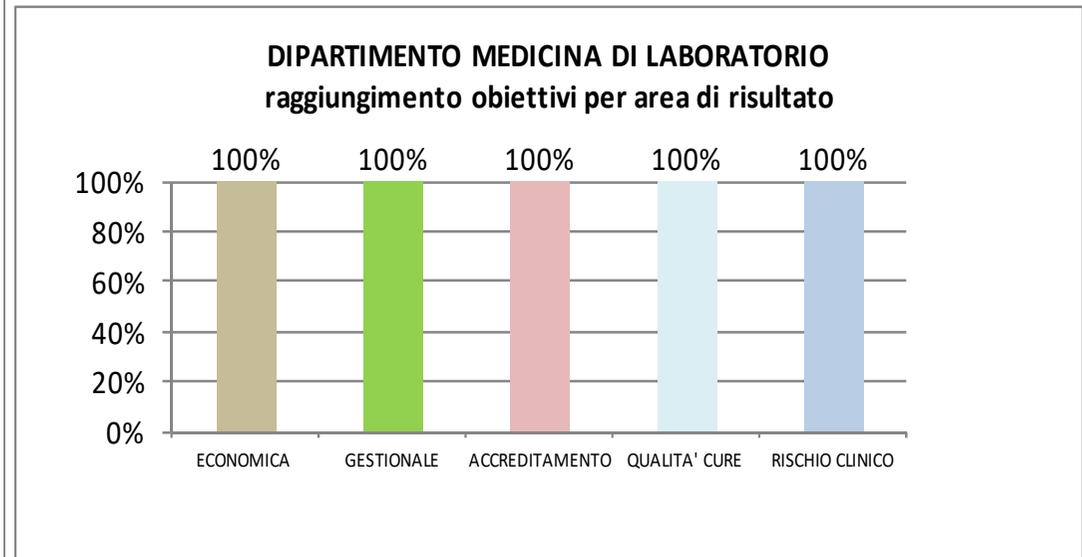
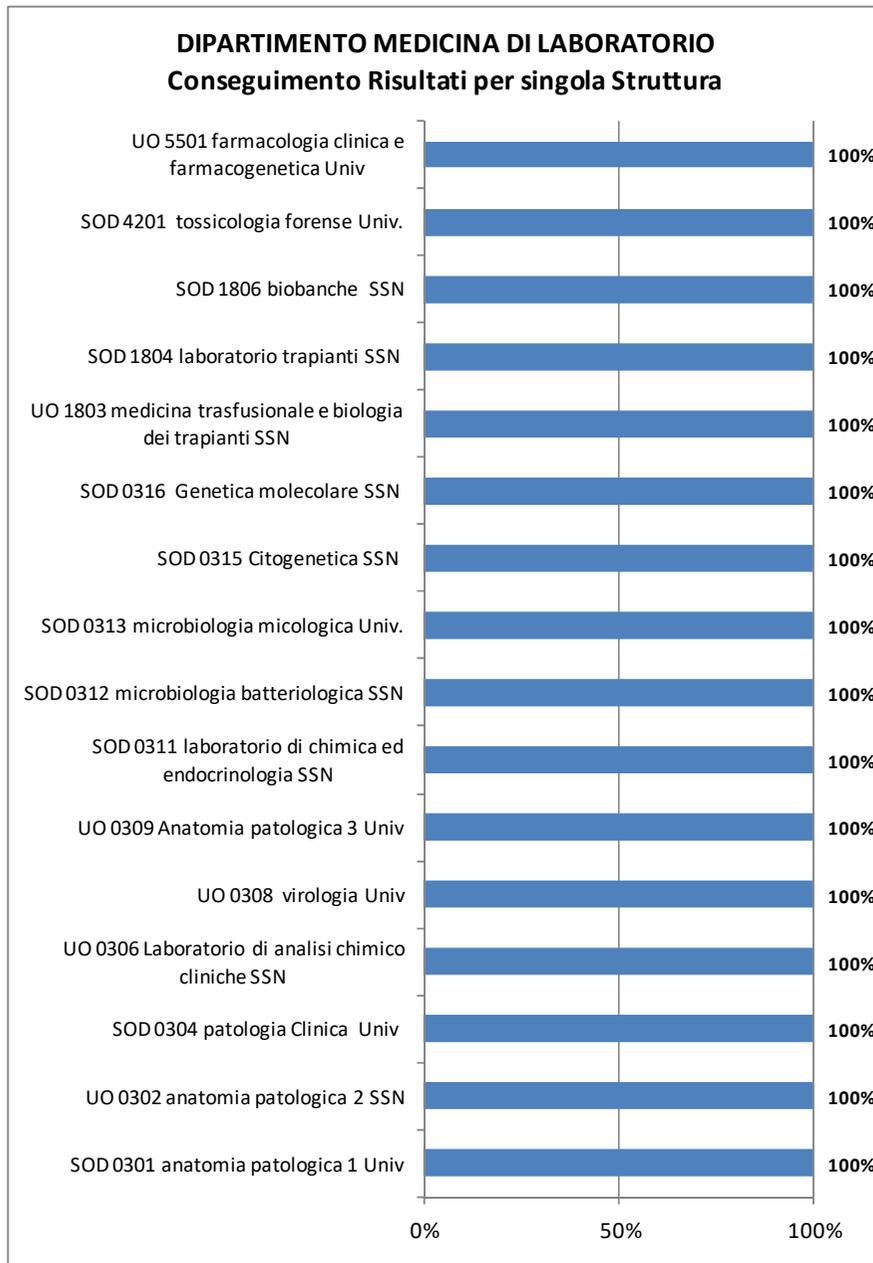


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 01-MEDICINA DI LABORATORIO

DAI 01 MEDICINA DI LABORATORIO BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (30)	Rispetto tetto di spesa <b>dispositivi (1.000 K€) parametrizzato alla produzione</b>	30	30
	Rispetto del tetto di spesa <b>diagnostici ( 15.128,65 K€)</b> al netto consumo pro-calcitonina "Progetto sepsi", parametrizzato alla produzione (costo diagnostici su valore spa esterni più interni branca K).		
AREA ACCREDITAMENTO e QUALITA' (15)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	15	15
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
AREA RISCHIO CLINICO (15)	<b>Rischio clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	15	15
AREA QUALITA' DELLE CURE (20)	<b>certificazione ISO 9001</b> DAI Laboratorio	20	20
AREA QUALITA' DELLE CURE	Adozione programma <b>PBM del sangue</b>	Penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura	-
	<b>Agire contro la sepsi:</b> corsi di formazione sulla sicurezza del paziente e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera.	BONUS del 10% sul risultato finale del DAI fermo restando il tetto.	-
AREA GESTIONALE (20)	<b>Appropriatezza prescrittiva:</b> Genetica molecolare e Citogenetica	20	20
	<b>Tracciabilità dei pezzi anatomici</b> provenienti da alcuni reparti di chirurgia e destinati alle UO di Anatomia Patologica : - controllo su corretto confezionamento campione relativamente alla presenza di etichettatura barcode generata da programma Pleiade;	BONUS del 10% sul risultato finale del DAI fermo restando il tetto.	
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		100	<b>100</b>
<b>Impegno per il Direttore DAI</b>	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

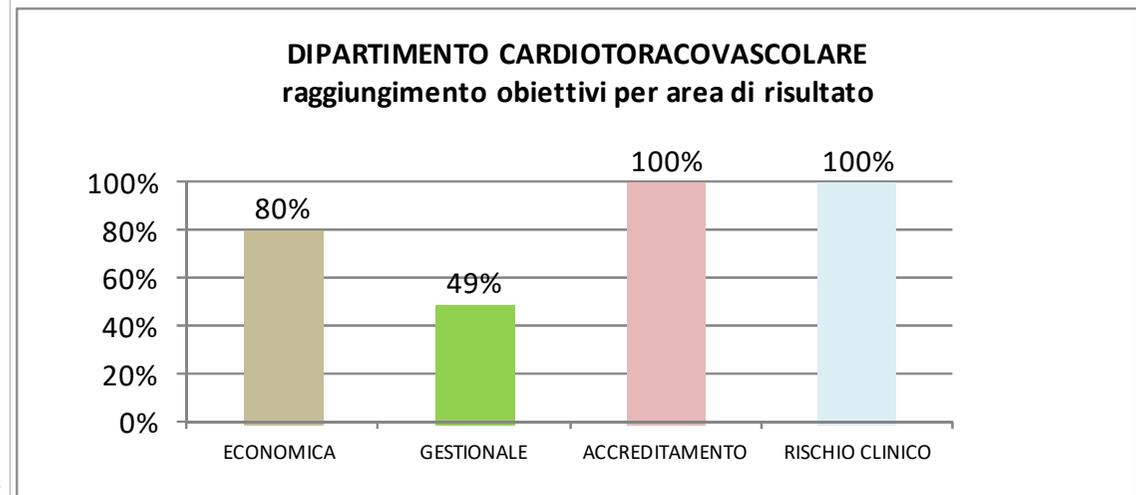
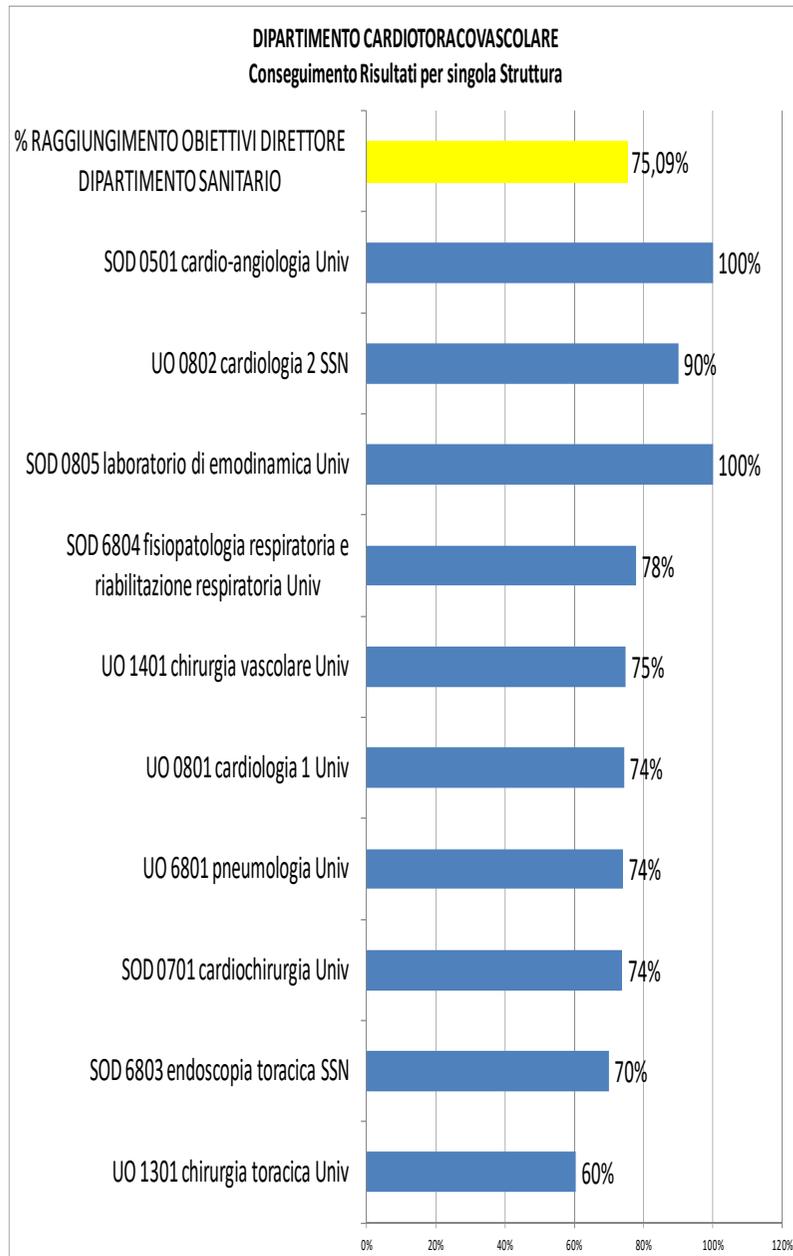


