

## RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2015



Pisa , 17.08.2016

### 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 2015 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano delle Performance 2015–2017 nel quale sono state definite le linee strategiche generali dell'azienda e gli obiettivi da raggiungere per l'anno 2015. Il Piano è stato verificato dall'OIV e adottato con delibera n. 357 del 215 ed, infine, pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda alla voce "Amministrazione trasparente", sottosezione "[performance](#)"

Sulla base del piano e delle successive linee di indirizzo regionali, 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 Aprile.

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. 440/2015 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 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 verifica, le risultanze sono oggetto di presentazione all'OIV.

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 2015 approvata il 4/08/2016 con delibera n. 768 (visibile [QUI](#)). Infine riporta i risultati degli obiettivi operativi individuati nel budget.

Per quanto riguarda i risultati della valutazione individuale dell'anno 2015, 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 per l'anno 2015.

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 2015 ([clicca qui](#) per approfondimenti). La validazione dell'OIV è pubblicata nell'apposita sezione "[documento OIV di validazione della relazione sulla performance](#)".

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 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 48/2015 e decreto di attuazione n. 2419/15, 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.

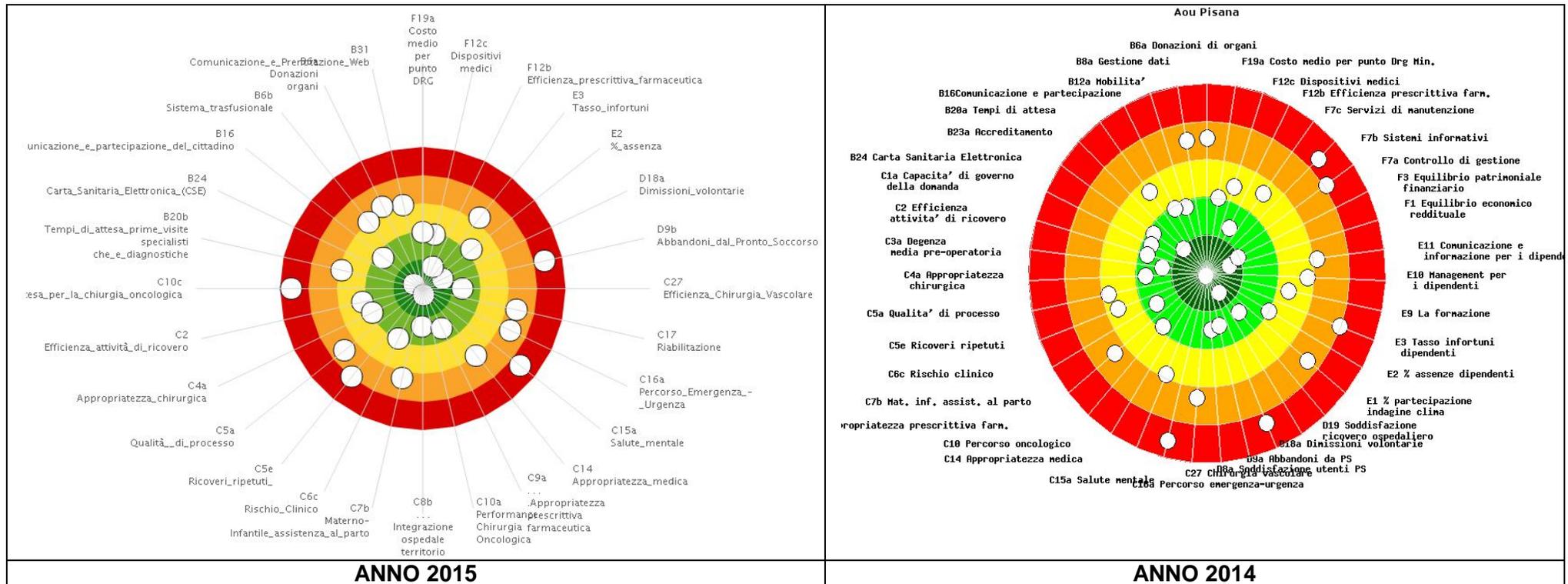
Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde scuro, fascia più centrale al 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, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa, quando la performance è al di sotto del valore 1.

Ogni azienda vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio ove vengono posizionati dei cerchi circolari che esprimono la sintesi di diversi indicatori, spesso strutturati ad albero e dei quali viene fatta una media, talvolta pesata.

Relativamente al posizionamento dell'Azienda si riporta il bersaglio relativo all'anno 2015 e quello relativo all'anno 2014

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



A seguire sono riportati i valori assunti dagli indicatori di sintesi 2014 e 2015 riportati nei bersagli, la valutazione corrispondente attribuita e l'indicazione del trend (stabile, in miglioramento o in peggioramento) rispetto all'anno precedente. Si riscontra l'introduzione di nuovi indicatori nel 2015 e, contestualmente, l'abbandono di alcuni indicatori valutati nell'anno 2014.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Indicatori di sintesi	Fascia di valutazione 2014	Fascia di valutazione 2015	Trend
F19a- Costo medio per punto Drg Ministeriale dei ricoveri per acuti	3	3	=
F12c- Dispositivi medici	2,6	3,03	+
F12B – Efficienza prescrittivi farmaceutica	3,66	4,14	+
F3 –Equilibrio patrimoniale finanziario	4,02 2014 riferito all'anno 2013	4,73 2015 riferito all'anno 2014	≈
F1 – Equilibrio economico reddituale	4,34 2014 riferito all'anno 2013	3,03 2015 riferito all'anno 2014	-
E3 - Tasso infortuni	1,02	1,78	≈
E2 - Percentuale assenze dipendenti	2,99	2,77	≈
D18a - Dimissioni volontarie	Non valutato nel 2014	4,2	
D9b - Abbandoni dal pronto soccorso	Non valutato nel 2014	0,58	
D8a - Soddisfazione utenti Pronto Soccorso	3,56	Non valutato nel 2015	
C27 - Efficienza chirurgia vascolare	Non valutato nel 2014	3,59	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Indicatori di sintesi	Fascia di valutazione 2014	Fascia di valutazione 2015	Trend
C17 - Riabilitazione	Non valutato nel 2014	1,61	
C16a - Percorso Emergenza-Urgenza	Non valutato nel 2014	1,56	
C15a - Salute mentale	Non valutato nel 2014	0,61	
C14 - Appropriately Medica	2,11	1,95	-
C10c - Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	Non valutato nel 2014	0,38	
C10a - Performance chirurgia oncologica	Non valutato nel 2014	4,76	
C9a - Appropriately prescrittiva farmaceutica	3,13	3,43	≈
C8b - Integrazione ospedale territorio	Non valutato nel 2014	3,65	
C7b - Materno Infantile Assistenza al parto	1,67	1,74	≈
C6c- Rischio Clinico	3,38	3,03	≈
C5e - Ricoveri ripetuti	2,34	1	-
C5a - Qualità di processo	2,19	1,48	-

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Indicatori di sintesi	Fascia di valutazione 2014	Fascia di valutazione 2015	Trend
C4a- Appropriatazza chirurgica	3,28	3,03	≈
C3a- Degenza media preoperatoria (C3.1 Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno)	3,74	Non valutato nel 2015	
C2 – efficienza attività di ricovero (indice di performance degenza media)	3,25	2,85	-
B31 - Comunicazione e prenotazione web	Non valutato nel 2014	1,96	
B24- Carta sanitaria elettronica (CSA)	Non valutato nel 2014	4,65	
B23a- Accredimento (B23.6- Percentuale media requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate)	4,1	Non valutato nel 2015	
B20a- Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	2,32	2,08	≈
B16- Comunicazione e partecipazione del cittadino	Non valutato nel 2014	3,25	
B12a- Mobilità sanitaria	Non valutato nel 2014	2,19	
B8a - Gestione dati	Non valutato nel 2014	3,77	
B6b- Sistema trasfusionale	Non valutato nel 2014	1,98	
B6a- Donazione organi	Non valutato nel 2014	1,78	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 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 2015 nel Piano della Performance, si riportano i risultati raggiunti in formato tabellare

### 1) Obiettivi dell'attività sanitaria

#### 1.1 Posizionamento aziendale

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
<p>Rafforzamento del posizionamento dell'AOUP verso l'alta specialità</p>	<p><b>Indicatori:</b>                      -ricoveri ordinari: riduzione percentuale casi bassa specialità dei residenti regionali fuori della zona pisana rispetto al totale della produzione dell'anno 2015 relativa alla bassa specialità;                      -peso medio DRG  <b>Risultato atteso:</b>                      -% n° di casi di bassa specialità 2015 &lt; % n° di casi di bassa specialità 2014;                      -aumento peso medio DRG rispetto al 2014 (fonte: report Direzione sanitaria)</p> <p><b>Indicatore:</b>                      -prestazioni ambulatoriali: scostamento % valore medio prestazioni ambulatoriali per esterni;  <b>Risultato atteso:</b>                      -% valore medio prestazioni ambulatoriali per esterni 2015 &gt; % valore medio 2014;</p>	<p>-La percentuale nel 2015 del numero dei ricoveri acuti di bassa specialità dei residenti regionali fuori della zona pisana rispetto al numero complessivo di ricoveri di bassa specialità prodotti in tale anno è diminuita rispetto a quella del 2014 (42,36% nel 2015 vs 43,23% nel 2014). A livello complessivo aziendale, si registra altresì una diminuzione percentuale dei ricoveri acuti di bassa specialità sul totale della produzione AOUP (57,15% nel 2014 verso 56,23% nel 2015).</p> <p>Una conferma della complessità dei casi trattati si evince anche dalla sostanziale stabilità del peso medio dei ricoveri ordinari nel 2015 e nel 2014 che si attesta intorno all'1,75 (il peso medio dei ricoveri di un giorno è stato di 1,03 e quello dei ricoveri maggiori ad un giorno di 1,95) e dall'aumento di tale peso per i DRG chirurgici ad alta complessità (peso medio &gt;4), che passa da 7,28 a 7,56 e di quello per i DRG prodotti dai ricoveri ordinari dei pazienti extra-regione, che passa da 1,71 a 1,73.</p> <p>Il valore medio delle prestazioni ambulatoriali si è mantenuto sostanzialmente stabile, passando dal valore di 19,33 nel 2014 a 20,23 € nel 2015 .</p> <p>A livello di singola branca specialistica si registrano aumenti di valore medio per alcune aree più importanti indice di aumento della complessità delle prestazioni ambulatoriali erogate. Gli scostamenti di valore più rilevanti hanno interessato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'oncologia (con un valore medio nel 2014 pari a 24,9 € e nel 2015 pari a 66,9 €);</li> <li>-la diagnostica per immagini relativa alla medicina nucleare (con un valore medio nel 2014 pari a 155,1 € e nel 2015 pari a 215 €).</li> </ul> <p>In particolare, la medicina nucleare, nel corso del 2015, ha</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

		registrato un aumento del numero di prestazioni specialistiche a più alto valore aggiunto (soprattutto pet); - la diagnostica per immagini nel suo complesso è passata da un valore medio di 68,5 € nel 2014 a un valore di 70,3€ nel 2015; - le prestazioni di laboratorio registrano un aumento nel valore medio da 9,8 € nel 2014 e 10,2 € nel 2015.	
Mantenimento/incremento attrazione extraregionale	<p><b>Indicatore:</b> -fughe extraregione per alta specialità chirurgica (AOU) (Indicatore Mes B17.3): rapporto tra: N. dimissioni residenti toscani, (area vasta AOUP) erogate in altre regioni/N. dimissioni residenti toscani (area vasta AOUP)</p> <p><b>Risultato atteso:</b> - fughe extraregione ≤7%</p> <p><b>Indicatore:</b> -percentuale ricoveri extraregionali su produzione 2015</p> <p><b>Risultato atteso:</b> -% n° di casi extraregionali rispetto al totale della produzione complessiva 2015 &gt;= % n° casi extraregione rispetto al totale della produzione complessiva 2014</p>	<p>L'indicatore Mes B17.3" fughe extraregione per alta specialità chirurgica" relativamente all'anno 2015 non è stato elaborato. La percentuale di ricoveri per pazienti fuori regione toscana sul totale della produzione evidenzia il seguente andamento: -% n° di casi extraregionali rispetto al totale della produzione complessiva 2015: 17,04%; -% n° di casi extraregionali rispetto al totale della produzione complessiva 2014: 17,84%; A fronte del calo di volume in rapporto alla produzione annua si evidenzia l'aumento del peso che passa da 1,71 a 1,73 per i DRG prodotti dai ricoveri ordinari dei pazienti extra-regione.</p>	

## 1.2 Pronto soccorso

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal percorso di emergenza e urgenza	<p><b>Indicatori:</b> -% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre le 12; -degenza media di ricovero nelle UU.OO. Mediche e geriatria</p> <p><b>Risultati attesi:</b> -riduzione tempi di ricovero per pazienti urgenti: miglioramento % 2015 vs % 2014 (obiettivo regionale: &lt; 1,5%); -dimissione di 1 paziente al giorno nella fascia 9-11 nelle UU.OO. di medicina e geriatria del DEA anche tramite l'utilizzo delle strutture di lungodegenza convenzionate; -degenza media su un range di 5-6 giorni (effetto indiretto del progetto, lavorando sugli strumenti di</p>	<p>In relazione alla ri-organizzazione del pronto soccorso (avvenuta nell'ottobre del 2014), l'indicatore relativo alla percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre le 12 ore è stato valutato con riferimento esclusivo all'ultimo trimestre del 2014 e all'ultimo trimestre del 2015. Di seguito i valori riportati: Ultimo trimestre 2014: 4,12% Ultimo trimestre 2015: 9,12% (Fonte dati Direzione medica di presidio) I dati mostrano un aumento del tempo di ricovero per pazienti urgenti per un valore percentuale fortemente superiore all'obiettivo regionale stabilito.</p> <p>Per quanto riguarda la degenza media dei ricoveri nelle UU.OO. mediche del DEA e nella U.O. geriatria, si registra un risultato particolarmente favorevole con tempi di degenza media pari a</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

	pianificazione del percorso del paziente in ricovero)	5,03 giorni nelle UU.OO. mediche e a 4,56 giorni nella U.O. geriatria. (Fonte dati Direzione medica di presidio).	
Riduzione tempi di risposta per pazienti con codice giallo e verde	-% pazienti con codice giallo visitati oltre i 60'; -% pazienti con codice verde visitati oltre 2 ore Risultato atteso: -miglioramento % 2015 vs % 2014 (obiettivo regionale <3%)	La percentuale di pazienti con codice giallo visitati oltre i 60' segna un miglioramento rispetto all'anno precedente (32.84% nel 2014 vs 29.39% nel 2015) .  Si riscontra, invece, un lieve peggioramento nell'indicatore relativo alla percentuale di pazienti con codice verde visitati oltre le 2 ore: rispetto al 2014, con una percentuale pari al 21.99%, il 2015 registra una percentuale pari al 23.18%. (Fonte dati Direzione medica di presidio)	

## 1.3 Qualità e sicurezza

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Analisi e valutazione degli eventi avversi o delle disfunzioni organizzative mediante gli strumenti dell'Audit clinico e delle Rassegne di Mortalità e Morbilità	<b>Indicatore:</b> -effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale; indicatori MES <b>Risultato atteso:</b> -effettuazione da parte di ogni articolazione organizzativa degli MMR e Audit richiesti dalla normativa regionale	Nell'anno 2015 a seguito della ricezione di 496 segnalazioni di eventi avversi o potenzialmente avversi sono stati effettuati 528,5 MMR e 223 audit. L'indicatore del MES C6.2.1 "indice di diffusione degli audit ", relativo ai primi 6 mesi del 2015, registra un valore di 0,79 che esprime il numero medio di audit clinici per struttura semplice o complessa dipartimentale. Il valore dell'indice è dato dal rapporto tra numero di audit clinico GRC realizzati in azienda e numero di strutture che erogano assistenza ai pazienti ed hanno autonomia organizzativa. L'obiettivo posto a livello regionale è di realizzare tre Audit clinici all'anno in ogni struttura semplice dipartimentale o complessa delle Aziende sanitarie L'azienda ospedaliera, rispetto a tale indicatore, si pone nella fascia intermedia del bersaglio, cioè quella suscettibile di ulteriori miglioramenti (fascia gialla), posizionando l'azienda nella fascia immediatamente inferiore a quella di pieno raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore MES C6.2.2 "Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità" è un dato ancora in fase di elaborazione.	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<p>Compilazione check list ministeriale chirurgica in tutte le chirurgie</p>	<p><b>Indicatore:</b> -verifica a campione della presenza ed esaustiva compilazione della check list da parte di tutti i profili professionali <b>Risultato atteso:</b> -70% del campione correttamente e completamente compilato in tutti i campi</p>	<p>Le 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.</p>	
--	--	---	---

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1.4 Programmazione chirurgica

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Compilazione accurata e completa del registro operatorio informatizzato (incluse le tempistiche degli interventi)	<b>Indicatore:</b> -verifica semestrale su un campione di UU.OO. Chirurgiche per ogni DAI della % campi con tempi operatori non compilati su n° totale di interventi <b>Risultato atteso:</b> >85% campi tempi operatori compilati su n° totale interventi	Dalle verifiche condotte in corso d'anno risultano registrati 44756 interventi con 986 tempi operatori non registrati (pari ad una percentuale di 2,2% sul totale). Ne deriva quindi una percentuale di tempi operatori registrati pari al 97,8%, ben al di sopra del risultato atteso (85%).	