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 02 CARDIOTORACOVASCOLARE

DAI 02 - CARDIO-TORACO VASCOLARE BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (35)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi</b> e n° interventi di cui al target dell'allegato	10	8,00
	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	10	10,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10	5,00
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	5	5,00
AREA Gestionale: (35)	Rispetto dei <b>tempi di validazione documento operatorio</b> su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	10	3,20
	<b>inserimento nosologico</b> su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	10	1,25
	<b>inserimento codici intervento</b> identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche <b>0039 o 0034</b> , nei campi procedura successivi al primo)	5	5,00
	<b>utilizzo nota operatoria</b> su registro ormaweb per le specialità che operano al Centro Robotico.	5	4,64
	utilizzo <b>MIRO'</b> da parte delle UU.OO. Inserite nel progetto di visual hospital	5	3,00
AREA Accreditamento e Qualità (20)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	20	20,00
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
AREA Rischio Clinico (10)	Completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	5	5,00
	Effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	5	5,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		<b>100</b>	<b>75,09</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

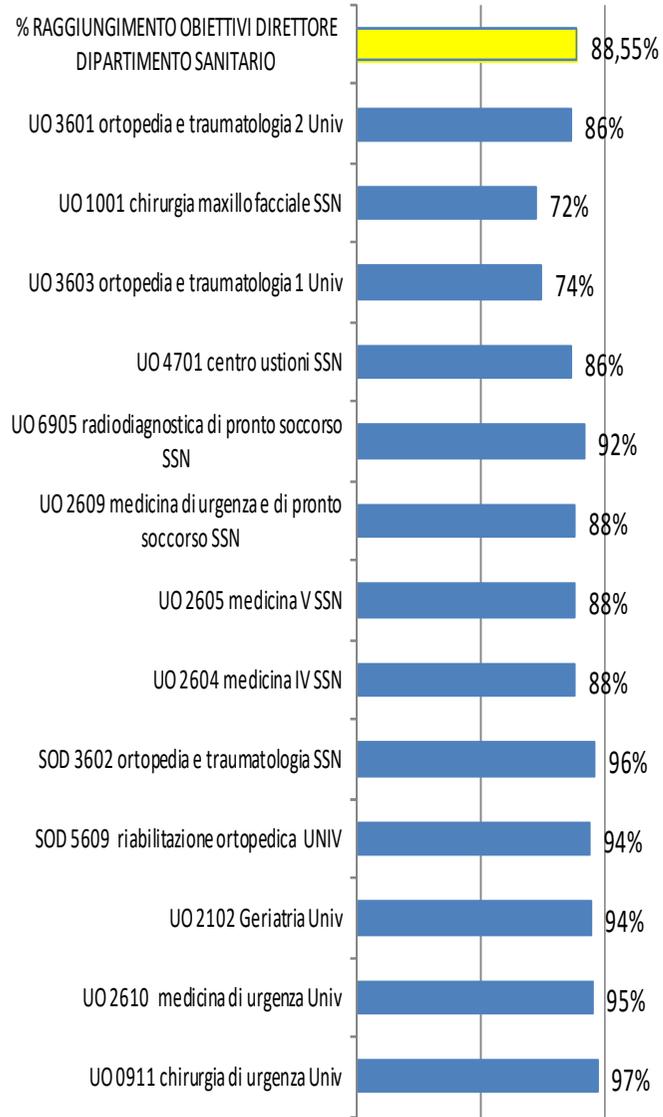
## DAI 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE

DAI 03 - EMERGENZA ACCETTAZIONE - BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (30)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi</b> e n° interventi di cui al target dell'allegato	10	7,25
	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	10	10,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10	7,58
AREA Gestionale: (35)	Rispetto dei <b>tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb</b> : data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	10	7,67
	<b>inserimento nosologico</b> su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	5	3,54
	inserimento <b>codici intervento identificativi della procedura robotica</b> (utilizzo delle codifiche 0039 o 0034, nei campi procedura successivi al primo)	5	5,00
	utilizzo <b>nota operatoria su registro ormaweb per le specialità che operano al Centro Robotico.</b>	5	5,00
	utilizzo cartella elettronica <b>Pleiade</b> incluso modulo Piano Per Ogni Paziente (P4EP)		NV
	utilizzo <b>MIRO'</b> da parte delle UU.OO. Inserite nel progetto di <b>visual hospital</b>	5	5,00
AREA ACCREDITAMENTO e QUALITA' (20)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	20	20,00
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
AREA PRONTO SOCCORSO (5)	INDICATORI PS 1) miglioramento % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti; 2) miglioramento % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora; 3) miglioramento % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h; 4) miglioramento % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h;	5	2,50
AREA RISCHIO CLINICO	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	5	5,00
	effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	5	5,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		<b>95</b>	<b>83,54</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

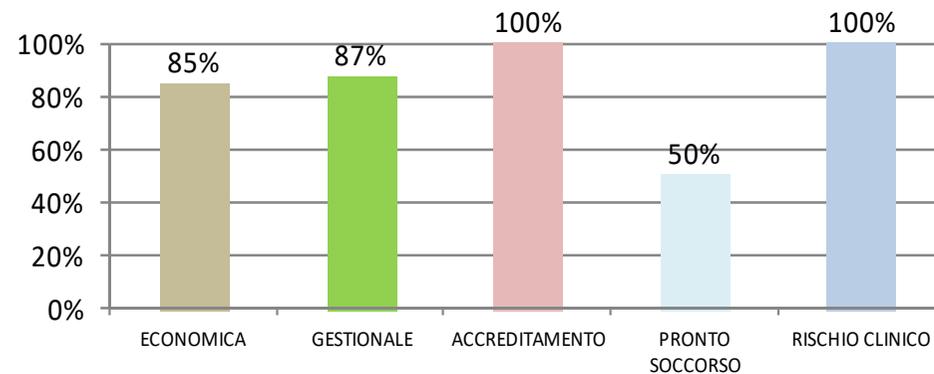
## DIPARTIMENTO 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE

### Conseguimento Risultati per singola Struttura



## DIPARTIMENTO 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE

### raggiungimento obiettivi per area di risultato

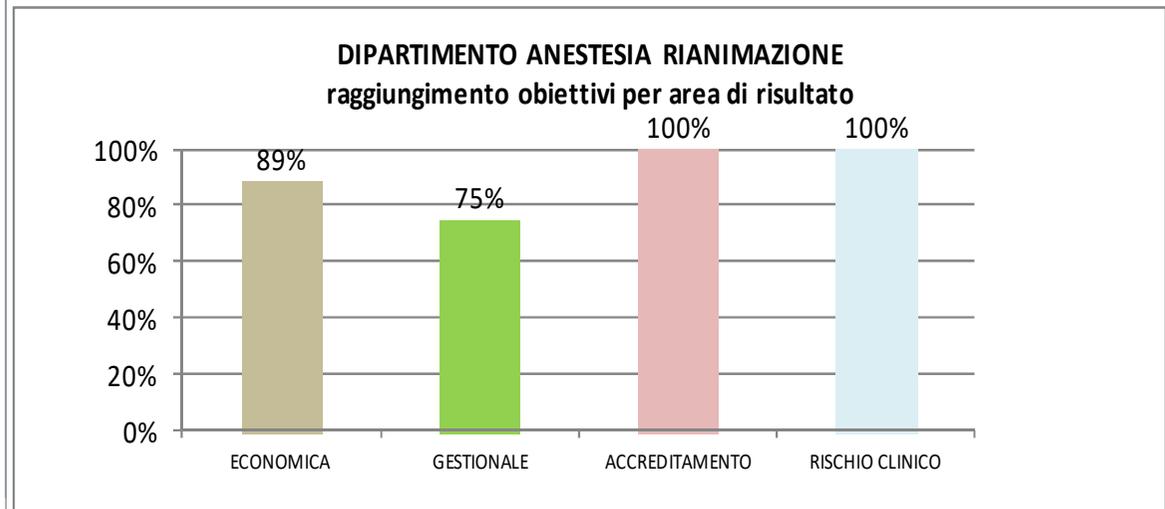
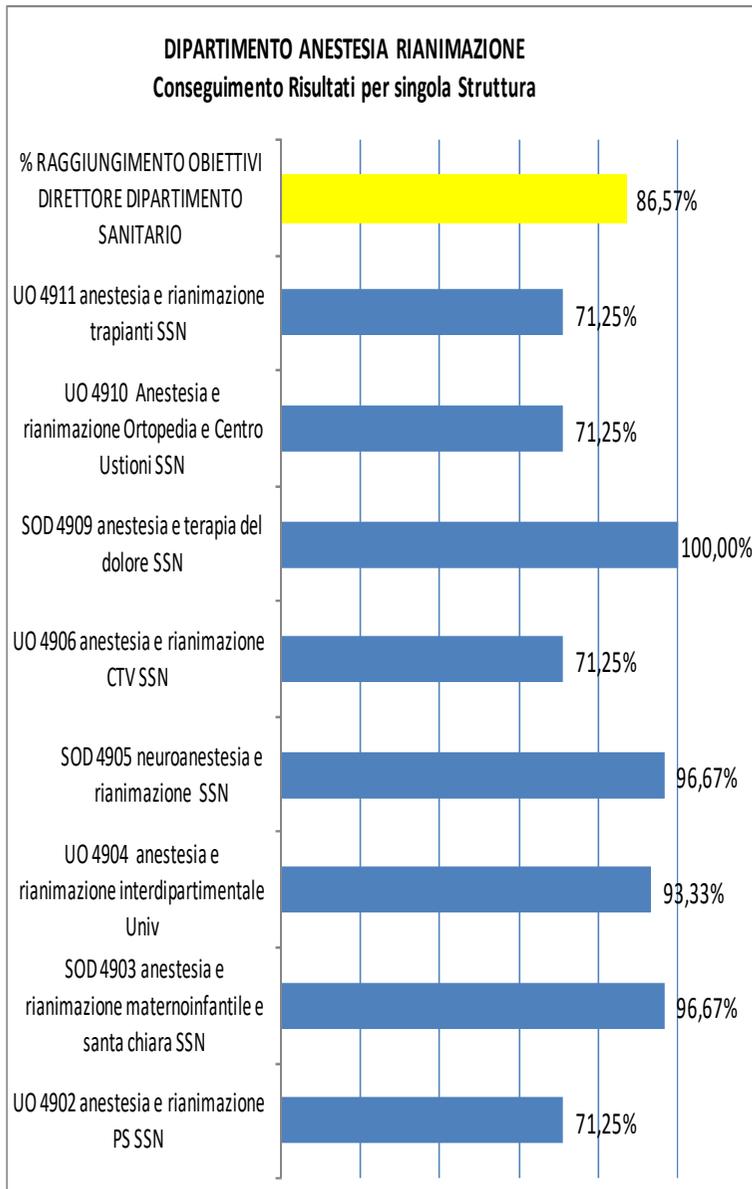


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 04 ANESTESIA E RIANIMAZIONE

DAI 04 ANESTESIA E RIANIMAZIONE			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica: (30 )	Rispetto tetto di spesa dispositivi ( <b>2.799,12K€</b> ) parametrizzato alla produzione (Dispositivi per TI rispetto a n. di transitati; Dispositivi per sale operatorie rispetto a n. interventi)	10	7,00
	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	10	10,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10	9,57
AREA Gestionale: Ormaweb (30)	Utilizzo scheda anestesologica su Pleiade dal momento dell'attivazione del progetto	10	10,00
	Inserimento convalida anestesologica e tempi operatori per interventi eseguiti in regime di ricovero ordinario e day surgery	20	10,00
Visual Hospital (10)	Utilizzo <b>MIRO'</b> da parte delle UU.OO. Inserite nel progetto di visual hospital	10	10,00
AREA ACCREDITAMENTO e QUALITA' (20)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	10	10,00
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.	10	10,00
AREA RISCHIO CLINICO (10)	Effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	10	10,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		<b>100</b>	<b>86,57</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