## 1.5 Bersaglio MES

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Posizionamento bersaglio Mes	Indicatori: indicatore bersaglio MES Risultati attesi: miglioramento dei valori di indicatore sul bersaglio MES	In relazione all'introduzione di nuovi indicatori per l'anno 2015 e all'abbandono di vecchi indicatori del 2014 (per un numero complessivo di 12 indicatori non comuni che rendono incomparabili i due anni in oggetto), si rinvia alla valutazione espressa dalla Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" della Regione Toscana in collaborazione col MES, come da decreto Regione Toscana n. 2419/2015 che integra e specifica la delibera GRT n.48/2015.	
Efficienza assistenziale	Indicatori e valore atteso: -Indice di performance degenza media (indicatore Mes C2a): <=-0,44 (nel Piano performance era erroneamente riportato -0,64) - Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno (indicatore Mes C3.1): <1	Indici di performance: -Indice di performance degenza media programmata (indicatore Mes C2a.1): 0,14; -Indice di performance degenza media DRG medici (indicatore Mes C2a.M): -0,10; -Indice di performance degenza media DRG chirurgici (indicatore Mes C2a.C):-0,36 Degenza media pre-operatoria: indicatore Mes C3.1 non reperibile sul sito Mes.	
Appropriatezza chirurgica e medica	Indicatori e valore atteso: -Percentuale drg medici da reparti chirurgici: Day Hospital (indicatore Mes C4.1.2): <=5%; -DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per Day-Surgery (indicatore Mes C4.12): ≥81,26%; -DRG Lea Medici: Percentuale di standard raggiunti (Patto per la salute 2010-2012) (indicatore Mes C4.9): ≤ 84,1%;	- Percentuale drg medici da reparti chirurgici: Day Hospital: il valore dell'indicatore in oggetto non è stato ancora reso disponibile dal Mes - DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per Day-Surgery: si tratta di un indicatore relativo al rispetto degli standard regionali di erogazione in day surgery di alcuni DRG chirurgici pre-individuati ad alto rischio di inappropriatezza. Il valore di tale indicatore risulta pari a 77,33% e risulta pertanto non conseguito l'obiettivo definito a livello regionale.	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

	<p>-Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (indicatore mes C14.2): ≤10%;</p> <p>-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (indicatore Mes C14.3): ≤14,26%</p>	<p>- DRG Lea Medici: Percentuale di standard raggiunti (Patto per la salute 2010-2012) : si tratta di un indicatore relativo al rispetto dei tassi standard di ospedalizzazione di alcuni DRG medici pre-individuati ad alto rischio di inappropriatezza. Il valore di tale indicatore risulta pari a 73,91, quindi al di sotto del valore massimo indicato come obiettivo 2015. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.</p> <p>- Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (indicatore mes C14.2): si tratta di un indicatore il cui valore è il risultato della media di due sotto-indicatori. Il primo, relativo alla percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti, si attesta su un valore pari al 15,23%, corrispondente alla fascia rossa del bersaglio MES. Il secondo, relativo alla percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici, si attesta su un valore pari al 32,28%, corrispondente alla fascia arancione del bersaglio MES. La media dei due sotto-indicatori in questione ha un esito complessivo negativo.</p> <p>- Percentuale ricoveri ordinari medici brevi: il valore dell'indicatore in oggetto non è stato ancora reso disponibile dal MES.</p>	
--	---	---	--

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

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
<p>“Open access”. Erogazione delle prestazioni di cardiologia (visita, visita e ECG, ECG, ECD) con azzeramento liste di attesa</p>	<p><b>Indicatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-erogazione prestazione entro 3 giorni dalla richiesta;</li> <li>-monitoraggio andamento dei tempi di attesa</li> </ul> <p><b>Risultati attesi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-azzeramento code per gli utenti della zona pisana e risposta esaustiva al bisogno senza necessità di rinviare ad altro appuntamento per gli approfondimenti che si possono fare in giornata</li> </ul>	<p>A partire dal mese di febbraio 2015 è stato dato avvio al progetto “Open Access” relativamente alle prestazioni ambulatoriali di primo livello cardiologiche (visita cardiologica + ECG – ecocolordoppler cardiaco). Il progetto ha strutturato un’offerta relativa a prestazioni di primo livello rivolta ai residenti della zona Pisana che nell’anno 2015 si è dimostrata capace di rispondere entro tre giorni dalla richiesta. (v.dati <a href="#">Relazione sanitaria</a>).</p>	
<p>Estensione del modello ad altre specialità di base e integrazione con la ASL 5 per modulare l’offerta</p> <p>Proposta di implementazione del modello in AV e fuori AV a livello regionale.</p>	<p><b>Indicatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stipula protocollo con la ASL 5</li> </ul> <p><b>Risultati attesi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-azzeramento code per gli utenti della zona pisana per le specialità individuate in accordo con la ASL 5 e risposta esaustiva al bisogno senza necessità di rinviare ad altro appuntamento per gli approfondimenti che si possono fare in giornata;</li> <li>Presentazione del modello entro il 31.12.15</li> </ul>	<p>L’estensione del modello ad altre specialità e la sua estensione in area vasta e al di fuori è un obiettivo che, nell’ambito dell’aggiornamento del piano della performance 2016 - 2018 è stato posposto all’anno 2016.</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 1.7 Riorganizzazione dell'area laboratori

L'Azienda ha avviato nel 2015 un progetto di riorganizzazione del Dipartimento di Medicina di Laboratorio su basi moderne, tenendo presente l'elevato grado di specializzazione dell'Azienda a livello nazionale e internazionale.

Il modello avviato prevede la costituzione di laboratori per tipologia di indagine, più precisamente un accorpamento di attività presenti in più laboratori. I laboratori saranno concentrati in cinque aree omogenee: biochimica e patologia clinica, anatomia patologica, microbiologia, genomica, spettrometria di massa. Ogni area sarà collocata in un unico spazio fisico allo scopo di razionalizzare l'impiego delle risorse umane e tecnologiche e migliorare i servizi, eliminando la duplicazione delle attività.

Le aree di laboratorio forniranno i dati alle Unità Operative e Sezioni Dipartimentali di pertinenza che afferiscono al Dipartimento e queste ultime utilizzeranno le informazioni e il materiale allestito prodotto dai laboratori per la refertazione e per lo svolgimento delle proprie specifiche attività professionali, organizzando e gestendo i controlli di qualità e i rapporti con le strutture cliniche.

Coerentemente con la costituzione delle cinque aree di laboratorio, il personale tecnico-sanitario e tecnico amministrativo verrà collocato, sulla base delle esigenze e dei carichi di lavoro del Dipartimento, tenendo conto delle proprie competenze professionali così da accrescere il livello di specializzazione in ciascuna area.

Uno degli esiti della ri-organizzazione condotta nel Dipartimento è, al momento, la compiuta integrazione funzionale tra laboratori e strutture, per l'anatomia patologica, attraverso un'attribuzione ai laboratori di compiti di analisi, refertazione, controllo strumentali alle esigenze informative dei professionisti delle UU.OO. richiedenti gli esami.

Le attività svolte hanno consentito la collocazione in un unico laboratorio delle prestazioni di tre U.O. e di una SOD. Si è effettuato un trasferimento integrale nei nuovi locali con strumentazione, personale tecnico-amministrativo e personale dirigente siti nella stessa sede, permettendo, in questo modo, un continuo dialogo tra i vari operatori appartenenti ad U.O. diverse, con la conseguente possibilità di ottenere una qualità del dato analitico uscente.

Si è dato avvio alla rivisitazione degli esami in ogni U.O. con vari accorpamenti e con una redistribuzione improntata nell'ottica dell'esame svolto in un'unica sede, così come previsto dal progetto di ri-organizzazione.

E' in divenire la riorganizzazione amministrativa per la gestione dei diagnostici e la riorganizzazione amministrativa per il supporto del Dipartimento per lo svolgimento delle seguenti funzioni: programmazione e acquisti, gestione informatizzata dei magazzini e della logistica, rapporti con ESTAR, supporto informatico, implementazione di un catalogo generale delle prestazioni di laboratorio che sono erogate dal Dipartimento.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 2) Mantenimento dell'equilibrio economico

Obiettivo	2015	Risultato	valutazione
Mantenimento delle condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema Azienda	<b>Indicatori</b> -pareggio di bilancio; -rispetto indicatori Mes relativi alla dimensione economica	In attesa dell' adozione del bilancio dell'anno 2015, gli indicatori del bersaglio sopra confrontati si riferiscono rispettivamente ai dati dell'anno 2013 e all'anno 2014. Tali indicatori, sopra riportati al paragrafo 2, ci posizionano nell'ambito di una performance buona per quanto riguarda l'equilibrio economico reddituale ed ottima per quanto riguarda l'equilibrio patrimoniale finanziario.	
Certificazione del bilancio 2015 (obiettivo qualitativo)	<b>Indicatori:</b> -ottenimento della relazione di certificazione sul bilancio d'esercizio 2014; -allineamento ad eventuali raccomandazioni formalizzate dalla società di revisione in materia di controlli interni e procedure amministrativo contabili	In data 4 Marzo 2016 la società di revisione del bilancio Pricewaterhouse&Cooper ha rilasciato la relazione al bilancio 2014, certificando lo stesso.	
Contenimento della spesa del personale entro la spesa per l'anno 2004 diminuita dell'1,4%	<b>Indicatore:</b> -spesa anno 2015 <= spesa per l'anno 2004 diminuita dell'1,4%	Nel 2015 la spesa del personale è stata contenuta entro il tetto previsto.	
Rispetto dei vincoli di spesa su particolari tipologie di beni e servizi	<b>Indicatori:</b> -contenimento dei costi dei beni sanitari entro il tetto fissato dall'azienda nel budget 2015; -costi per servizi sanitari e beni e servizi non sanitari entro il tetto fissato dall'azienda nel budget 2015;	L'obiettivo di rispetto del tetto di budget per costi dei beni sanitari non è stato complessivamente raggiunto. In particolare, lo scostamento è pari al 7,97% del valore economico del tetto di budget determinato per tali beni. L'obiettivo di rispetto del tetto di budget per costi di servizi sanitari e costi di servizi e beni e servizi non sanitari è stato complessivamente raggiunto. In particolare, il risparmio realizzato è pari al 9,50% del valore economico del tetto di budget determinato per tali beni e servizi.	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 3) Sviluppo ICT