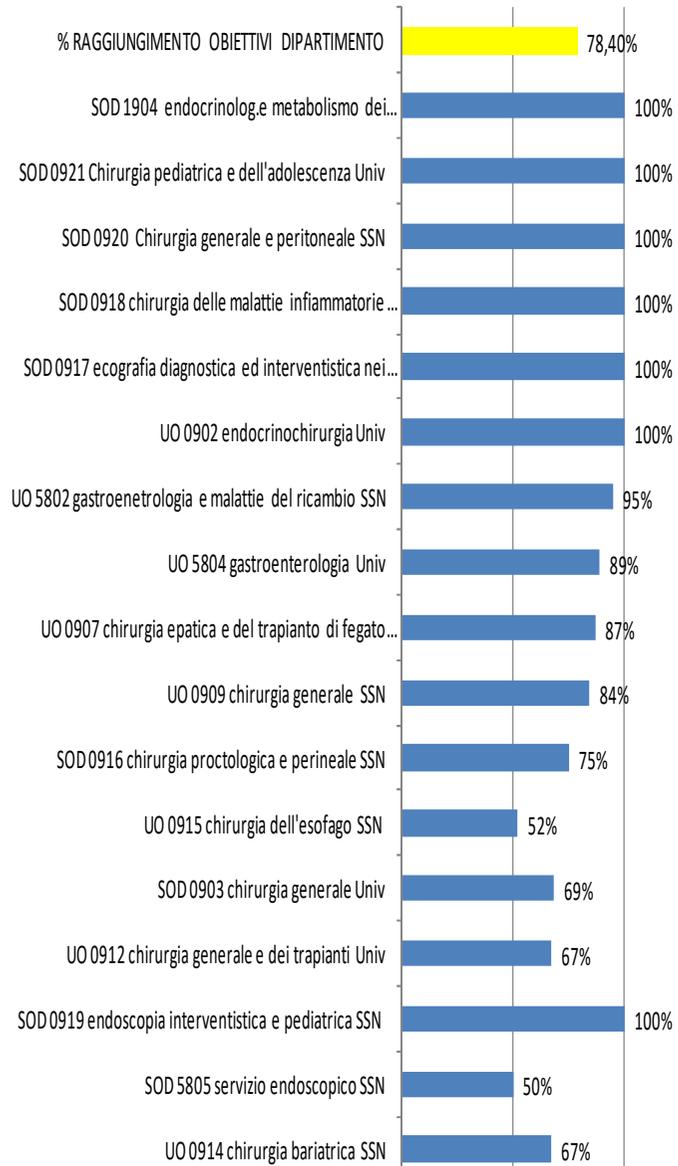
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 05 CHIRURGIA GENERALE E TRAPIANTI

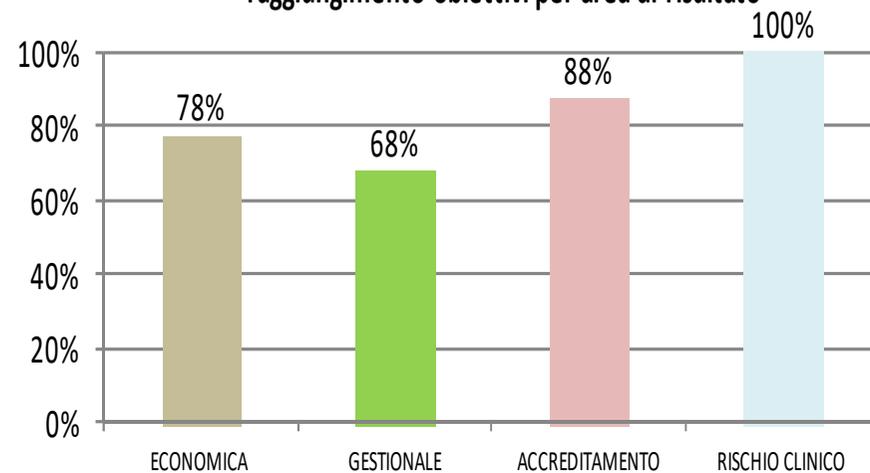
DAI 05 CHIRURGIA GENERALE -BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (35)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi</b> e n° interventi di cui al target dell'allegato	10	5,00
	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	5	5,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10	7,18
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	10	10,00
GESTIONALE: Visual Hospital (35)	Rispetto dei tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	5	2,50
	inserimento nosologico su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	10	7,19
	inserimento codici intervento identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039 o 0034, nei campi procedura successivi al primo)	5	2,95
	utilizzo nota operatoria su registro ormaweb per le specialità che operano al Centro Robotico.	5	3,58
	utilizzo cartella elettronica Pleiade	5	5,00
	utilizzo <b>MIRO'</b> da parte delle UU.OO. Inserite nel progetto di visual hospital	5	2,50
ACCREDITAMENTO e QUALITA' (20)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	20	17,50
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
	Tracciabilità dei pezzi anatomici: invio alle Anatomie Patologiche del materiale biologico adeguatamente confezionato ed etichettato tramite stampe adesive prodotte dal gestionale Ormaweb.	Bonus di 3 punti	
RISCHIO CLINICO (10)	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	5	5,00
	effettuazione di <b>MMR e audit in</b> ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	5	5,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		<b>100</b>	<b>78,40</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E TRAPIANTI Conseguimento Risultati per singola Struttura



## DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E TRAPIANTI raggiungimento obiettivi per area di risultato



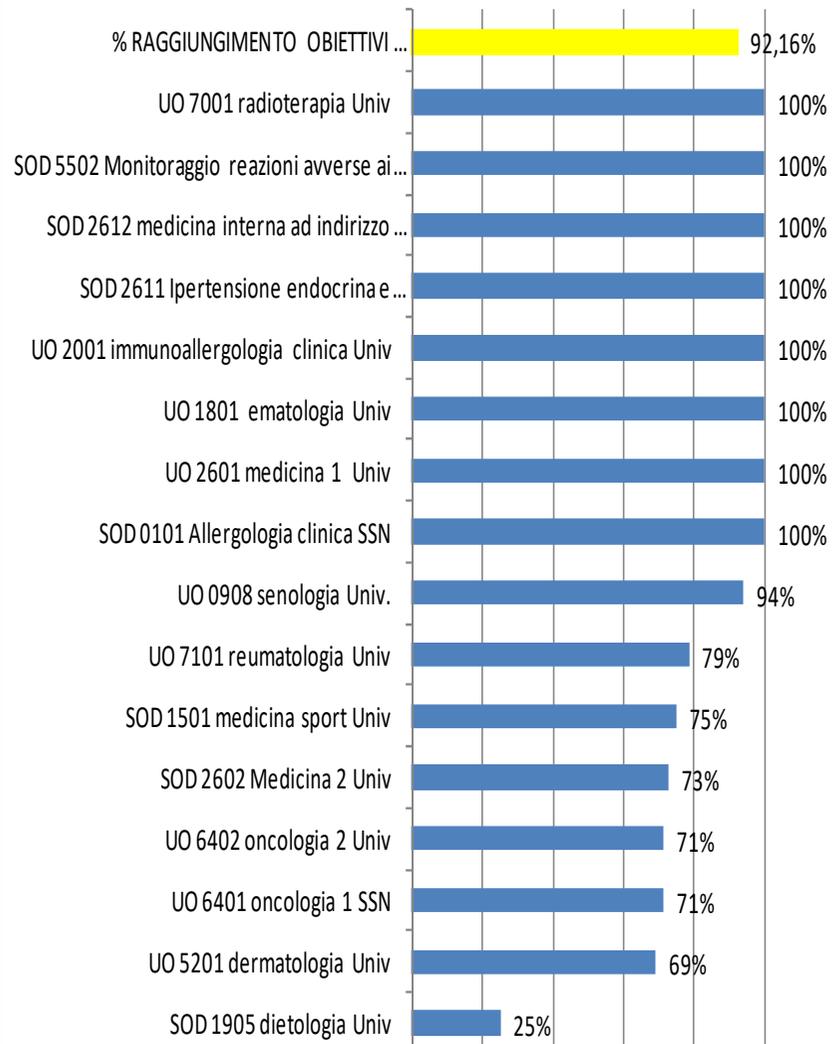
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 06 AREA MEDICA E ONCOLOGICA

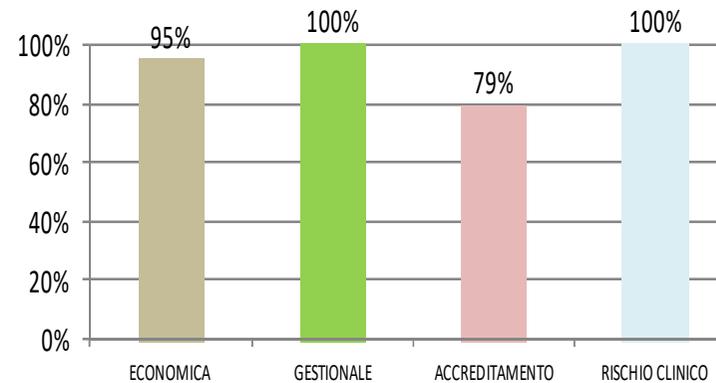
DAI 06 AREA MEDICA E ONCOLOGICA - BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (30)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi</b> e n° interventi di cui al target dell'allegato	15	13,41
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato		
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	15	15,00
GESTIONALE: Ormaweb (20)	Rispetto dei tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	20	20,00
	inserimento nosologico su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery		
ACCREDITAMENTO e QUALITA' (30)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	30	23,75
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
RISCHIO CLINICO (20)	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	10	10,00
	effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	10	10,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		<b>100</b>	<b>92,16</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DIPARTIMENTO AREA MEDICA E ONCOLOGICA Conseguimento Risultati per singola Struttura