Obiettivo	2015	Stato di avanzamento 2014	Valutazione
<b>Progetto "Pleiade":</b> Fascicolo sanitario elettronico per cui ogni medico ed infermiere sarà posto in grado di avere rapidamente, ed in modo completo, tutte le informazioni relative alla storia clinica del paziente	<b>Indicatore:</b> -attivazione fascicolo sanitario elettronico <b>Risultato atteso:</b> 100% copertura a tutti i reparti e cartella infermieristica integrata con quella clinica <b>Finalità:</b> disponibilità rapida e completa di tutte le informazioni relative alla storia clinica del paziente da parte del medico ed infermiere;	Il progetto Pleiade non ha registrato nel 2015 una diffusione in tutti i reparti a causa di una scarsa integrazione dei sistemi informativi aziendali. Il progetto dovrebbe giungere a completa conclusione nel 2016, come definito nell'ambito dell'aggiornamento del piano della performance aziendale 2016-2018.	
<b>Progetto "Elis laboratorio":</b> Semplificazione accesso alle prestazioni dell'ospedale o delle Asl. Da casa o all'ambulatorio del medico di famiglia si potranno scegliere la sede, la data e tutta una serie di servizi accessori relativi al tipo di prelievo richiesto	<b>Indicatore:</b> -disponibilità della prenotazione degli esami di laboratorio da parte dell'utenza dal web <b>Risultato atteso:</b> -diffusione dell'uso dello strumento sia in ambito aziendale che a livello territoriale (MMg, Farmacie, Associazioni di volontariato)	Lo strumento è stato completato e sono state eseguite le prove di test recuperando direttamente dal web l'NRE (numero ricetta elettronica) generato dai MMG che utilizzano già un sistema di prescrizione elettronica. Le funzionalità dello strumento consentono la prenotazione degli esami con la scelta del presidio o del giorno e dell'ora di erogazione. L'uso diretto da parte dei cittadini è stato però posticipato, in accordo con i responsabili regionali dei processi di dematerializzazione della ricetta. Il sistema, che comunque è già operativo, vedrà la sua piena attuazione nel corso del 2016.	
<b>Progetto "Elis ambulatorio":</b> prenotare visite specialistiche (sede e data) dall'esterno dell'ospedale direttamente con il proprio medico di famiglia oppure sfruttando il web aziendale via PC o tramite l'App	<b>Indicatore:</b> -progressiva estensione della prenotabilità di prestazioni specialistiche da parte dell'utenza usando la rete internet <b>Risultato atteso:</b> -implementazione dello strumento alle altre prestazioni specialistiche erogate in regime istituzionale ed integrazione con il sistema del CUP	Il sistema è operativo ed in grado di interfacciarsi con i gestionali aziendali per cui è stata completata la predisposizione della struttura informatica per la prenotazione. Per il suo utilizzo in produzione si attende uno start up, in accordo con la Regione Toscana, per le stesse ragioni espresse per Elis Laboratorio.	
Implementazione della prescrizione elettronica per le prestazioni ambulatoriali (e prescription):	<b>Indicatori:</b> -numero dei prescrittori attivi su numero dei prescrittori aventi titolo (report regionali); -numero medio di prescrizioni per prescrittore attivo rispetto al numero medio di prescrizioni cartacee risultati nel 2013 (report regionale);	Il tasso di sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo relative al 2013 con quelle prescritte in formato elettronico si attesta, a livello generale di azienda, intorno al 62%. Anche i monitoraggi regionali evidenziano che le percentuali mensili sul 2015 dei medici specialisti prescrittori sul totale degli specialisti con almeno un ricettario assegnato nell'anno 2014 si attestano su valori ancora molto bassi, con molte aziende al di sotto della media regionale. L'AOUPI sull'ultimo mese pubblicato si attesta sul 43,7% (media regionale 40,14%). Nel 2016 si assiste invece ad	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

	<p><b>Risultato atteso:</b>          -90% dei prescrittori aziendali entro il 31/12/15 e sostituzione delle prescrizioni mediche specialistica in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico (dematerializzazione)</p>	<p>un'inversione di tendenza per quanto riguarda l'AOUP, la cui percentuale di prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato si attesta nell'ultimo trimestre 2016 su 72% (la più alta tra le aziende).</p>	
Rinnovamento sito web aziendale	<p><b>Indicatore:</b>          -entrata a regime nell'anno  <b>Risultato atteso:</b>          -miglioramento dell'accessibilità del cittadino alle informazioni e ai servizi dell'A.O. e dell'accesso da parte della cittadinanza alle informazioni in ordine all'attività amministrativa dell'Azienda</p>	<p>Il processo di rinnovamento del sito web aziendale ha preso avvio nel corso del 2015.          Il lavoro è stato sospeso a seguito delle indicazioni della Regione Toscana di adottare un modello omogeneo fra le diverse aziende sanitarie ed ospedaliere. È in corso da parte dell'ESTAR l'elaborazione dello schema di struttura del sito all'interno del quale ogni azienda inserirà i propri contenuti.</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 4) Correttezza e completezza dei flussi informativi

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Puntuale chiusura delle SDO	<b>Indicatore:</b> -media tempo intercorrente tra data di dimissione e data di validazione della SDO <b>Risultato atteso:</b> -tempo medio pari o inferiore a 5 giorni <b>Finalità:</b> -maggiore tempestività nel flusso di invio e maggiore accuratezza ai fini dell'identificazione del DRG	Nell'anno 2015 il 56,60% delle SDO relative ai ricoveri ordinari sono state validate e quindi chiuse dagli operatori entro cinque giorni dalla data di dimissione. La stessa analisi condotta sull'ultimo trimestre ha evidenziato un miglioramento nei comportamenti e una maggiore attenzione (63,44%).	
Completezza registrazione delle prestazioni ambulatoriali	<b>Indicatore:</b> -valore errore e scarto <b>Risultato atteso:</b> -valore errore e scarto 2015<2014 <b>Finalità:</b> -corretta rappresentazione del valore gestionale dell'attività ambulatoriale a fronte dei costi sostenuti	I valori dell'errore e dello scarto sono diminuiti in maniera significativa, sia come differenza con l'anno precedente (il delta valore 2015 vs 2014 dello scarto si è ridotto del 76% e quello dell'errore dell'1,10%) sia in rapporto al valore dell'importo a compensazione (il valore dello scarto nel 2015 è il 2,55% dell'importo a compensazione contro il 12,42% nel 2014; il valore dell'errore rispetto all'importo a compensazione 2015 è pari allo 0,50% contro lo 0,59% del 2014).	

## 5) Comunicazione con gli stakeholder e con il personale interno

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
<b>Progetto "Elis dacci un voto"</b> :strumento per fornire agli utenti la possibilità di esprimere in maniera anonima le proprie valutazioni, via web, sul servizio appena ricevuto, utilizzando lo stesso applicativo per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (Elis ambulatorio e laboratorio)	<b>Indicatore:</b> -attivazione dello strumento <b>Risultati attesi:</b> -analisi e utilizzo delle valutazioni per migliorare i servizi	Lo strumento è attivo ed è stato testato dal punto di vista operativo. La messa in produzione per l'utilizzo da parte dell'utenza è demandato all'attivazione del progetto Elis ambulatorio.	
<b>(Trasparenza)</b> ascolto e partecipazione della cittadinanza e degli stakeholders in genere, finalizzata alla implementazione della trasparenza e a dare sempre più valore al sistema di informazioni che ex lege deve essere pubblicato	<b>Indicatore:</b> -attivazione e messa a regime di apposito Format sul sito aziendale, sezione "Amministrazione trasparente" come strumento diretto e immediato per esprimere suggerimenti, fornire proposte, fare osservazioni <b>Finalità:</b> -coinvolgimento progressivo dell'utenza e del personale allo scopo di creare nel tempo una	Attivazione e corretto funzionamento del format sul sito aziendale che è stato collocato nel sito web aziendale, nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione "Altri contenuti – contribuisci alla trasparenza".	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