## DIPARTIMENTO AREA MEDICA E ONCOLOGICA raggiungimento obiettivi per area di risultato



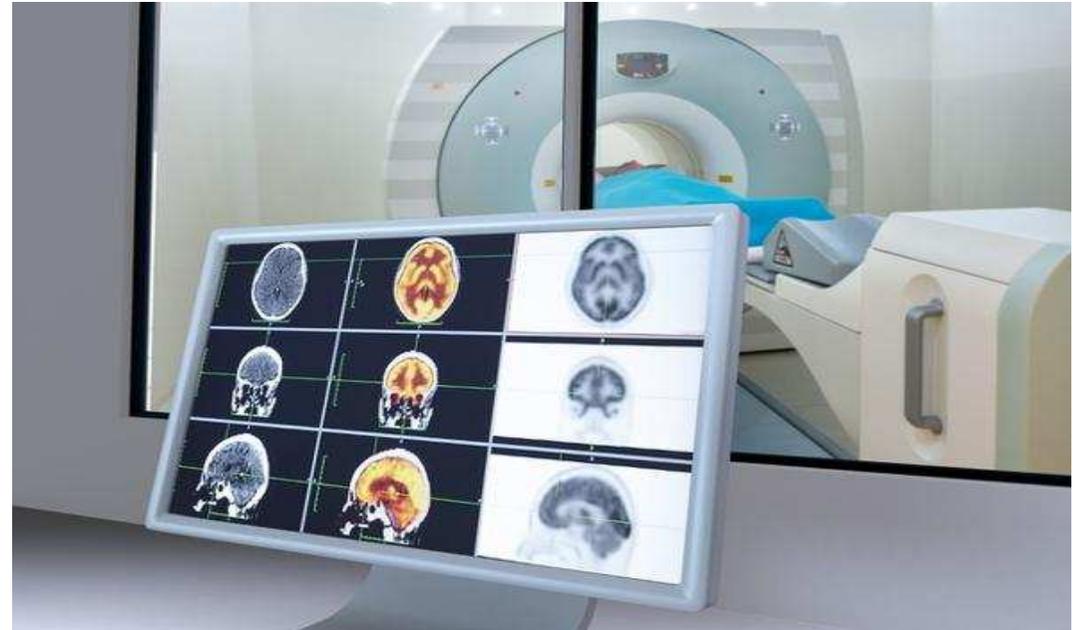
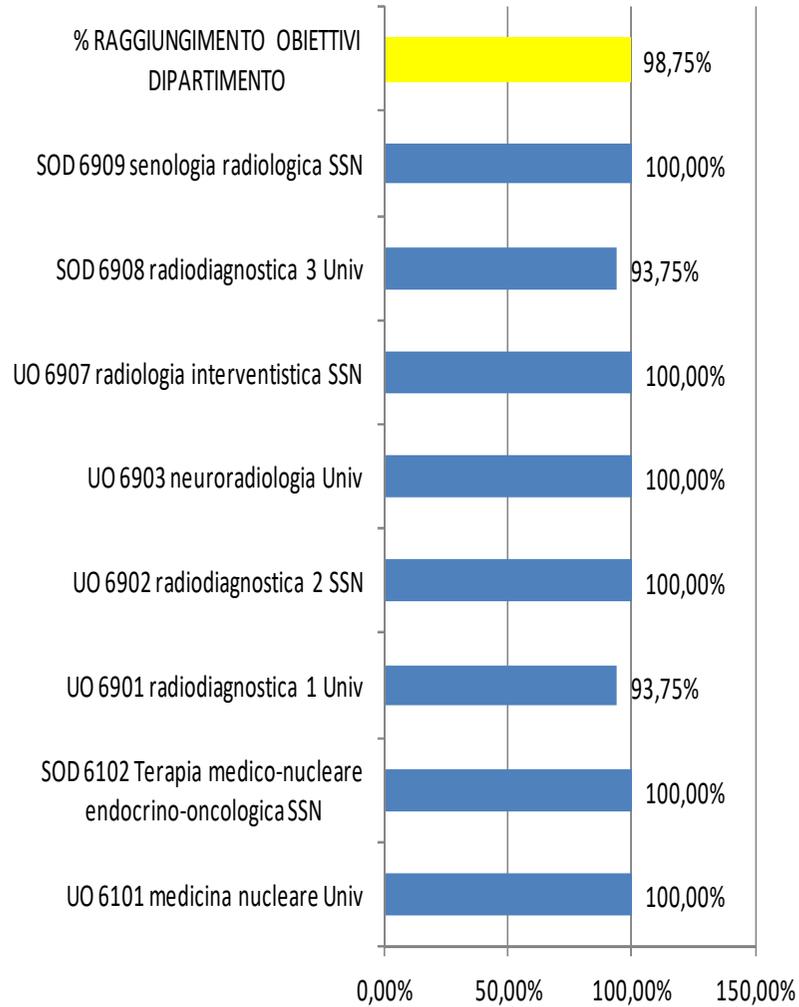
# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 07 DIAGNOSTICA E IMMAGINI

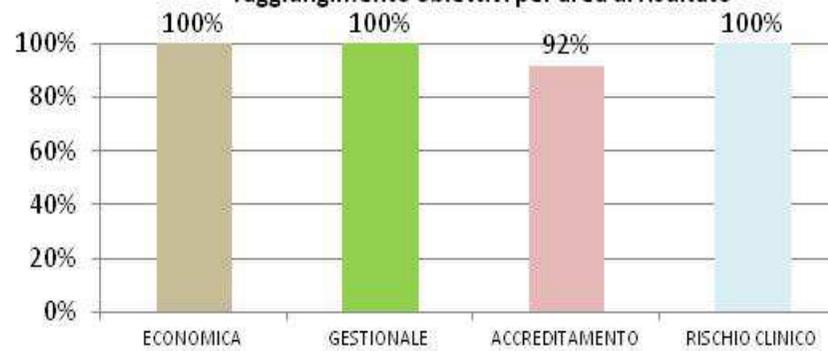
DAI 07 - DIAGNOSTICA E IMMAGINI BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (30)	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	20	20,00
	Rispetto del <b>tetto di spesa dispositivi</b> (al netto DAT) - (2.989,46 keuro) - parametrizzato alla produzione		
	Mantenimento consumo <b>farmaci ricoveri</b> (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2016 (571 keuro) parametrizzato alla produzione	5	5,00
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	5	5,00
Area ACCREDITAMENTO e QUALITA' (15)	<b>Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale</b> per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	15	13,75
	<b>Riesame</b> elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale <b>piano di miglioramento annuale</b> .		
Area RISCHIO CLINICO (10)	<b>Rischio Clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	10	10,00
AREA GESTIONALE (45)	Analisi di costo per le prestazioni attualmente non "tabellate", che necessitano di essere fatturate alle Aziende Sanitarie richiedenti in quanto facenti parte di un DRG che quest'ultime riscuotono. (Vedi lista prestazioni selezionate )	10	10,00
	Realizzazione analisi di costo delle risonanze a lungo impegno di personale che il dipartimento esegue per le patologie epatiche e e raccolta da parte del Direttore Dipartimentale di relazioni dei responsabili delle UU.OO ed SS.DD richiedenti questi particolari esami, che suffraghino la necessità di tali pratiche.	10	10,00
	Monitoraggio delle agende di prenotazione per pazienti ricoverati (interni)( e per ambulatoriali di secondo accesso )	10	10,00
	(**) Rispetto del programma follow up oncologici gestiti dal Punto Servizi aziendale, per tutte le linee attivate	15	15,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		100	<b>98,75</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DIPARTIMENTO 07 DIAGNOSTICA E IMMAGINI Conseguimento Risultati per singola Struttura



## DIPARTIMENTO 07 DIAGNOSTICA E IMMAGINI raggiungimento obiettivi per area di risultato

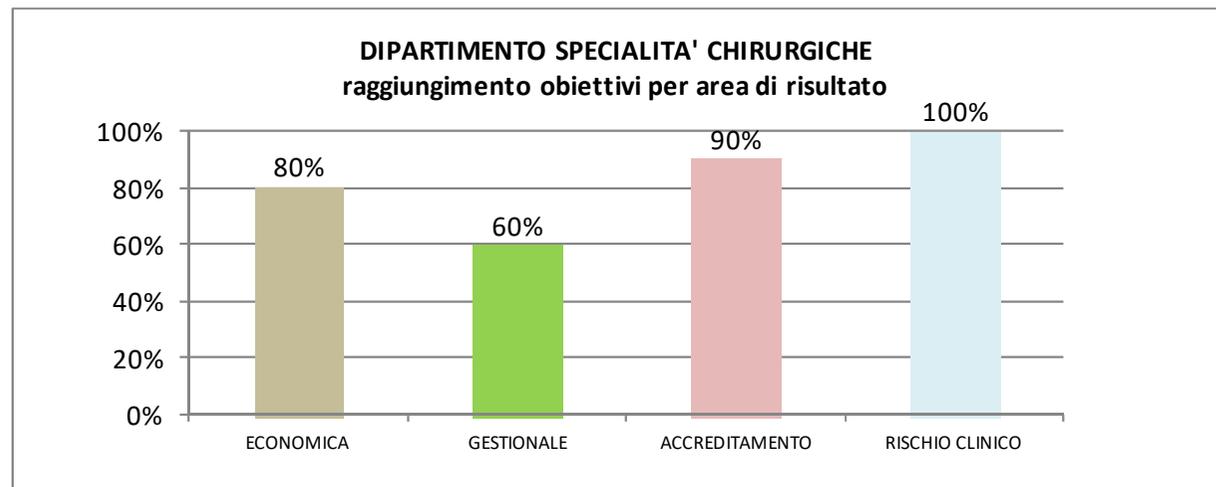
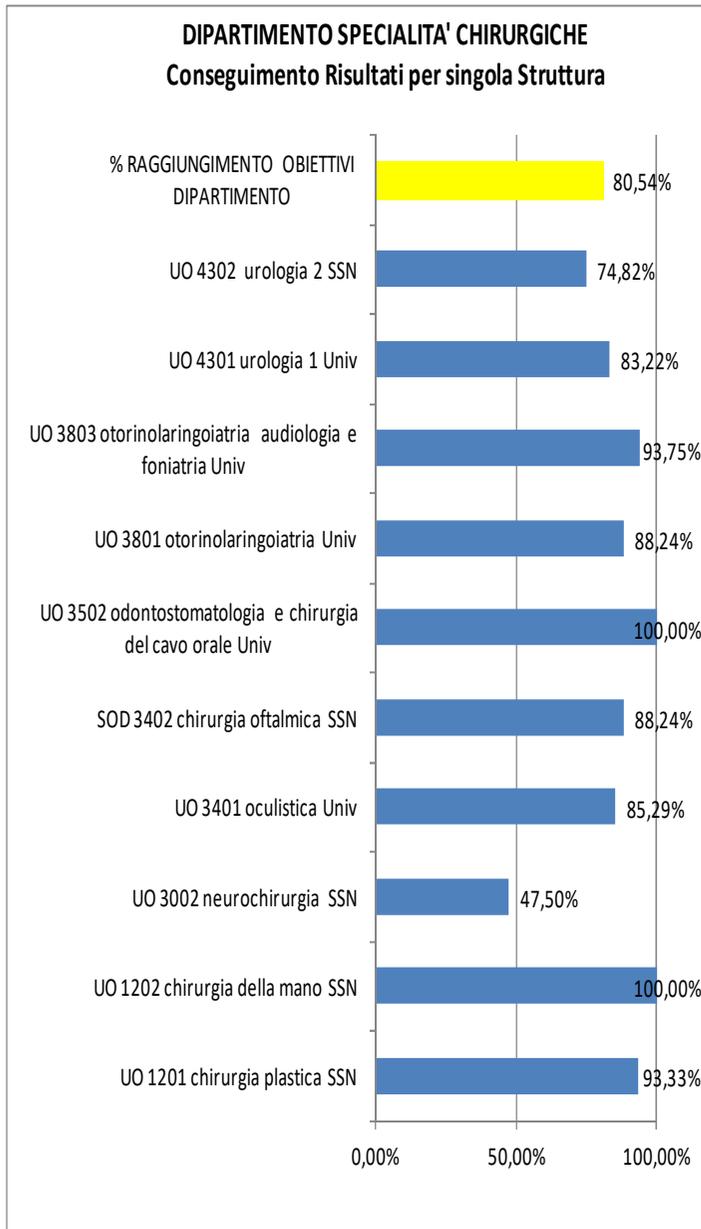


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 08 SPECIALITA' CHIRURGICHE

DAI 08 SPECIALITA' CHIRURGICHE - BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (35)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi</b> e n° interventi di cui al target dell'allegato	10,00	7,50
	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	5,00	5,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10,00	9,00
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	10,00	6,67
AREA GESTIONALE: ormaweb (25)	Rispetto dei tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	5,00	4,41
	inserimento nosologico su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	10,00	5,50
	inserimento codici intervento identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039 o 0034, nei campi procedura successivi al primo)	5,00	4,97
	utilizzo nota operatoria su registro ormaweb per le specialità che operano al Centro Robotico.	5,00	0,00
AREA ACCREDITAMENTO e QUALITA' (25)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	25,00	22,50
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
AREA RISCHIO CLINICO (15)	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	10,00	10,00
	effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	5,00	5,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		100,00	<b>80,54</b>
Impegno per il Direttore DAI	diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

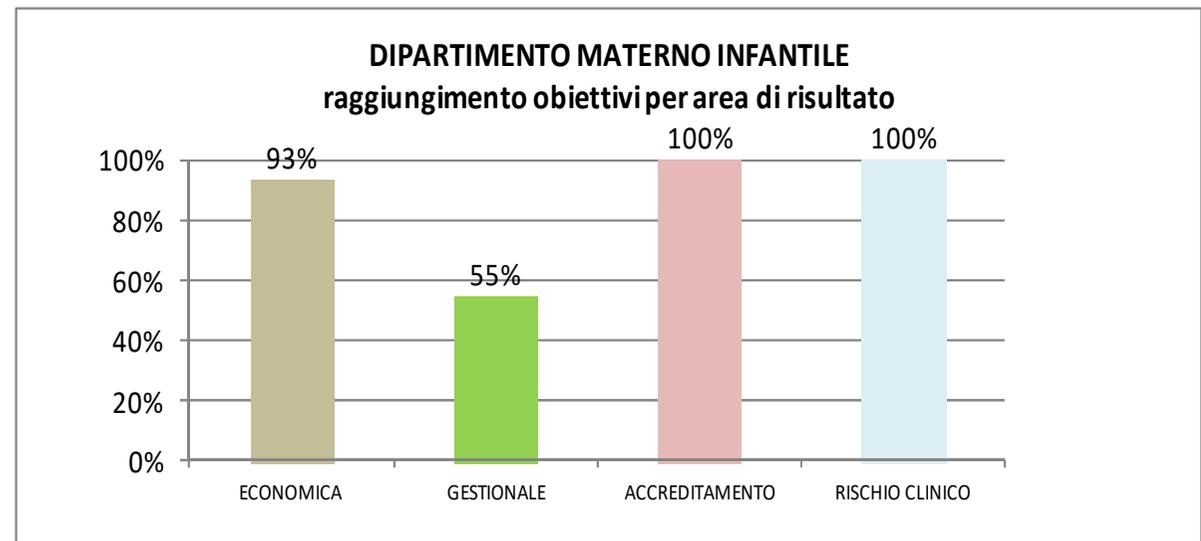
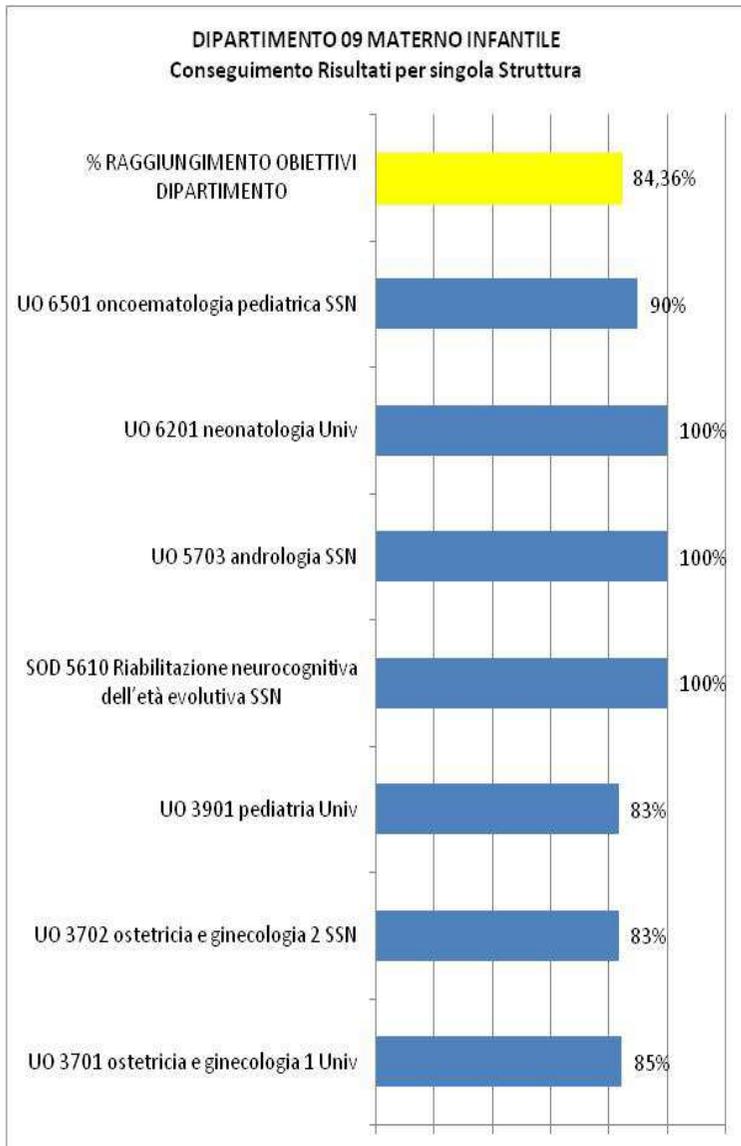


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 09 MATERNO INFANTILE

DAI 09 MATERNO INFANTILE - BUDGET 2017			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (30)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi</b> e n° interventi di cui al target dell'allegato	10	10,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10	8,00
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	10	10,00
GESTIONALE: ormaweb (30)	Rispetto dei tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	5	5,00
	inserimento nosologico su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery	10	0,83
	inserimento codici intervento identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039 o 0034, nei campi procedura successivi al primo)	10	9,90
	utilizzo nota operatoria su registro ormaweb per le specialità che operano al Centro Robotico.	5	0,63
ACCREDITAMENTO e QUALITA' (20)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	20	20,00
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
RISCHIO CLINICO (20)	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	10	10,00
	effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	10	10,00
OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI		100	84,36
Impegno per il Direttore DAI	diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)		

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

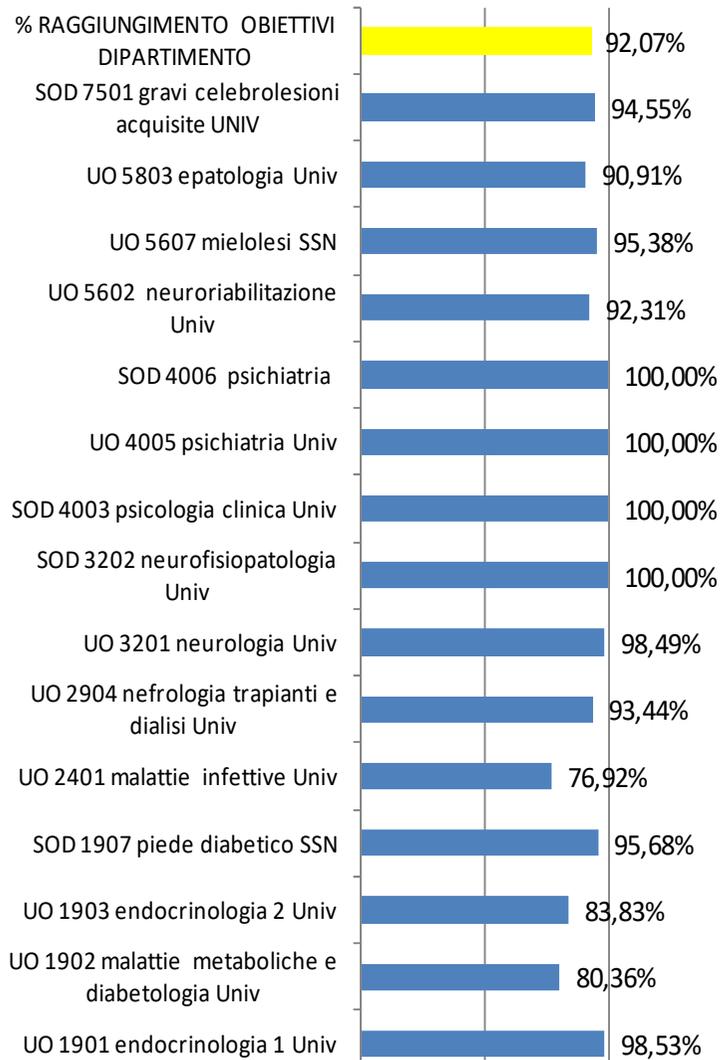


# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

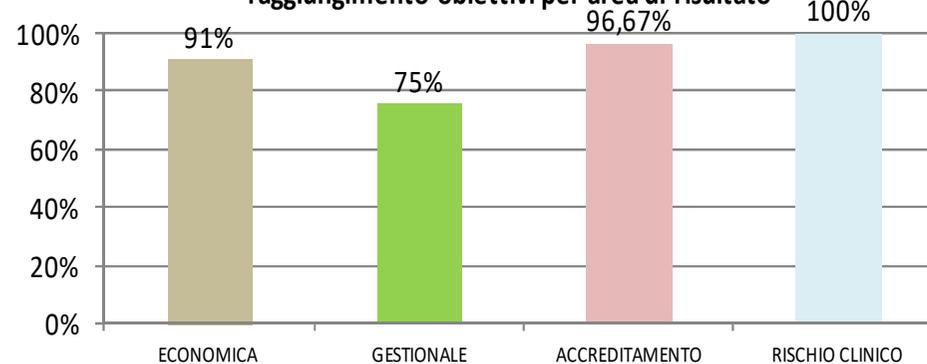
DAI 10 SPECIALITA' MEDICHE			
Area Obiettivi	Descrizione Obiettivi	PUNTI ASSEGNATI (PESO)	punti realizzati
AREA Economica (35)	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo dei <b>Dispositivi/n° procedure dialisi</b> di cui al target dell'allegato	5	5,00
	Rispetto volume attività programmata con utilizzo <b>DAT</b>	10	10,00
	Mantenimento o riduzione del rapporto consumo <b>farmaci ricoveri (al netto AB e farmaci ambulatoriali)</b> su giornate di degenza di cui al target dell'allegato	10	6,75
	corretta registrazione <b>farmaci FED</b>	10	10,00
GESTIONALE: Visual Hospital (15)	Rispetto dei tempi di validazione documento operatorio su Ormaweb: data stampa valida - data intervento <=5 giorni al fine di chiudere le SDO entro i 5 giorni.	15	1,32
	inserimento nosologico su Ormaweb relativamente agli interventi chirurgici Ordinari e Day Surgery		8,00
	utilizzo cartella elettronica Pleiade		2,00
	utilizzo <b>MIRO'</b> da parte delle UU.OO. Inserite nel progetto di visual hospital		0,00
ACCREDITAMENTO e QUALITA' (30)	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale per la casistica più complessa o a maggior volume e relativo monitoraggio con eventuale piano di miglioramento.	30	29,00
	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili (per esempio: mortalità, re-ricoveri, complicanze, applicazione protocolli, sistemi di reporting e learning, etc...) con eventuale piano di miglioramento annuale.		
RISCHIO CLINICO (20)	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	5	5,00
	effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	15	15,00
<b>OBIETTIVI VALUTATI RISPETTO AL CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE - ATTRIBUZIONE PUNTEGGI</b>		<b>100</b>	<b>92,07</b>
Impegno per il Direttore DAI	Diffusione e illustrazione scheda di budget nel DAI e organizzazione di almeno <b>tre comitati DAI</b> per il monitoraggio del budget.		
	Favorire la partecipazione ai percorsi <b>SEPSI UPDATE</b> per il personale Sanitario		
	UO Controllo di Gestione	Gestione azioni di miglioramento a seguito degli esposti trasmessi dall'URP (da P.A. 134 Rev.00)	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DIPARTIMENTO 10 SPECIALITA' MEDICHE Conseguimento Risultati per singola Struttura



## DIPARTIMENTO 10 SPECIALITA' MEDICHE raggiungimento obiettivi per area di risultato



# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## STRUTTURE AMMINISTRATIVE, TECNICHE e SANITARIE IN AREE DIVERSE DAI DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI INTEGRATI ESITI BUDGET 2017