	<p>“banca dati” di riferimento per la programmazione delle misure per dare attuazione/razionalizzazione/efficacia alle informazioni presenti sul sito</p>		
<p><b>(Anticorruzione)</b> Partecipazione delle associazioni e delle categorie di utenti esterni per sviluppare misure per la prevenzione della corruzione o segnalare illeciti</p>	<p><b>Indicatore:</b> -individuazione e configurazione da parte del Direttore della U.O. Relazioni con il Pubblico, congiuntamente al RPC, di appositi canali di ascolto con le associazioni e le categorie di utenti esterni ; <b>Finalità:</b> -raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione e segnalazioni di illecito, e veicolare le informazioni agli uffici aziendali competenti</p>	<p>Nel corso del 2015 è stata predisposta una procedura per l'invio da parte dell'URP al RPC di segnalazioni di utenti e categorie associative varie che possano palesare comportamenti a rischio corruzione/illegalità. Il completamento di tale procedura, inserita come obiettivo nel piano della PTPC 2015-2017 (quindi con valenza triennale), avverrà nel 2016.</p>	
<p><b>(Trasparenza)</b> Condivisione e rendicontazione del ciclo della performance</p>	<p><b>Indicatori:</b> -pubblicazione sul web, in Amministrazione trasparente, sezione performance, dei seguenti atti: 1) in sottosezione “piano della performance”: -delle delibere regionali di assegnazione degli obiettivi -della delibera aziendale di adozione schede di budget per una capillare diffusione degli obiettivi 2) in sottosezione “relazione della performance”: -la relazione annuale sugli esiti della performance, correlata al piano; - documento esplicativo del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle singole articolazioni organizzative aziendali; - bersaglio Mes 3) in sottosezione “dati relativi ai premi” - regolamenti sui sistemi di valutazione della performance del personale; - rendicontazione sul grado di differenziazione dei premi di produttività; <b>Risultato atteso:</b> pubblicazione entro la tempistica definita nel presente piano nel ciclo della performance. <b>Finalità :</b> -accessibilità a chiunque ne abbia interesse alle fasi e ai risultati che connotano il processo di gestione della performance organizzativa e individuale e maggior consapevolezza interna del grado di connessione tra i vari sistemi operativi (definizione linee strategiche, linee operative</p>	<p>1) Pubblicati gli atti relativi alla fase di programmazione del ciclo della performance 2015: delibere regionali di assegnazione degli obiettivi e delibera aziendale di adozione schede di budget (<a href="#">CLICCA QUI</a>); 2) Pubblicata la presente relazione della performance 2015 al cui interno sono riportati gli esiti di raggiungimento degli obiettivi di budget e il bersaglio Mes; 3) Pubblicati i regolamenti sui sistemi di valutazione della performance del personale (<a href="#">CLICCA QUI</a>) e sono state inserite delle rappresentazioni grafiche per rendere maggiormente comprensibile l'informazione relativa al grado di differenziazione dei premi di produttività (<a href="#">CLICCA QUI</a>).</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

	aziendali, sistema di budgeting, sistemi di valutazione individuale e impatto sui premi di produttività);		
<b>Progetto “Smart ticket”:</b> sistema di comunicazione tra la “zona del valore” e le strutture di supporto per segnalare i problemi e garantire una risposta al quesito, se non addirittura la soluzione del problema entro le 48 ore	<b>Indicatore:</b> -mantenimento dello strumento a livello aziendale e studio di fattibilità per una sua estensione quale unica interfaccia per segnalare tutte le problematiche/disfunzioni/richieste di intervento	Progetto compiuto con la creazione di un'unica interfaccia entro il sito intranet aziendale con il quale si può comunicare velocemente con le strutture di supporto aziendale. È quindi uno strumento esclusivamente elettronico che serve per segnalare problemi che, di volta in volta, si può incontrare e che limitano, o rendono difficoltoso, il suo normale lavoro.	
Attivazione dell'albo pretorio on line	<b>Indicatore:</b> - Attivazione dell'albo pretorio on line con visibilità integrale delle delibere; <b>Risultati attesi:</b> - attivazione entro Aprile 2015	E' stato attivato l'albo pretorio on line collocato nella home page del sito dell'AOUP che consente di visionare le delibere in corso di pubblicazione e di ricercare gli atti già esecutivi. Nell'albo pretorio online è disponibile anche l'atto integrale aziendale firmato digitalmente.	

## 6) Implementazione della trasparenza

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Aggiornamento mappatura degli obblighi di pubblicità e delle strutture responsabili dell'alimentazione che puntualizzi i contenuti in cui si sostanziano gli obblighi di pubblicazione	<b>Indicatori:</b> -adozione griglia entro il 30/6/15 <b>Risultati attesi:</b> -migliorare il processo di pubblicazione dei singoli obblighi evidenziando tempi, responsabilità e contenuti e i vincoli che eventualmente si incontrano nella loro elaborazione, tenuto conto della realtà e complessità dei processi che sottostanno alla produzione ed elaborazione dei dati richiesti	L'aggiornamento sulla mappatura degli obblighi di pubblicità e delle relative strutture responsabili è correttamente avvenuto (così come evidenziato in apposita relazione). L'adozione della griglia è avvenuta nei tempi previsti ed è confluita nell'ALLEGATO A al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 ( <a href="#">CLICCA QUI per visualizzarla</a> ). La sua pubblicazione formale (avvenuta con provvedimento del Direttore Generale n.706 del 08/07/2015) è stata differita solo per questioni amministrative a pochi giorni successivi al termine originariamente individuato.	
Definizione delle misure di intervento in caso di carenze e/o inosservanza degli obblighi di pubblicità	<b>Indicatori:</b> -adozione regolamento entro il 31/12/15 <b>Risultato atteso:</b> -chiarezza sulle fattispecie e procedure in cui avviare le segnalazioni in caso di inadempienza e/o carenza degli obblighi	L'adozione del procedimento per mancato, incompleto, ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione è avvenuto nei termini previsti ed è stato deliberato con provvedimento del Direttore Generale n. 999 del 05/10/2015 e pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” ( <a href="#">CLICCA QUI</a> ).	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 7) Legalità dell'azione amministrativa

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
<p>Individuare entro il 31 marzo 2015 una rete di Referenti per la prevenzione della corruzione con la finalità di monitoraggio sull'attività di attuazione della strategia aziendale svolta dai dirigenti in materia di anticorruzione</p>	<p><b>Indicatore:</b> -adozione deliberazione del Direttore Generale su proposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione</p> <p><b>Risultato atteso:</b> - supporto all'attività del RPC (osservanza misure anticorruzione e obblighi di trasparenza, individuazione aree a rischio, individuazione personale da formare, comunicazione di fatti corruttivi)</p>	<p>In data 8 Marzo 2016 è stata formalmente individuata, contestualmente all'adozione del PTCP e programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018 (delibera 229 dell'8/03/2016), la rete di referenti per la prevenzione della corruzione <a href="#">(visualizzabile a pag. 22 del PTCP 2016-2018)</a></p> <p>Il differimento della data originariamente prevista è da imputarsi alla scelta comune del RPC e della Direzione amministrativa di posticipare l'individuazione dei referenti ad un momento successivo alla conclusione del processo di riorganizzazione in azienda (conclusosi il 30.12.2015 con deliberazione DG n. 1285).</p>	
<p>Completamento della mappatura dei processi e dei rischi</p>	<p><b>Indicatore:</b> -acquisizione degli atti da parte delle strutture/valutazione RPC</p> <p><b>Risultato atteso:</b> -individuazione dei processi, fasi, responsabilità, aree a rischio e grado di rischio medesimo e definizione delle misure di prevenzione</p>	<p>La mappatura dei processi e dei rischi (con relativa individuazione delle possibili misure di prevenzione) risulta completata così come redatto in apposita relazione <a href="#">(visualizzabile negli allegati al PTCP, allegato D.V.03)</a>.</p>	
<p>Ricognizione dei regolamenti esistenti e loro actualización, implementazione e pubblicazione sul sito aziendale, sezione Amministrazione trasparente entro 31/12/15</p>	<p><b>Indicatore:</b> -pubblicazione dei regolamenti sul sito, sezione amministrazione trasparenza</p> <p><b>Risultato atteso:</b> -trasparenza di tutta la regolamentazione aziendale</p>	<p>Nel corso dell'anno 2015 è stata effettuata la ricognizione, actualización, implementazione e pubblicazione (in data 30.12.2015) dei regolamenti esistenti, consultabili sul sito web aziendale, sezione "Amministrazione trasparente", "disposizioni generali", "Atti generale" <a href="#">(CLICCA QUI)</a></p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## 8) Ricavi propri