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Igiene ed Epidemiologia	Supportare l'attività di gestione del rischio clinico a livello delle strutture assistenziali anche ai fini dell'accreditamento istituzionale.	15	15
UO Igiene ed Epidemiologia	Rivalutare l'attività della rete dei Facilitatori aziendali del Rischio Clinico esistenti e integrare la rete con figure professionali adeguatamente formate secondo gli standard regionali.	15	15
UO Igiene ed Epidemiologia	Sostenere l'applicazione delle Pratiche per la sicurezza del paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali a un livello pari o superiore a quello richiesto per il mantenimento dell'accreditamento regionale	20	20
UO Igiene ed Epidemiologia	Mantenere l'attività di sorveglianza ambientale	20	20
UO Igiene ed Epidemiologia	Progettare ed erogare attività finalizzate al controllo del rischio infettivo; analisi e restituzione periodica delle notifiche di microrganismi sentinella responsabili di infezioni correlate all'assistenza	15	15
UO Igiene ed Epidemiologia	Codice Rosa	10	10
UO Igiene ed Epidemiologia	Rinforzare la capacità di risposta aziendale nei confronti delle malattie infettive diffusibili	5	5
<b>UO Igiene ed Epidemiologia</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Internal Audit	Condivisione e aggiornamento delle procedure aziendali insieme con l'U.O. Qualità e Accreditamento con riferimento alla nuova articolazione della normativa interna di cui alla P.A. 01 "Gestione documentale qualità" e processo di emissione dei documenti stessi	25	25
UO Internal Audit	Realizzazione e adozione del Nuovo Catalogo dei Processi Aziendali	25	25
UO Internal Audit	Redazione del Manuale/Regolamento per l'attività di Auditing Interno	25	25
UO Internal Audit	Relazione del piano Audit	25	25

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

UO Internal Audit	Risultato	100	100
STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Innovazione e sviluppo dei processi	Tracciabilità dei pezzi anatomici provenienti da alcuni reparti di chirurgia e destinati alle UO di Anatomia Patologica : - controllo su corretto confezionamento campione relativamente alla presenza di etichettatura barcode generata da programma Pleiade; -prenotazione dell' esame di anatomia patologica, da parte dei reparti stessi, con rilevazione delle non conformità, incongruenze tra i dati riportati sulla richiesta di esame e quelli riportati sul campione; - contestuale revisione ed applicazione della procedura"trasporto materiale biologico". [obiettivo che coinvolge l'ISAP con funzioni di coordinamento, le Anatomie e i reparti di sperimentazione individuati dall'ISAP]	20	20
UO Innovazione e sviluppo dei processi	Attivazione polo di preospedalizzazione centralizzata per tutte le unità operative chirurgiche presenti nel presidio di S.Chiara	40	35
UO Innovazione e sviluppo dei processi	Realizzazione di una cartella clinica multiprofessionale e interdisciplinare dedicata al percorso dei pazienti afferenti alla sala unica del colon retto	40	40
<b>UO Innovazione e sviluppo dei processi</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>95</b>
UO Legale	Regolamento per l' affidamento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio dell'A.O.U.P. ad Avvocati esterni all'Azienda quando ciò non sia possibile con le risorse interne.	50	50
UO Legale	Procedura aziendale per il " <i>fondo rischi e oneri</i> ".	50	50
<b>UO Legale</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Medicina legale	Revisione, modifica e adattamento alle varie realtà cliniche della modulistica relativa al Consenso Informato.	50	50
UO Medicina legale	Istituzione e razionalizzazione di un archivio digitale relativo al contenzioso medico legale (2010 - 2016).	50	50

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

UO Medicina legale	Risultato	100	100
STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	eventi formativi occasionali autorizzati e svolti da soggetti terzi in strutture aziendali: rilevazione delle richieste di svolgimento ed elaborazione proposta di procedura con approvazione e diffusione di modulistica di richiesta	25	25
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	elaborazione di "Patto di Integrità/Protocollo di legalità tra AOUP e soggetto privato" per accordi di collaborazione finalizzati allo svolgimento di attività formative complesse	10	10
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	ricognizione e inquadramento dei contributi finalizzati per iniziative progettuali finanziate da privati e definizione di procedura di recepimento aziendale	15	15
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	integrazione e aggiornamento del regolamento aziendale per l'accettazione delle donazioni e raccordo con le procedure aziendali in materia di sicurezza sul lavoro	25	25
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	integrazione ed allineamento della procedura aziendale per la gestione delle convenzioni attive con modulistica e relativo flow chart	25	25
<b>UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Relazioni con il Pubblico	Raggruppare in SPECIFICA sezione del sito WEB AOUP, tutta la modulistica aziendale per il cittadino	10	10
UO Relazioni con il Pubblico	Redazione nuovo regolamento di pubblica tutela in format qualità	25	25
UO Relazioni con il Pubblico	Progettazione di una sezione INTRANET denominata COME FARE PER a disposizione della utenza interna e destinata a fornire interfaccia per processi condivisi con ESTAR	15	15
UO Relazioni con il Pubblico	Pubblicazione nella sezione INTRANET di elenco telefonico (numeraazione interna)	15	15
UO Relazioni con il Pubblico	Elaborazione di Procedura Aziendale inerente la gestione dei reclami	20	20

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Relazioni con il Pubblico	reportistica di monitoraggio esposti e relative azioni di miglioramento da sottoporre alla direzione aziendale e alla UO Accreditamento e Qualità con cadenza bimestrale	15	15
<b>UO Relazioni con il Pubblico</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Unità professionale percorso responsabilità civile e rapporti assicurativi	Condivisione con il referente privacy ai fini dell'adeguamento dell'informativa finalizzata al rispetto della normativa della privacy ai richiedenti risarcimento danno OBIETTIVO RINVIATO ALL'ANNO SUCCESSIVO	(20)	(20)
Unità professionale percorso responsabilità civile e rapporti assicurativi	Ridisegno del processo di gestione dei sinistri alla luce della nuova normativa e produzione della procedura	50	50
Unità professionale percorso responsabilità civile e rapporti assicurativi	Predisposizione modello sintetico di analisi sinistri a gestione diretta	30	30
<b>Unità professionale percorso responsabilità civile e rapporti assicurativi</b>	<b>Risultato</b>	<b>80</b>	<b>80</b>
UO Direzione Medica	Analisi critica dell'attuale organizzazione del sistema Trasporti sanitari; studio di modalità di riorganizzazione del servizio	35	35
UO Direzione Medica	Miglioramento della gestione della sepsi in AOUP (identificazione e trattamento).	20	20
UO Direzione Medica	Regolamentazione attività delle sale operatorie	25	25
UO Direzione Medica	Ulteriore estensione progetto open access: prestazioni ecografiche in toto e TC torace	20	20
<b>UO Direzione Medica</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
SD Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie	Attivazione pratiche di richiesta erogazione fondi l. 67/88 (ex art. 20) tecnologie biomedicali	20	20
SD Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie	PA 78 "Gestione amministrativo contabile attrezzature sanitarie"	15	15

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
SD Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie	Implementazione sistema RES/DEC per service e noleggi	20	20
SD Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie	Revisione organizzazione contrattistica e adempimenti reattivi per pratiche di noleggio/service dell'anno 2017 e precedenti	20	20
SD Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie	Contratti attuativi su accordi quadro/convenzioni per tecnologie sanitarie	25	25
<b>SD Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici	Verifica della congruità quali-quantitativa delle scorte di dispositivi medici presenti nei magazzini di reparto	20	20
SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici	Realizzazione del progetto di standardizzazione delle procedure chirurgiche effettuate presso il polo multidisciplinare di ricovero breve (distinte base)	20	20
SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici	Collaborazione alla valutazione ed al monitoraggio dell'acquisizione di nuovi dispositivi medici	20	20
SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici	Inserimento del codice RDM nei dispositivi che prevedono l'iscrizione al Repertorio dei Dispositivi Medici Ministeriale per l'implementazione del flusso DES e correzione degli errori (DGRT 201/13: all. A 1.2)	20	20
SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici	Monitoraggio relativi ai DM ad alta tecnologia (DAT)	20	20
<b>SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Implementazione in Farmacia di un sistema di monitoraggio allarmato con contolo remoto della temperatura delle apparecchiature frigo/congelatori.	10	10

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Produzione e diffusione periodica di report relativi al consumo degli antibatterici ai fini di azioni di Antimicrobial Stewardship	15	15
<b>STRUTTURA</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>PESO assegnato</b>	<b>PESO raggiunto</b>
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Monitoraggio e diffusione periodica ai principali centri prescrittori dei dati relativi alle terapie antiblastiche allestite presso il nostro laboratorio	15	15
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Monitoraggio e diffusione periodica ai centri prescrittori dei dati relativi alla situazione delle schede di trattamento paziente per i farmaci oncologici inclusi nei Registri di Monitoraggio AIFA ai fini dei rimborsi previsti.	15	15
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Mantenimento qualitativo della farmacovigilanza	15	15
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Verifica ispettiva di reparto con valutazione delle scorte	10	10
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Realizzazione all' interno di BI di un cruscotto per il monitoraggio della spesa farmaceutica in collaborazione con la U.O. Farmaceutica: Politiche del farmaco	10	10
SD Farmaceutica: Gestione farmaci	Organizzazione di incontri formativi rivolti al personale sanitario, atti ad implementare una cultura sanitaria di genere	10	10
<b>SD Farmaceutica: Gestione farmaci</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
SD Officina Trasfusionale	Attività di frazionamento di sangue intero: implementazione della leucodeplezione prestorage sulla totalità delle unità di sangue intero alla lavorazione	25	25
SD Officina Trasfusionale	Controllo di qualità: implementazione del test di sterilità sui pool piastrinici prodotti;	25	25
SD Officina Trasfusionale	Manuale della Qualità: Revisione delle Procedure Gestionali/I.O. del Centro di qualificazione NAT migrato alla Officina Trasfusionale;	25	25
SD Officina Trasfusionale	Incontri periodici tra OT e SS. TT. territoriali.(minimo 5/anno).	25	25
<b>SD Officina Trasfusionale</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Accreditamento e Qualità	Rispondenza a quanto previsto dal modello di accreditamento istituzionale (ai sensi della normativa vigente) in tutti i processi individuati.	25	25
UO Accreditamento e Qualità	Effettuazione Audit interni nelle strutture organizzative in accreditamento/certificazione, propedeutici e preparatori a quelli ufficiali.	20	20
UO Accreditamento e Qualità	Sviluppo e applicazione di strumenti propri del sistema gestione qualità in rapporto ad esigenze e necessità di governo dei punti critici delle strutture attraverso consulenze e/o corsi di formazione. Elaborazione/revisione di documenti prescrittivi e di registrazione di livello aziendale, dipartimentale e di struttura, inclusi quelli di provenienza OTT	20	20
UO Accreditamento e Qualità	Costante aggiornamento del nuovo sito intranet aziendale con la documentazione di qualità e accreditamento	20	20
UO Accreditamento e Qualità	Revisione della documentazione aziendale in base a nuove esigenze normative, organizzative e tecnico professionali	15	15
<b>UO Accreditamento e Qualità</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
DEF UO Gestioni Economiche Finanziarie	Ricognizione crediti al 31/12/2016 ai fini dell'attivazione della procedura di recupero crediti o chiusura degli stessi	25	25
DEF UO Gestioni Economiche Finanziarie	Procedura gestori della spesa	25	25
DEF UO Gestioni Economiche Finanziarie	Procedura monitoraggio CE	25	25
DEF UO Gestioni Economiche Finanziarie	Procedura aziendale per il " <i>fondo rischi e oneri</i> ".	25	25
<b>DEF UO Gestioni Economiche Finanziarie</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
DEF UO Controllo di Gestione	Realizzazione all' interno di BI di un cruscotto per il monitoraggio della spesa farmaceutica in collaborazione con la U.O. Farmaceutica: Politiche del farmaco	30	30
DEF UO Controllo di Gestione	Trasparenza degli esiti degli obiettivi di budget	15	15
DEF UO Controllo di Gestione	Sviluppo reportistica su produzione, costi e indicatori e messa a disposizione ai Direttori DAI, RID e RAD, UO DMP, UO FARGEFA, UOFARGEDIM	10	10