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Sviluppo della capacità di generazione di ricavi propri attraverso l'attribuzione di specifiche funzioni di progettazione per la redazione di piani volti a produrre proventi per l'azienda;	<p>Indicatore: -elaborazione piani</p>	<p>Nel corso del 2016 sta andando a regime l'attività della nuova U.O. Marketing, progetti speciali e convenzioni attive. Ad oggi è in fase di svolgimento un'analisi volta a verificare la fattibilità tecnica ed economica dello sviluppo di collaborazioni con altre istituzioni su aree innovative per tipologia di attività e per bacino di utenza (anche a livello internazionale). Maggiori dettagli saranno forniti nell'ambito dei prossimi aggiornamenti sulla base degli esiti dell'analisi di fattibilità in corso e delle valutazioni degli organi regionali competenti.</p> <p>È stato avviato il processo formale di autorizzazione allo svolgimento di eventi formativi, richiesti da soggetti esterni e svolti all'interno dell'AOUP, con beneficio in termini di incremento dei ricavi diretti per l'azienda.</p>	
Completamento catalogo aziendale delle prestazioni outpatients' offerte dall'Azienda entro il 31/12/15	<p><b>Indicatore:</b> -pubblicazione sul sito web aziendale del catalogo</p> <p><b>Risultato atteso:</b> -far conoscere le "prestazioni fuori LEA offerte dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana all'utenza ed alle Aziende Sanitarie"</p>	<p>Il catalogo aziendale è stato sostanzialmente completato; nel corso del 2016 è prevista la deliberazione del medesimo con possibilità di inserimento ed integrazione di ulteriori prestazioni outpatients.</p>	
Costituzione di un'apposita agenzia Health Training Center per lo sviluppo di un'offerta formativa di alta specializzazione, anche tramite l'uso di fondi europei, rivolta anche a privati e operatori sanitari esterni	<p><b>Indicatore:</b> -attivazione Agenzia formativa per la gestione delle attività formative nei Centri di Simulazione dell'Azienda Ospedaliero e dei percorsi formativi di alta formazione; -N° privati e operatori sanitari esterni paganti;</p> <p><b>Risultato atteso:</b> -proporre un'offerta formativa selezionata e di eccellenza di forte richiamo in area vasta</p>	<p>Con Delibera 353 del 14.04.2015 è stata istituita l'agenzia per il supporto alle attività di alta formazione dell'AOUP - "Health Training Center" che ha come scopo la promozione e il supporto alla progettazione ed organizzazione delle attività di alta formazione da realizzare attraverso la collaborazione con aziende sanitarie, società scientifiche, ordini, collegi e professionisti e lo sviluppo di specifici strumenti di pubblicizzazione ed offerta sul mercato, anche internazionale, delle iniziative realizzate.</p> <p>Con accordo del 18.02.2015 il Centro di Simulazione dell'AOUP è stato riconosciuto quale International Training Center dell'American Heart Association, e l'HTC si è occupata della promozione delle sue attività verso soggetti esterni, promuovendo un'offerta formativa ampia rivolta in particolare: al personale delle AA.SS dell'Area Vasta Nord Ovest, all'Ordine dei Medici di Pisa, ai medici specializzandi dell'Università di Pisa, agli studenti di Medicina della Scuola</p>	

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

		Sant'Anna di Pisa, a liberi professionisti, privati cittadini ad aziende private e soggetti pubblici L'offerta formativa dell'HTC si è rivolta in particolare alla promozione delle attività in imulazione coinvolgendo complessivamente 598 utenti esterni paganti.	
--	--	---	--

## 9) Salute e sicurezza sul lavoro

Obiettivo	2015	Risultato	Valutazione
Elaborazione ed adozione entro aprile 2015 di un progetto (triennale) per provvedere alla rivalutazione dei rischi, alla redazione delle procedure, al coinvolgimento e co-responsabilizzazione dei Dirigenti, dei Preposti e dei Lavoratori	<p><b>Indicatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione deliberazione del Direttore Generale su proposta dal Responsabile della UO Prevenzione e Protezione dai Rischi, contenente il progetto;</li> <li>- elaborazione, redazione ed adozione delle procedure mancanti in materia di salute e sicurezza sul lavoro;</li> <li>- esecuzione dei corsi per DIRIGENTI, PREPOSTI E LAVORATORI per complessivi 10 edizioni per tipologia di corso;</li> <li>- predisposizione e sperimentazione del corso "sperimentale" per LAVORATORI interamente e-learning con addestramento all'inserimento nello specifico luogo di lavoro, da adottarsi del corso nel 2016;</li> <li>- esecuzione della rivalutazione dei rischi in almeno due Dipartimenti.</li> </ul> <p><b>Risultati attesi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potenziamento della UO Prevenzione e Protezione del Rischio per permettere la realizzazione del progetto;</li> <li>- coinvolgimento e corresponsabilizzazione dei Dirigenti, dei Preposti e dei Lavoratori;</li> <li>- miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro;</li> <li>- redazione del documento di valutazione dei rischi per almeno due Dipartimenti.</li> </ul>	<p>Nel 2015 è stata adottata la delibera n. 163 del 27.2.15 dove sono state pianificate le attività necessarie a revisionare/aggiornare le valutazioni dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro e la redazione dei relativi documenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- E' stato avviato il processo di elaborazione, redazione ed adozione delle procedure mancanti in materia di salute e sicurezza del lavoro. Date le dimensioni aziendali e la complessità organizzativa, per il giusto governo di questo aspetto del risk management, detto processo proseguirà anche nel 2016 (come da aggiornamento del piano della performance aziendale 2016-2018). In particolare è stata redatta ed adottata la procedura sul primo soccorso (P.A. 10/c), è stata confermata la procedura per l'accettazione e utilizzo dei beni in visione e prova (P.A. 102);</li> <li>- sono stati effettuati i corsi per DIRIGENTI (12 edizioni), PREPOSTI (10 edizioni) e LAVORATORI (11 edizioni), attività formativa che proseguirà nel 2016;</li> <li>- non è stato raggiunto il potenziamento della UO Prevenzione e Protezione dai Rischi e non sono state effettuate le rivalutazioni dei rischi in due Dipartimenti perché nel 2015 non si è concluso l'iter per l'espletamento delle procedura di gara per l'affidamento dei previsti servizi ad aziende esterne.</li> </ul>	

# 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 con la richiamata delibera n. DGRT 48/2015 e il decreto di attuazione n. 2419/15.

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.

Dal punto di vista metodologico, la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi è stata condotta misurando i risultati realizzati rispetto a quelli attesi per ciascun obiettivo assegnato ad ogni Dipartimento ad attività integrata (DAI).

Solo in relazione a tre obiettivi (chiusura entro 5 giorni delle SDO relative ai ricoveri ordinari, rispetto dell'e-prescription, rischio clinico), nei casi di raggiungimento di un risultato inferiore alla soglia definita a livello dipartimentale, la misurazione e la conseguente attribuzione dei punteggi è stata effettuata a livello di singola articolazione organizzativa componente il Dipartimento allo scopo di dare valore ai comportamenti gestionali in linea con quanto richiesto.

I risultati di budget complessivamente raggiunti sono quindi stati riportati a livello di singola articolazione organizzativa (fatti salvi i Dipartimenti che hanno superato le soglie previste per i sopra indicati obiettivi) quale sommatoria del punteggio conseguito per gli obiettivi misurati a livello dipartimentale e dei punteggi conseguiti per gli obiettivi valutati a livello di singola struttura (v.esemplificazione in tabella).

	Peso obiettivi dipartimentali	Risultati raggiunti dal Dipartimento		
dipartimento	<b>80</b>	<b>70</b>		
	Peso obiettivi valutati a livello di struttura	Risultati raggiunti dalle singole strutture	Risultati raggiunti dal Dipartimento	Risultati finali per singola articolazione del Dip.
Struttura x	<b>20</b>	18	70	<b>88 su 100</b>
Struttura y		10	70	<b>80 su 100</b>
Strutture z		15	70	<b>85 su 100</b>
	<b>100</b>			

Di seguito la valutazione dei risultati conseguiti, dipartimento per dipartimento, per l'area strettamente sanitaria.

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## ESITI DAI SANITARI 2015

<b>DAI 1. Medicina di Laboratorio - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>10.612,00 K€</b>	15,62	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>25,78%</b>	10	10
Tempestivo caricamento dei DDT dei diagnostici in procedura contabile DAI 1	20	20
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b>	10	10
<b>Rischio clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	0	10
Studio fattibilità <b>piattaforma diagnostici</b> con invio del medesimo alla Direzione CdG entro il 30/6/15. Realizzabilità secondo le fasi individuate nello studio entro il 31/12/15	30	30
<b>Totale peso raggiunto</b>	<b>85,62</b>	<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 2. Cardio-Toraco Vascolare - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari autorizzato <b>pari a 16.852 k€</b>	20	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a <b>42,88</b>	10	10
<b>Ricoveri Ordinari</b> : riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	2,33	7
Aumento del <b>valore</b> delle <b>prestazioni ambulatoriali</b> per <b>esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	5	5
Adesione al progetto <b>visual hospital</b> per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	0	7
Adozione e compilazione <b>check list</b> ministeriale chirurgica che va nella cartella clinica	10	10
Corretta compilazione registro operatorio informatizzato (incluso i tempi operatori)	10	10
Introduzione anche modulare della <b>cartella clinica informatizzata</b> nelle aree di degenza	8	8
<b>Rischio clinico</b> : effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	5	5
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>72,33</b>	<b>84</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: <b>chiusura SDO</b> entro 5 giorni obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b> Prescrizioni 2015 SU prescrizioni 2013; obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 2. Cardio-Toraco Vascolare -</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
SD 0501 cardio-angiologia Univ	86,33
UO 1401 chirurgia vascolare Univ	86,33
UO 0802 cardiologia 2 SSN	84,73
UO 0801 cardiologia 1 Univ	84,73
SD 0701 cardiocirurgia Univ	80,33
SD 6804 fisiopatologia respiratoria Univ	80,33
SD 0805 laboratorio di emodinamica Univ	80,33
SD 6803 endoscopia toracica SSN	78,33
UO 1301 chirurgia toracica Univ	76,33
UO 6801 pneumologia Univ	74,33
SD 0804 scompenso e continuità assistenziale Univ	72,33

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 3. Emergenza accettazione PRONTO SOCCORSO - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>3.552,56 K€</b> mantenimento tetto di spesa ( DAT, EMO e TNT) pari a: <b>312,66 K€</b>	7	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>13,22 %</b>	10	10
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	5	5
<b>Pronto soccorso:</b> 1) miglioramento % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre le 12 H rispetto al 2014 2) % pazienti con codice giallo visitati oltre i 60': <3%; 3) % pazienti con codice verde visitati oltre 2 ore: <3%;	3,3	10
Adesione al progetto <b>visual hospital</b> per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	2	8
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale chirurgica</b> che va nella cartella clinica	2,5	5
Corretta compilazione <b>registro operatorio informatizzato</b> (incluso i tempi operatori)	7	7
Introduzione anche modulare della <b>cartella clinica informatizzata</b> nelle aree di degenza	7	7
<b>Rischio clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	10	10
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>53,30</b>	<b>84</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: <b>chiusura SDO</b> entro 5 giorni Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b> Prescrizioni 2015 su prescrizioni 2013; obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti;	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 3. Emergenza accettazione PRONTO SOCCORSO</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
UO 2609 medicina di urgenza e di pronto soccorso SSN	69,30
UO 6905 radiodiagnostica di pronto soccorso SSN	69,30
UO 2605 medicina V SSN	67,70
UO 2604 medicina IV SSN	67,30
UO 0911 chirurgia di urgenza Univ	67,30
UO 1001 chirurgia maxillo faciale SSN	65,70
UO 4701 centro ustioni SSN	65,30
UO 2610 medicina di urgenza Univ	63,30
UO 2602 medicina II Univ	55,30

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 4 ANESTESIA E TERAPIE INTENSIVE - BUDGET 2015

Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale	Risultato	Peso teorico redistribuito	Peso
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antitumorali e alta tecnologia) pari a: <b>6.124,39 K€</b> mantenimento tetto di spesa ( DAT, EMO e TNT) pari a: <b>545,92 K€</b> (da verificare il relazione ai movimenti)	30	30	30
Analisi organizzativa del Dip 4 con il CdG e GEF/contabilità analitica finalizzata: -alla individuazione di criteri di calcolo dei pesi per la determinazione dei prezzi di trasferimento del servizio di terapia intensiva -allo sviluppo di un sistema di controllo dell'efficienza allocativa delle risorse all'interno del DAI di Anestesia in ambiente di Business Intelligence -all'individuazione di un nuovo modello organizzativo del servizio	16,36	16,36	15
Rispetto dei criteri di appropriatezza definiti dal DAI di Anestesia per gli accessi dei pazienti chirurgici alle terapie intensive per una migliore impiego delle risorse	10,91	10,91	10
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale chirurgica</b> che va nella cartella clinica	21,82	21,82	20
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b>		peso assegnato pari a 5 (redistribuito)	5
Corretta compilazione <b>registro operatorio informatizzato</b> (incluso i tempi operatori)	10,91	10,91	0
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>90,00</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura	Risultato	Peso teorico redistribuito	Peso
<b>Rischio clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % di M&M e AUDIT inferiore all' 80% degli standard regionali secondo la seguente modalità : <80% e ≥70% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <70% e ≥ 60% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione metà obiettivo <50% penalizzazione pari a 0 punti;	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10	10
		<b>100</b>	<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 4 ANESTESIA E TERAPIE INTENSIVE</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 6°	100,00
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 4°	100,00
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2°	100,00
SD ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 5°	98,00
ANESTESIA E OSPEDALE SENZA DOLORE	97,50
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1°	90,00
ANESTESIA E RIANIMAZIONE 3°	90,00

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 5. Gastroenterologia e Malattie Infettive - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>teito di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>4.339,85K€</b> mantenimento <b>teito di spesa</b> ( DAT, EMO e TNT) pari a: <b>287,34 K€</b>	0	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>28,94 %</b>	10	10
<b>Ricoveri Ordinari</b> : riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	3,5	7
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	5	5
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b>	9	9
Adesione al progetto <b>visual hospital</b> per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	0	7
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale chirurgica</b> che va nella cartella clinica	5	10
Corretta compilazione <b>registro operatorio informatizzato</b> (incluso i tempi operatori)	8	8
Introduzione anche modulare della <b>cartella clinica informatizzata</b> nelle aree di degenza	7	7
<b>Rischio clinico</b> : effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	7	7
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>56,50</b>	<b>92</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: <b>chiusura SDO</b> entro 5 giorni Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 5. Gastroenterologia e Malattie Infettive</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
UO 5803 epatologia SSN	64,50
SD 5805 servizio endoscopico SSN	64,50
UO 5802 gastroenterologia e malattie del ricambio	62,50
UO 5804 gastroenterologia Univ	60,50
UO 0914 chirurgia bariatrica SSN	56,50
UO 0915 chirurgia dell'esofago SSN	56,50
UO 0909 chirurgia generale SSN	56,50
SD 0916 chirurgia proctologica e perineale SSN	56,50
UO 2401 malattie infettive SSN	56,50

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 6. Oncologia, dei Trapianti e delle nuove tecnologie - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>teito di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>13.744,40 K€</b> mantenimento teito di spesa ( DAT EMO e TNT) pari a: <b>1.228,97 K€ (v.nota 1)</b>	0	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>52,84% (v.nota 1)</b>	0	10
<b>Ricoveri Ordinari:</b> riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana (al netto centro senologico)	3	6
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	8	8
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale</b> chirurgica che va nella cartella clinica	8	8
Corretta compilazione <b>registro operatorio</b> informatizzato (incluso i tempi operatori)	8	8
Introduzione anche modulare della cartella clinica informatizzata nelle aree di degenza	10	10
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>39</b>	<b>72</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: <b>chiusura SDO</b> entro 5 giorni Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b> obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10
<b>Rischio clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % di M&M e AUDIT inferiore all' 80% degli standard regionali secondo la seguente modalità : <80% e ≥70% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <70% e ≥ 60% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione metà obiettivo <50% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 6. Oncologia, dei Trapianti e delle nuove tecnologie</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
UO 0908 senologia SSN	65
UO 1803 medicina trasfusionale e biologia dei trapianti SSN	63
UO 3502 odontostomatologia e chirurgia del cavo orale Univ	62
UO 0907 chirurgia epatica e del trapianto di fegato Univ	60
UO 1801 ematologia Univ	57
SD 0917 ecografia diagnostica ed interventistica nei trapianti SSN	53
UO 4301 urologia 1 Univ	53
SD 0903 chirurgia generale 1 Univ	49
UO 4302 urologia 2 SSN	48
UO 2608 terapia del dolore SSN	47
UO 0912 chirurgia generale e dei trapianti Univ	44
SD 1904 endocrinologia e metabolismo dei trapianti d'organo e cellulari Univ	41
UO 7001 radioterapia Univ	41
UO 6402 oncologia 2 Univ	39
UO 6401 oncologia 1 SSN	39

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## DAI 7. Radiodiagnostica e Radiologia Vascolare ed Interventistica, Medicina Nucleare - BUDGET 2015

Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale	Risultato	Peso teorico redistribuito	Peso
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>5.600,24K€</b> mantenimento tetto di spesa ( DAT, PET e TNT) pari a: <b>892,50 K€</b>	0,00	30,00	30
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	23,33	23,33	15
Incremento del volume delle prestazioni di primo accesso relative alla RM sulla colonna vertebrale (cod.NTR 88.93 e 88.93.1) e alla RM tronco encefalico (cod.NTR 88.91.1 e 88.91.2) per un totale di almeno 150 prestazioni al mese a partire dall'upgrade della risonanza magnetica a S.Chiera, con apertura di agende ad hoc di primo livello		valore peso redistribuito	10
Aumento delle prestazioni di ecografia (cod.NTR 88.71.*; 88.73.*; 88.74.*; 88.75.*; 88.76.*; 88.79.*) del 10% rispetto al 2014, da effettuare in 1° accesso, con attivazione di agende ad hoc per le strutture che non le hanno, mantenendo il volume 2014 di quelle già sostenute in 1° accesso, per un totale di 2.800 a partire dal 15 aprile		valore peso redistribuito	15
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	15,56	15,56	10
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>38,89</b>	<b>68,89</b>	<b>80</b>
Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura	Risultato	Peso teorico redistribuito	Peso
<b>Rischio clinico:</b> effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	15,56	10
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b> Prescrizioni 2015 SU prescrizioni 2013; obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	15,56	10
		<b>100</b>	<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 7. Radiodiagnostica e Radiologia Vascolare ed Interventistica, Medicina Nucleare</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
SD 6907 Radiologia interventistica O	56,34
SD 6909 Senologia radiologica O	54,45
UO 6903 Neuroradiologia SSN	43,89
UO 6902 Radiodiagnostica 2 SSN	43,89
UO 6101 Medicina nucleare Univ	43,89
SD 6906 Ecografia diagnostica ed interventistica in ambito gastroenterologico Univ	43,89
UO 6901 Radiodiagnostica 1 Univ	43,89
UO 6908 Radiodiagnostica 3 Univ	43,89