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
DEF UO Controllo di Gestione	Incontri periodici con i RAD di nuova nomina sull'utilizzo del nuovo portale BI al fine di collaborare con il CdG per la lettura, interpretazione e diffusione ai direttori DAI e ai direttori delle strutture della reportistica sul budget, sulla produzione e sui costi ed assistenza ad hoc per necessità specifiche	30	30
DEF UO Controllo di Gestione	partecipazione agli incontri di comitato di dipartimento per presentazione del budget e della reportistica sul nuovo portale di BI	15	15
<b>DEF UO Controllo di Gestione</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
DEF UO Gapao	Omogeneizzazione e organizzazione delle strutture amministrative dei DAI con chiara definizione di: - Funzioni - Dimensionamento per DAI	30	30
DEF UO Gapao	Presentazione ai singoli DAI della nuova organizzazione che comprende 3 macrofunzioni: - segreteria pura dei DAI - attività di accoglienza e prenotazioni CUP - funzioni amm.ve residuali (indicizzazione cartelle clinice, ecc.)	20	20
DEF UO Gapao	Creazione Pagina Web avente ad oggetto "Assistenza sanitaria a cittadini stranieri e italiani residenti all'estero": - Accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero - Rilascio STP ed ENI - Linee Guida ai servizi in lingua Albanese,Inglese,Francese,Spagnola, Araba, Tedesco, Rumena - Casistiche - Riferimenti normativi. - Procedure Aziendali	35	35
DEF UO Gapao	Revisione I.A. 38 "Rimborso Ticket"	15	15
<b>DEF UO Gapao</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
DEF Gapao RAD	Supporto alla UO GAPAO nelle attività di verifica inerenti il corretto inserimento dei dati nelle agende CUP in ottemperanza alla normativa in materia di recupero crediti da compartecipazione alla spesa sanitaria.	40	40
DEF Gapao RAD	Supporto al CdG per la diffusione e lettura dei report alle strutture afferenti al DAI	30	30
DEF Gapao RAD	(*)Riorganizzazione delle Segreterie Amministrative: '- organizzazione di incontri ad hoc con il Comitato DAI; '- predisposizione piano di azione per il 2017	20	20
DEF Gapao RAD	Supporto alla P.O. "Progetti di ricerca" nell'attività di rendicontazione dei progetti	10	10
<b>DEF Gapao RAD</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Affari Generali - Ob. Area comune	Adeguamento dell'atto aziendale alla luce del nuovo assetto delle attività integrate (DIPINT)	5	5
UO Affari Generali - Ob. Area comune	Riorganizzazione del Dipartimento di area amministrativa	5	5
UO Affari Generali - Ob. Area comune	Monitoraggio della spesa del personale: implementazione di un sistema integrato finalizzato alla gestione della spesa e del piano assunzioni	10	10
UO Affari Generali - Ob. Area comune	Chiusura con conciliazione di almeno il 50% delle domande dirette al riconoscimento del tempo per cambio divisa	10	10
UO Affari Generali Ob. UO	Scansione delibere cartacee già indicizzate (completamento fino al 31.12.2008) e indicizzazione anni antecedenti la costituzione dell'Azienda Ospedaliera (completamento processi verbali CdA Spedali Riuniti Santa Chiara e CDG Associazione intercomunale Area Oisana USL Zona 12 - Disposizioni presidenziali dal 1980 al 1983)	15	15
UO Affari Generali Ob. UO	Data base riepilogativo convenzioni di tirocinio con scansione della documentazione agli atti e possibilità di ricerca anche o per tirocinante	10	10

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Affari Generali Ob. UO	Recupero e completamento trascrizione dati storici riferiti agli studi in corso, dal data base pratiche web alla nuova piattaforma regionale CINECA	20	20
UO Affari Generali Ob. UO	Data base riepilogativo progetti di ricerca con scansione della documentazione agli atti per facilitare la consultazione condivisa con la PO Progetti di Ricerca	10	10
UO Affari Generali Ob. UO	Riorganizzazione delle attività della U.O. alla luce della soppressione del DIPINT	15	15
<b>UO Affari Generali Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Libera Professione - Ob. Area comune	Adeguamento dell'atto aziendale alla luce del nuovo assetto delle attività integrate (DIPINT)	5	5
UO Libera Professione - Ob. Area comune	Riorganizzazione del Dipartimento di area amministrativa	5	5
UO Libera Professione - Ob. Area comune	Monitoraggio della spesa del personale: implementazione di un sistema integrato finalizzato alla gestione della spesa e del piano assunzioni	10	10
UO Libera Professione - Ob. Area comune	Chiusura con conciliazione di almeno il 50% delle domande dirette al riconoscimento del tempo per cambio divisa	10	10
UO Libera professione Ob. UO	Predisposizione ed attivazione collegamento in rete, relativamente al servizio di prenotazione, tra l'AOUP e le strutture in cui viene espletata l'attività libero-professionale extraregione ai sensi di quanto previsto dalla DGRT 529/13	10	10
UO Libera professione Ob. UO	Riorganizzazione percorso amministrativo delle attività chirurgiche (ambulatoriale, ricovero ordinario e day surgery).	15	15
UO Libera professione Ob. UO	Completamento riorganizzazione logistica uffici e Call Center dell'U.O. Libera Professione al fine dell'attivazione di due ulteriori ambulatori presso l'ed. 29.	15	15
UO Libera professione Ob. UO	Revisione sistema di controlli interni ed integrazione dello stesso con il piano di audit in collaborazione con la U.O. Audit e Controlli Interni.	10	10

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Libera professione Ob. UO	Predisposizione e stipula dei nuovi atti di negoziazione individuali al fine dell'entrata in vigore del nuovo sistema tariffario dell'attività libero-professionale intramoenia.	20	20
<b>UO Libera professione Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO trattamenti contributivi e fiscali - Ob. Area comune	Adeguamento dell'atto aziendale alla luce del nuovo assetto delle attività integrate (DIPINT)	5	5
UO trattamenti contributivi e fiscali - Ob. Area comune	Riorganizzazione del Dipartimento di area amministrativa	5	5
UO trattamenti contributivi e fiscali - Ob. Area comune	Monitoraggio della spesa del personale: implementazione di un sistema integrato finalizzato alla gestione della spesa e del piano assunzioni	10	10
UO trattamenti contributivi e fiscali - Ob. Area comune	Chiusura con conciliazione di almeno il 50% delle domande dirette al riconoscimento del tempo per cambio divisa	10	10
UO trattamenti contributivi e fiscali Ob. UO	Implementazione di un sistema di monitoraggio dei contratti libero professionali a livello di dipartimento (DAI)	35	35
UO trattamenti contributivi e fiscali Ob. UO	Attivazione sperimentale (personale amministrativo) del portale del dipendente	35	35
<b>UO trattamenti contributivi e fiscali Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Politiche e gestione R.U. - Ob. Area comune	Adeguamento dell'atto aziendale alla luce del nuovo assetto delle attività integrate (DIPINT)	5	5
UO Politiche e gestione R.U. - Ob. Area comune	Riorganizzazione del Dipartimento di area amministrativa	5	5
UO Politiche e gestione R.U. - Ob. Area comune	Monitoraggio della spesa del personale: implementazione di un sistema integrato finalizzato alla gestione della spesa e del piano assunzioni	10	10

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Politiche e gestione R.U. - Ob. Area comune	Chiusura con conciliazione di almeno il 50% delle domande dirette al riconoscimento del tempo per cambio divisa	10	10
UO Politiche e gestione R.U. Ob. UO	Messa in opera di tutte le azioni finalizzate all'attuazione del nuovo sistema di valutazione del personale dirigente (formazione, avvio funzionamento piattaforma, supporto ai valutatori) e analisi impatto della sua introduzione (comparazione con esiti valutazione anni pregressi)	20	20
UO Politiche e gestione R.U. Ob. UO	Completamento del rinnovo del processo di valutazione con riferimento al personale non dirigente (adozione nuovo regolamento, formazione valutatori)	20	20
UO Politiche e gestione R.U. Ob. UO	Attuazione modifiche atto aziendale	10	10
UO Politiche e gestione R.U. Ob. UO	Aggiornamento regolamentazione frequenze accessi personale non dipendente	10	5
UO Politiche e gestione R.U. Ob. UO	Recepimento indirizzi ed adeguamento agli stessi del regolamento aziendale sulle sponsorizzazioni delle attività formative	10	10
<b>UO Politiche e gestione R.U. Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>95</b>
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. - Ob. AREA Comune	Governo e monitoraggio del piano degli investimenti.	10	10
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. - Ob. AREA Comune	Attuazione piano degli interventi annuale a favore della sicurezza.	8	8
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. - Ob. AREA Comune	Condivisione con Direzione Aziendale investimenti (extra Nuovo Santa Chiara), strategici e cronoprogramma. Aggiornamento mensile SAL a Direzione Aziendale e sul sito WEB.	20	20

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. - Ob. AREA Comune	Supporto alle strutture dell'area tecnica per l'attività di progettazione in relazione alla programmazione strategica Az.le.	20	20
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. - Ob. AREA Comune	Riaggiornamento alla luce del D.Lgs 50/2016 e s.m.i, limitatamente alle attività di area tecnica, del regolamento progettazione, dei dipendenti dell'Area suddetta.	7	7
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. Ob. UO	Aggiornamento del regolamento interno per la progettazione ai sensi del nuovo Codice	10	10
UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara & progetti e Contabilità LL.PP. Ob. UO	Completamento delle opere complementari a corredo del nuovo ospedale previsto dal piano degli investimenti	25	25
<b>UO Realizzazione del Nuovo Santa Chiara &amp; progetti e Contabilità LL.PP. Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UOP Facility Management - Ob. AREA Comune	Governo e monitoraggio del piano degli investimenti.	10	10
UOP Facility Management - Ob. AREA Comune	Attuazione piano degli interventi annuale a favore della sicurezza.	8	8
UOP Facility Management - Ob. AREA Comune	Condivisione con Direzione Aziendale investimenti (extra Nuovo Santa Chiara), strategici e cronoprogramma. Aggiornamento mensile SAL a Direzione Aziendale e sul sito WEB.	20	20
UOP Facility Management - Ob. AREA Comune	Supporto alle strutture dell'area tecnica per l'attività di progettazione in relazione alla programmazione strategica Az.le.	20	20
UOP Facility Management - Ob. AREA Comune	Riaggiornamento alla luce del D.Lgs 50/2016 e s.m.i, limitatamente alle attività di area tecnica, del regolamento progettazione, dei dipendenti dell'Area suddetta.	7	7
UOP Facility Management Ob. UO	Formazione del personale all'utilizzo di sistemi di controllo dell'efficacia dei servizi manutentivi.	5	5

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UOP Facility Management Ob. UO	Implementazione reportistica di controllo dell' attività manutentiva a canone e " a misura"( attività e costi ).	20	20
UOP Facility Management Ob. UO	implementazione della reportistica di controllo per le attività di logistica	10	10
<b>UOP Facility Management Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti - Ob. AREA Comune	Governo e monitoraggio del piano degli investimenti.	10	10
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti - Ob. AREA Comune	Attuazione piano degli interventi annuale a favore della sicurezza.	8	8
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti - Ob. AREA Comune	Condivisione con Direzione Aziendale investimenti (extra Nuovo Santa Chiara), strategici e cronoprogramma. Aggiornamento mensile SAL a Direzione Aziendale e sul sito WEB.	20	20
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti - Ob. AREA Comune	Supporto alle strutture dell'area tecnica per l'attività di progettazione in relazione alla programmazione strategica Az.le.	20	20
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti - Ob. AREA Comune	Riaggiornamento alla luce del D.Lgs 50/2016 e s.m.i, limitatamente alle attività di area tecnica, del regolamento progettazione, dei dipendenti dell'Area suddetta.	7	7
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti Ob. UO	Predisposizione di una relazione programmatica che individui le modalità operative per l'adeguamento degli edifici di Cisanello al futuro assetto dell'ospedale	20	20
UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti Ob. UO	Sviluppo programma interventi annuali. Adeguamento di n° 2 di edifici.	15	15
<b>UO Riqualificazione e Adeguamento Edifici Esistenti Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Patrimonio e lavori pubblici - Ob. AREA Comune	Governo e monitoraggio del piano degli investimenti.	10	10
UO Patrimonio e lavori pubblici - Ob. AREA Comune	Attuazione piano degli interventi annuale a favore della sicurezza.	8	8