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 8. Neuroscienze - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antitumorali e alta tecnologia) pari a: <b>10.032,49K€</b> mantenimento tetto di spesa ( DAT, EMO e TNT) pari a: <b>1.313,07 K€</b>	0	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>29,22 %</b>	0	10
<b>Ricoveri Ordinari</b> : riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	2,5	5
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	7	7
Adesione al progetto <b>visual hospital</b> per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	0	7
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale chirurgica</b> che va nella cartella clinica	5	10
Corretta compilazione <b>registro operatorio informatizzato</b> (incluso i tempi operatori)	8	8
Introduzione anche modulare della <b>cartella clinica informatizzata</b> nelle aree di degenza	7	7
<b>Rischio clinico</b> : effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	7	7
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>38,50</b>	<b>83</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: <b>chiusura SDO</b> entro 5 giorni obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b> Prescrizioni 2015 SU prescrizioni 2013; obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	9
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 8. Neuroscienze</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
SD 7501 gravi cerebrolesioni acquisite SSN	55,50
SD 5607 centro mielolesi SSN	53,50
UO 4006 psichiatria 2 Univ	51,70
UO 5602 neuroriabilitazione Univ	47,70
UO 4003 psicologia clinica Univ	46,50
UO 3402 chirurgia oftalmica SSN	46,50
SD 3202 neurologia presidio Cisanello Univ	46,50
UO 3002 neurochirurgia 2 SSN	45,00
UO 3401 oculistica Univ	44,50
UO 3201 neurologia Univ	44,50
UO 3803 otorinolaringoiatria audiologia e foniatria Univ	40,50
UO 3801 otorinolaringoiatria Univ	40,50
UO 4005 psichiatria 1 Univ	38,50

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 9.Materno Infantile - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto tetto di spesa beni sanitari STANDARD pari a <b>2.358,24</b> k€ e mantenimento tetto di spesa (DAT EMO e TNT) pari a <b>253,25</b> k€	0	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a <b>13,01</b>	0	10
<b>Ricoveri Ordinari</b> : riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	3	6
Aumento del <b>valore</b> delle <b>prestazioni ambulatoriali</b> per <b>esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	6	6
Adozione e compilazione <b>check list</b> ministeriale chirurgica che va nella cartella clinica	8	8
Corretta compilazione <b>registro operatorio</b> informatizzato (incluso i tempi operatori)	10	10
Introduzione anche modulare della cartella clinica informatizzata nelle aree di degenza	10	10
<b>Rischio clinico</b> : effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	10	10
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>49,00</b>	<b>82</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
Rispetto obbligo normativo e-prescription Prescrizioni 2015 SU prescrizioni 2013;obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 9.Materno Infantile</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
UO 5702 andrologia SSN	67,00
UO 6201 neonatologia Univ	55,00
UO 6501_3903 oncoematologia pediatrica SSN	53,00
UO 3901 pediatria 1 Univ	49,00
SD 3704 ostetricia e ginecologia ad indirizzo oncologico Univ	49,00
UO 3702 ostetricia e ginecologia 2 SSN	49,00

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 10. Area Medica - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>6.932,49K€</b> mantenimento tetto di spesa ( EMO e TNT) pari a: <b>464,97 K€</b>	19,36	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>19,52%</b>	10	10
<b>Ricoveri Ordinari</b> : riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	6	6
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	6	6
Incremento del 10% delle visite 89.7 di Endocrinologia 1° e 2° (bonus di 3 punti percentuali sul DAI da distribuire sugli obiettivi qualitativi non raggiunti al 100%)	0	3 punti aggiuntivi di bonus
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b>	10	10
Adesione al progetto <b>visual hospital</b> per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	1,75	7
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale chirurgica</b> che va nella cartella clinica	6	6
Corretta compilazione <b>registro operatorio informatizzato</b> (incluso i tempi operatori)	8	8
Introduzione anche modulare della <b>cartella clinica informatizzata</b> nelle aree di degenza	7	7
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>76,11</b>	<b>82</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
<b>Rischio clinico</b> : effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % di M&M e AUDIT inferiore all' 80% degli standard regionali secondo la seguente modalità : <80% e ≥70% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <70% e ≥ 60% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione metà obiettivo <50% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 10. Area Medica</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
SD 1501 medicina sport Univ	94,11
SD 5502 Monitoraggio reazioni avverse ai farmaci Univ	94,11
UO 2601 medicina interna I Univ	92,11
UO 0902 endocrinochirurgia Univ	92,11
SD 2102 geriatria Univ	89,61
SD 2902 dialisi peritoneale SSN	89,11
UO 2607 medicina interna III Univ	88,11
UO 2904 nefrologia trapianti e dialisi SSN	85,11
SD 0101 Allergologia clinica SSN	84,11
SD 1907 piede diabetico SSN	84,11
SD 1905 dietologia Univ	84,11
UO 0309 anatomia ed istologia patologica 3 Univ	84,11
UO 2001 immunoallergologia clinica Univ	84,11
UO 1903 endocrinologia 2 Univ	82,11
UO 1902 malattie metaboliche e diabetologia Univ	80,11
UO 1901 endocrinologia 1 Univ	80,11

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 11. Malattie muscolo scheletrico e cutanee - BUDGET 2015</b>		
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello dipartimentale</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Rispetto <b>tetto di spesa</b> beni sanitari STANDARD (calcolato al netto antiblastici e alta tecnologia) pari a: <b>7.500,86 K€</b> mantenimento tetto di spesa ( DAT, EMO e TNT) pari a: <b>918,99 K€</b>	18,27	20
Mantenimento <b>CX 2014</b> (costo beni sanitari/produzione) pari a: <b>31,41 %</b>	10	10
<b>Ricoveri Ordinari</b> : riduzione percentuale dei casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	6	6
Aumento del <b>valore delle prestazioni ambulatoriali per esterni</b> (a compensazione e non) rispetto all'anno precedente, al netto errori e scarti	0	8
Incremento del 10% delle visite codice 89.7 di Reumatologia (bonus di 3 punti percentuali sul DAI da distribuire sugli obiettivi qualitativi non raggiunti al 100%)	0	3 punti aggiuntivi di bonus
Corretto utilizzo del dato di "contatto" in fase di prenotazione CUP di 2° accesso, azione finalizzata all'azzeramento dello scarto nel flusso SPA	2	2
Adozione e compilazione <b>check list ministeriale chirurgica</b> che va nella cartella clinica	5	10
Corretta compilazione <b>registro operatorio informatizzato</b> (incluso i tempi operatori)	8	8
Introduzione anche modulare della <b>cartella clinica informatizzata</b> nelle aree di degenza	8	8
<b>Tot. % raggiunta per obiettivi valutati a livello dipartimentale rispetto alla % assegnata</b>	<b>57,27</b>	<b>72</b>
<b>Obiettivi budget 2015 valutati a livello di struttura</b>	<b>Risultato</b>	<b>Peso</b>
Ricoveri Ordinari: <b>chiusura SDO</b> entro 5 giorni obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate solo quelle strutture che hanno una % di chiusura inferiore al 94% secondo la seguente modalità : <94% e ≥80% penalizzazione di 2 punti <80% e ≥60% penalizzazione 4 punti; <60% e ≥40% penalizzazione di 6 punti; <40% penalizzazione di 8 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	8
Rispetto obbligo normativo <b>e-prescription</b> Prescrizioni 2015 SU prescrizioni 2013; obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % inferiore all' 80% secondo la seguente modalità : <80% e ≥60% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <50% e ≥ 40% penalizzazione metà obiettivo <40% penalizzazione pari a 0 punti	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10
<b>Rischio clinico</b> : effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale Obiettivo valutato a livello di UU.OO: sono penalizzate quelle strutture con una % di M&M e AUDIT inferiore all' 80% degli standard regionali secondo la seguente modalità : <80% e ≥70% penalizzazione 1/5 peso obiettivo <70% e ≥ 60% penalizzazione 1/4 peso obiettivo <60% e ≥ 50% penalizzazione metà obiettivo <50% penalizzazione pari a 0 punti;	p.ti per singola struttura (vedi tabella seguente)	10
		<b>100</b>

# Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

<b>DAI 11. Malattie muscolo scheletrico e cutanee</b>	
<b>Esiti obiettivi budget 2015 per struttura (risultanti dalla valutazione degli obiettivi dipartimentali e di singola struttura)</b>	<b>Risultato</b>
UO 7101 reumatologia Univ	81,27
UO 3603 ortopedia e traumatologia 1 Univ	81,27
SD 5609 riabilitazione ortopedica SSN	75,27
UO 5201 dermatologia Univ	73,27
UO 1202 chirurgia della mano SSN	61,27
UO 3601 ortopedia e traumatologia 2 Univ	69,27
UO 1201 chirurgia plastica SSN	67,27
SD 3602 ortopedia e traumatologia SSN	65,27