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Patrimonio e lavori pubblici - Ob. AREA Comune	Condivisione con Direzione Aziendale investimenti (extra Nuovo Santa Chiara), strategici e cronoprogramma. Aggiornamento mensile SAL a Direzione Aziendale e sul sito WEB.	20	20
UO Patrimonio e lavori pubblici - Ob. AREA Comune	Supporto alle strutture dell'area tecnica per l'attività di progettazione in relazione alla programmazione strategica Az.le.	20	20
UO Patrimonio e lavori pubblici - Ob. AREA Comune	Riaggiornamento alla luce del D.Lgs 50/2016 e s.m.i, limitatamente alle attività di area tecnica, del regolamento progettazione, dei dipendenti dell'Area suddetta.	7	7
UO Patrimonio e lavori pubblici Ob. UO	Integrazione dei dati relativi al patrimonio immobiliare dell'Azienda già pubblicati su amministrazione trasparente (contratti di locazione, termini di vigenza del contratto, procedure di selezione)	10	10
UO Patrimonio e lavori pubblici Ob. UO	Richiesta del rinnovo delle stime di alcuni immobili all'Agenzia delle entrate.	5	5
UO Patrimonio e lavori pubblici Ob. UO	Aggiornamento regolamentazione acquisizione lavori, beni e servizi alla luce del nuovo codice degli appalti e s.m.i	20	20
<b>UO Patrimonio e lavori pubblici Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
U.O.Professioni Infermieristiche	Individuazione e implementazione dei nuovi modelli organizzativi nelle strutture coinvolte nel trasferimento	30	30
U.O.Professioni Infermieristiche	Accoglimento del personale afferente alla U.O. e valutazione delle criticità emergenti	30	30
U.O.Professioni Infermieristiche	Acquisizione / aggiornamento del certificato BLSD da parte del personale sanitario	40	40
<b>U.O.Professioni Infermieristiche</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
U.O.Formazione di Base	Attivare 2 corsi di AAB integrativi OSS - n. 60 studenti . Si prevede l'attivazione di due corsi AAB per oss integrativi A.F. 2016- 2017	35	35
U.O.Formazione di Base	Attivare 1 corso OSS con formazione complementare - n. 30 studenti A.F. 2016-2017	35	35
U.O.Formazione di Base	Accertare le conoscenze e le competenze teorico pratiche dei singoli studenti	30	30

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
<b>U.O.Formazione di Base</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
U.O.Ostetricia	Supporto all'allattamento con implementazione dell'allattamento al seno alla dimissione	50	50
U.O.Ostetricia	Inserire nel setting obbligatorio con particolare cura della compilazione campi allattamento e anamnesi ostetrica previsto nel tracciato del flusso CAP entro 10 giorni dall'evento nascita	50	50
<b>U.O.Ostetricia</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Promuovere corsi di formazione su tematiche professionali specialistiche trasversali	15	15
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Consolidamento e attuazione dei 6 progetti aziendali per il Servizio Civile Nazionale e Regionale approvati nel 2016	15	15
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Favorire la partecipazione ai percorsi BLSD Provider e Retraining per il personale infermieristico	15	15
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Favorire la partecipazione ai percorsi SEPSI UPDATE per il personale infermieristico	15	15
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Progettazione e realizzazione di un corso per l'utilizzo dei risultati della ricerca infermieristica per coordinatori infermieristici	10	10
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Attivazione programma di miglioramento della prevenzione e gestione delle ulcere da pressione nei reparti individuati.	15	15

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico	Monitoraggio mensile delle attivazioni/disattivazioni di Terapia Pressione Negativa secondo quanto previsto dalla procedura aziendale e report trimestrale sul grado di soddisfazione del servizio	15	15
<b>Settore formazione permanente e complementare del personale infermieristico</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
COMPARTO: infermieri ostetriche e OSS	Corretta distribuzione delle risorse umane nelle singole U.O. dei Dipartimenti. Rispetto de tempi di presentazione della turnistica al dipendente come da regolamento aziendale	20	20
COMPARTO: infermieri ostetriche e OSS	Corretta programmazione dell'approvvigionamento dei beni sanitari e corretta applicazione della procedura di rilevazione delle scorte.	20	20
COMPARTO: infermieri ostetriche e OSS	Organizzazione dei magazzini delle Sale Operatorie secondo metodologia LEAN	20	20
COMPARTO: infermieri ostetriche e OSS	Tempi di convalida dati infermieristici sul programma ORMAWEB	20	20
COMPARTO: infermieri ostetriche e OSS	Check list Sale Operatorie	20	20
<b>COMPARTO: infermieri ostetriche e OSS</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Diagnostica per Immagini	Costante verifica e monitoraggio necessità di personale TSRM nelle varie UU.OO. di proiezione sulla base dei carichi di lavoro	10	10
UO Diagnostica per Immagini	Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	20	20
UO Diagnostica per Immagini	Capacità di governo delle risorse umane assegnate	25	25
UO Diagnostica per Immagini	Aggiornamento catalogo prestazione specialistiche sul sistema RIS PACS	45	45
<b>UO Diagnostica per Immagini</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Diagnostica per Immagini - COMPARTO	Partecipazione e collaborazione di tutto il personale alle organizzazioni dei servizi di afferenza al fine di ottimizzare le risorse a disposizione mediante la multidisciplinarietà sulle metodiche di indagine finalizzato all'abbattimento dei tempi di attesa.	50	50
UO Diagnostica per Immagini - COMPARTO	Partecipazione del personale TSRM a corsi di formazione in materia di radioprotezione: il corretto utilizzo di radiazioni ionizzanti a seguito del recepimento alla nuova normativa EURATOM	50	50
<b>UO Diagnostica per Immagini - COMPARTO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione	Elaborazione di una Procedura Gestionale per la migliore gestione delle attività della S.O.D. e la implementazione della trasversalità.	40	40
SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione	Rilevazione e controllo dei dati delle prestazioni di Riabilitazione e Neurofisiopatologia per la verifica delle corretta rendicontazione	30	30
SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione	Progettazione di un corso di formazione per tutto il personale per la condivisione della Procedura Gestionale per le attività della S.O.D., di regolamenti aziendali e di norme e regole utili a disciplinare lo svolgimento delle attività.	30	30
<b>SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione – COMPARTO	Garantire il mantenimento/ miglioramento dei livelli quali-quantitativi del 2015-16 delle attività rivolte al paziente in regime di ricovero, in relazione alla tempestività delle risposte, alla multidisciplinarietà dell'intervento e alla continuità (anche laddove vi sia una sola risorsa), entro il vincolo posto dal rapporto generale risorse/ fabbisogno.	50	50
SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione – COMPARTO	Sviluppo del progetto Cartella Riabilitativa Informatizzata nell'ambito del Progetto Pleiade per i servizi in regime di ricovero:	25	25

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione – COMPARTO	Completamento formazione iniziata nel 2016 per i fisioterapisti in relazione ai rischi da sovraccarico biomeccanico in collaborazione con la Medicina Preventiva e del Lavoro.	25	25
<b>SOD Professioni Tecnico-sanitarie della Riabilitazione – COMPARTO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Diagnostica di Laboratorio - TECNICI - COMPARTO	Collaborazione alla stesura di procedure operative di settore per soddisfare i requisiti minimi di certificazione ISO 9001 attraverso la raccolta di informazioni documentate	50	50
UO Diagnostica di Laboratorio - TECNICI - COMPARTO	Mantenimento dei requisiti minimi di formazione continua al fine di acquisire le competenze specifiche necessarie all'organizzazione	50	50
<b>UO Diagnostica di Laboratorio - TECNICI - COMPARTO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi - Ob. Area Comune	DVR SD Citogenetica	5	5
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi - Ob. Area Comune	DVR SD Genetica Molecolare	5	5
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi - Ob. Area Comune	DVR SD Laboratorio e di Endocrinologia	5	0
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi - Ob. Area Comune	DVR SD Tossicologia Forense	5	5
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi - Ob. Area Comune	DVR DAI Materno Infantile	15	15

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi - Ob. Area Comune	DVR DAI Radiodiagnostica e Immagini	15	15
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi Ob. UO	Rispetto della tempistica CTV condivisa con il DAT e la DMP	20	20
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi Ob. UO	Realizzazione 8 Corsi Antincendio Rischio Elevato	15	15
U.O. Prevenzione e protezione dai rischi Ob. UO	Partecipazione riunioni e ricognizioni di prevenzione incendi	15	15
<b>U.O. Prevenzione e protezione dai rischi Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>95</b>
UO Fisica Sanitaria - Ob. Area Comune	DVR DAI Radiodiagnostica e Immagini	20	20
UO Fisica Sanitaria - Ob. Area Comune	Partecipazione Commissione Tecnica di Valutazione quando di pertinenza	20	20
UO Fisica Sanitaria Ob. UO	Studio di un nuovo indice di dose in mammografia da riportare sul referto esame in vista del recepimento della nuova direttiva 2013/59/EURATOM	20	20
UO Fisica Sanitaria Ob. UO	Costruzione su server aziendale di un archivio informatizzato per la raccolta dei controlli di qualità sulle apparecchiature radiologiche	20	20
UO Fisica Sanitaria Ob. UO	Verifiche della risposta alla dose da radiazione X di energia 6MV di nuovi dosimetri 3D in matrice di gel per radioterapia	20	20
<b>UO Fisica Sanitaria Ob. UO</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
UO Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	DVR SD Citogenetica	5	5
UO Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	DVR SD Genetica Molecolare	5	5

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
UO Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	DVR SD Laboratorio e di Endocrinologia	5	0
UO Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	DVR SD Tossicologia Forense	5	5
UO Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	DVR DAI Materno Infantile	10	10
UO Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	DVR DAI Radiodiagnostica e Immagini	10	10
UO Medicina Preventiva del lavoro Ob. UO	Rivalutazione dei giudizi di idoneità di dipendenti con limitazione (in collaborazione con UO Infermieristica)	20	20
UO Medicina Preventiva del lavoro	Mantenimento del n. di accertamenti per esterni negli Ambulatori di Medicina del Lavoro	20	20
UO Medicina Preventiva del lavoro	Rendicontazione per allegato 3B con i dati delle prestazioni 2016	20	20
<b>UO Medicina Preventiva del lavoro</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>95</b>
SD Medicina Preventiva del lavoro - Ob. Area Comune	Elaborazione di una procedura per la ricognizione di eventuali posizioni lavorative gestite amministrativamente da UNIFI ma svolte in AOUP (es. ass. di ricerca, borse di studio, contratti di ricerca, ecc.) che comportino la necessità di un inquadramento più dettagliato dei profili di rischio e delle connesse responsabilità datoriali.	30	30
SD Medicina Preventiva del lavoro Ob. SD	Elaborazione di programmi formativi con integrazione ad hoc dei moduli (oltre il contenuto minimo del DM 388/03) per gli incaricati al primo soccorso aziendale in UNIFI, sulla base delle specificità delle attività di ricerca di un Ateneo	25	25
SD Medicina Preventiva del lavoro Ob. SD	Adozione di protocollo sperimentale per la implementazione della raccolta di dati relativi alle esigenze di conciliazione casa-lavoro della popolazione lavorativa, come modalità di collaborazione alla VdR in ottica di genere ex art 28 e art. 25 comma 1 lett. a) Dlgs 81/08	25	25

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

STRUTTURA	OBIETTIVO	PESO assegnato	PESO raggiunto
SD Medicina Preventiva del lavoro Ob. SD	Elaborazione di una procedura sistematica di raccolta di eventi sentinella pertinenti con la sorveglianza sanitaria ai fini della VdR stress lavoro-correlata	20	20
<b>SD Medicina Preventiva del lavoro Ob. SD</b>	<b>Risultato</b>	<b>100</b>	<b>100</b>